

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderator: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

TOP	Beitrag/Thema
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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).</li> <li>! In den Medien wird berichtet, dass bei etwa 70% der 41 bestätigten Fälle in Wuhan ein direkter Zusammenhang mit dem Huanan-Seafood-Markt besteht.</li> <li>! Die ebenfalls über die Medien kolportierte Information, dass in Wuhan ein Exit-Screening betrieben wird, konnte in einer GOARN-Telefonkonferenz nicht bestätigt werden.</li> <li>! In einem vertraulich zu behandelnden WHO-Dokument schätzt die WHO am 15.01.2020 das Risiko in China als hoch ein, global als moderat. Die bisherige Risikobewertung wird damit eskaliert. Hintergrund für die veränderte Risikoeinschätzung wahrscheinlich der erste importierte Fall nach Thailand und eventuell auch der Versuch, Druck auf China betreffend einer transparenteren Informationsweitergabe aufzubauen.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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).</li> <li>! Veröffentlichungen: in Beteiligung von Herrn Drosten wurde eine deskriptive Beschreibung des Ereignisses vorab im International Journal of Infectious Diseases veröffentlicht:  <a href="https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220300114?via%3Dihub">https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971220300114?via%3Dihub</a> . Darüber hinaus hat eine Gruppe das R0 geschätzt: Link . Die darin enthaltenen Informationen sind jedoch aus epidemiologischer Sicht mit Vorsicht zu betrachten.</li> <li>! IBBS verweist auf die guten und vertrauensvollen GHSI-Kontakte (z.B. zu dem betroffenen Land Japan), die gerne über Christian Herzog genutzt werden können.</li> </ul>
2	<p><b>Aktuelle Dokumente - Update</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI-Internetseite: in der AG-Sitzung wird besprochen, dass die von der Pressestelle vorbereitete Seite zum neuartigen Coronavirus mit den derzeit verfügbaren Informationen freigeschaltet werden können. Verfügbar sind bereits angepasste Informationen zur Labordiagnostik und zum Selbstschutz bei Verdachtsfällen. Das Dokument zur klinischen Falldefinition liegt ebenfalls vor. Das Flusschema wird publiziert werden, sobald verfügbar (voraussichtlich am 17.01.2020). Dann ist auch ein Tweet zur neuen Seite vorgesehen. Die nCoV-Seite ist über den Kurzlink <a href="http://www.rki.de/ncov">www.rki.de/ncov</a> und</li> </ul>



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

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderator: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

! INIG

- Basel Karo
- Sarah Esquevin

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



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

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





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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderator: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

TO P	Beitrag/Thema
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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).</li> <li>! Weiterhin sind 2 Familien-Cluster bestätigt (1 Ehepaar und 3 Pers.)</li> </ul> <p><b>GHSI-TK (PIWIG-Netzwerk), am 21.01.2020, Teilnahme FG36:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Chair hatte Fr. Knop (BMG)</li> <li>! Teilnehmer der TK: USA (CDC), Kanada, Japan, Frankreich, Italien, Mexico, Deutschland, WHO.</li> <li>! Der Seattle-Fall ist interessant, weil dieser kein Kontakt zu anderen Erkrankten oder einen Besuch auf einem Markt in Wuhan angegeben hat. Er ist erst 1 Tag nach der Einreise in US erkrankt.</li> <li>! Es gab noch viele offene Fragen, z.B. Exposition, Klinik, Erkrankungsbeginne (Epikurve). Kanada hat angeboten, die offenen Fragen an die WHO weiterzuleiten.</li> <li>! Bei den Abstrichen der Oberflächen (Markt, etc.) wurde bisher nichts gefunden.</li> <li>! Weitere Übertragungsmöglichkeiten des Virus (Stuhl, Urin) sind bisher unbekannt.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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).</li> <li>! Die Mortalität beträgt aktuell 2% (best. und wahrscheinliche Fälle), aber der Nenner aller Erkrankten ist nicht bekannt, daher sind die 2% nicht realistisch und ggf. eher überschätzt. Andererseits können weitere Todesfälle noch nachgemeldet werden (von den ersten Erkrankten, da es meist Verzögerungen bei der Meldung der Todesfälle gibt).</li> <li>! Weiterhin sind keine Kinder betroffen. Der/Die jüngste Erkrankte ist 15 Jahre alt. Auch bei SARS gab es keine Erkrankungen bei Kindern.</li> </ul> <p><b>Was wäre unser Trigger zur Einrichtung des Lagezentrums (LZ)?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Je nach interner Arbeitsbelastung würde eine Eskalierung mit Eröffnung des LZ erfolgen. Bei der Aktivierung des LZ ist die politische Aussage zu beachten. Die Prinzipien bei der Arbeit im LZ sind die gleichen wie bei der Koordinierungsstelle. Es müssten noch weitere andere Themen depriorisiert werden und andere OE zur Entlastung in die Arbeit</li> </ul>



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

	<p>Aktivierung der Koordinierungs-VwV jetzt bereits vorbereitet werden, d.h. die BL werden vorbereitend befragt, ob bei Auftreten des ersten Falls in Deutschland die IfSG Koordinierungs-VwV aktiviert werden kann.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Erstellung eines arbeitstäglichen Lageberichts anstreben. Dieser soll dann an BMG, die BL und die IGV-Flughafengruppe versendet werden. Zeiten und Abläufe müssen noch mit INIG/FG36 abgestimmt werden. Hierzu findet noch heute ein Termin statt.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul>
2	<p><b>Kommunikation – Aktualisierung</b></p> <p><b>RKI-Internetseite:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die nCoV-Situationsbeschreibung auf der RKI-Webseite wird nun etwas universeller gehalten. Das Fallzahlen-Update erfolgt separat nach Bedarf (Presse hat ein Format vorbereitet).</li> <li>! Es sollen FAQs vorbereitet werden mit folgenden fachlichen Informationen: 3 FAQs zu klinischen Bild (IBBS/FG36), 3 FAQs zu Internationalem (ZIG1/INIG) und 3 FAQs zur Lageeinschätzung in Deutschland und Bereitschaftsplanung (FG32/36). Die Koordinierungsstelle legt hierzu ein Dokument an, versendet den Link an die o.g. OEs und die Textbausteine werden von den jeweiligen OEs eingefügt. Presse übernimmt die redaktionelle Anpassung. Die FAQ können auch gern die bereits unternommenen Aktivitäten des RKIs darstellen (Selbstdarstellung nach außen).</li> </ul> <p><b>BZgA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BZgA sollte jetzt eingebunden werden. BZgA soll Informationen für die Allgemeinbevölkerung vorbereiten (fachliche Informationen dazu kommen vom RKI).</li> <li>! Textbausteine der FAQs sollen auch der BZgA zur Verfügung gestellt werden. Formulierung der FAQs für die Allgemeinbevölkerung.</li> </ul> <p><b>GHSI-Telefonkonferenz (21.01.2020)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe oben</li> </ul> <p><b>Flughafen-AG Telefonkonferenz (21.01.2020)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gab gestern eine ad hoc TK, weil ein Bedarf zum Austausch von Seiten der IGV-benannten Flughäfen und dem zuständigen ÖGD geäußert wurde. Gemeinsame Haltung ist klar gegen ein ENTRY-Screening. Dies wurde auch in der Stellungnahme für das BMG vermerkt.</li> <li>! Er werden Passagierinformationen durch Frankfurt vorbereitet (Fokus auf Bildschirme/ Monitore, die schnell aktualisiert werden können). Die Koordination soll auf Wunsch durch das RKI geschehen. Auch ist ausdrücklich erwünscht, dass alle Logos der beteiligten Akteure auf den Materialien erscheinen, inkl. RKI.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Dies ist von Seiten der Institutsleitung kein Problem, wenn die Informationen für uns fachlich in Ordnung sind.</li> <li>! Die Übersetzung der Passagierinformation ins Chinesische kann durch das RKI (Cai Wei/ FG36) ermöglicht werden.</li> <li>! Aktuell soll diese Passagierinformation aber noch nicht zum Einsatz kommen, erst in der nächsten Eskalationsstufe (Stand 20.1.).</li> <li>! Am Freitag 24.01.2020 ist die nächste TK vorgesehen. Dazu sind dann auch Vertreter der AGI bzw. der entsprechend zuständigen Landesbehörden eingeladen.</li> </ul> <p><b>Deutsches Ärzteblatt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Zusätzlich gibt es 3 Fragen, deren Beantwortung durch VPÄS oder PRÄS vorgesehen ist (mit Foto).</li> <li>! Die online Redaktion des Deutschen Ärzteblattes verweist zusätzlich auf RKI-Dokumente.</li> </ul>
3	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Wie können wir unterstützen, dass die Labore in D den nCoV-Test in der Fläche etablieren?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Besprechung dazu erfolgt mit Herrn Drosten beim nächsten Treffen.</li> <li>! An die Gesellschaft für Virologie (GfV)/ Diagnostik-AG können Informationen weitergeben werden, aktuell sind keine Informationen über nCoV auf deren Webseite.</li> <li>! Die gemeinsame Diagnostikgruppe von GfV + DVV (Fachkommission für Virologie) könnte ebenfalls als Ansprechpartner genutzt werden.</li> <li>! Das Thema der Abrechnung der Testungen sollte jetzt bereits im Vorfeld betrachtet werden, um ggf. bestehende Probleme im Abrechnungsprozess zu klären. Dies ist vorrangig eine Fragestellung für die durchführenden Labore/Krankenhäuser und das BMG.</li> <li>! Beim kommenden Treffen mit Herrn Drosten kann die Handhabung an der Charité erfragt werden.</li> <li>! Auch an das NaLaDiBA (Nationales Labornetzwerk für Diagnostik von BT-Agenzien) können Hinweise gesendet werden</li> <li>! ZBS1 versendet eine entsprechende Informations-E-Mail.</li> <li>! Der Nachweis für nCoV könnte (bei sofortiger Bearbeitung) innerhalb weniger Stunden fertiggestellt werden (ca. 4-6 Std.). Die Testläufe laufen gerade.</li> <li>! Information von Herrn Drosten: Ein serologischer Test ist aktuell in Entwicklung und steht evtl. in 3 Wochen zur Verfügung. Dieser würde bei möglichen Umgebungsuntersuchungen eine große Rolle spielen.</li> <li>! Empfehlungen zu geeignetem Probenmaterial sind bereits auf der RKI-Webseite verfügbar.</li> </ul>
4	<p><b>Surveillance-Anforderungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Dokumente zur Kontaktpersonennachverfolgung sind vorbereitet und befinden sich in der finalen Abstimmung (Handreichung, Kontaktpersonen-Tagebuch, Linelist-EXCEL). Die Ankündigung dazu ist am 21.01.2020 in der EpiLag erfolgt. Es wird gewünscht die Dokumente</li> </ul>

	<p>sowohl als Anhang an die Notizen als auch online zur Verfügung zu stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es wird gerade noch eine Handreichung für die GÄ zur Meldung erarbeitet, die als Infobrief versendet werden soll.</li> </ul>
5	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! An der WHO-TK am 21.01.2020 konnte leider nicht teilgenommen werden (administrative Probleme). Es wurde zu Maßnahmen bei Verdachtsfällen diskutiert. Die nächste TK dazu findet am nächsten Di. den 28.01.2020 statt, die Teilnahme ist vorgemerkt.</li> </ul>
6	<p><b>Klinisches Management</b></p> <p><b>Weitere Möglichkeiten zur Sensibilisierung der Ärzteschaft?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Information über: Flusschema, Ärzteblatt, Webseite</li> <li>! Einbindung über KBV ist nicht nötig, über das Ärzteblatt werden alle approbierten Ärzte erreicht.</li> <li>! An die Mitglieder und Gäste des Expertenbeirat INV kann ebenfalls eine Information über die vom RKI zur Verfügung gestellten Materialien erfolgen (mit Hinweis: gerne zur Weiterverteilung).</li> <li>! Zusätzlich ist im aktuellen INV-Wochenbericht der Link zu den Informationen auf den RKI-Seiten vermerkt (wird heute veröffentlicht).</li> <li>! Prinzipiell sollte (unabhängig von der aktuellen nCoV-Lage) auf Grund der beginnenden Grippewelle auf die Standardhygienemaßnahmen/ Präventionsmaßnahmen bei INV verwiesen werden. Dies ist als schon für einen Tweet bei Beginn der Grippewelle vorgesehen.</li> <li>! Im STAKOB gibt es eine AG für Therapieansätze. Diese wird sich auch mit möglichen Behandlungsmöglichkeiten für nCoV auseinandersetzen. Es gab bereits dazu eine Literaturrecherche (mögliche Therapeutika, etc.). Die WHO hat dazu auch eine Liste zur Verfügung gestellt. PRÄS sendet diese an STAKOB-Geschäftsstelle.</li> </ul> <p><b>Flusschema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Flusschema wurde im Einklang mit den Falldefinitionen erstellt, in Anlehnung an die der WHO. Diese dienen der Abklärung der Fälle und ziehen ein entsprechendes Fallmanagement nach sich.</li> <li>! 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.</li> <li>! Auf dem Flusschema sollte nur „Risikogebiet“ stehen (inkl. Link zur RKI-Webseite), da sich diese schnell ändern können. Die Liste der Risikogebiete auf der RKI-Webseite wird aktuell gehalten.</li> </ul>
7	<p><b>Transport (Grenzübergangsstellen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die USA hat nun auch ENTRY-Screening an den Flughäfen in Atlanta und Chicago eingerichtet.</li> <li>! China lässt Presseberichten zufolge Reisegruppen aus Wuhan nicht ausreisen.</li> <li>! JA Healthy Gateways hat von EC den Auftrag bekommen für die nCoV-Lage Empfehlungen für den Flug- und Schiffverkehr zu erarbeiten.</li> <li>! Es wird berichtet das UK am Flughafen Heathrow Flüge aus Wuhan an separate Anleger umleitet.</li> </ul> <p><b>Bericht aus der Krisenvorbereitungssitzung beim AA (22.01.2020, AL3 und ZIGL3):</b></p>



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



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



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

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

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

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

**Sitzungsort:** RKI, Raum N01.EG.034

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

### Institutsleitung

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

### Aktuelle Lage:

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

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

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



Generationszeit: derzeit nicht bekannt;

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

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

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

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

Derzeit 31 von 33 Provinzen in China betroffen;

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

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

Brockmann (P4):

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

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

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

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

#### Labordiagnostik

- Gespräch mit Konsiliarlabor

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

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

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

**Agenda:**

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





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



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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

- ! P4
  - Joachim-Anton Mehlitz
  - Dirk Brockmann

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



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

	<p><b>anpassen.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul>
2	<p><b>Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Meldepflichtig sind nach § 7.2 IfSG Labornachweise.</li> <li>! Verdachtsmeldung auch für Ärzte unter § 6.1.5 IfSG möglich. Hier gibt es diskrepante Auslegung, u.a. von Herrn Drosten, ÖGD, Herr Sangs (BMG). Herr Sangs erarbeitet dazu eine Rechts-VO.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>TODO: Bitte diese Auslegung verschriftlichen und an Herrn Drosten senden, da dieser auch Ärzte/ Labore berät.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Sangs: übermittlungspflichtig nach §12 IfSG; nicht ganz unstrittig, da WHO das Geschehen nicht als PHEIC eingestuft hat.</li> <li>! Übermittelt sollen: das Auftreten, Tatsachen, die auf eine bedrohliche Erkrankung hinweisen oder Tatsachen, die auf eine bedrohliche Erkrankung hinführen können.</li> <li>! §12 IfSG gibt dem RKI, die Möglichkeit Informationen über unternommene Maßnahmen aus den BL zu erhalten.</li> </ul> <p><b>ToDo: über AGI auffordern (mittels §12 IfSG) das RKI über Maßnahmen in den BL zu informieren (internat. Wissensbedarf/ Meldung an ECDC/WHO)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Sangs erwägt auch die Übermittlung von negativ-Nachweisen (u.a. Ausschlussdiagnostik).</li> <li>! Bund-Länder-Informationsverfahren nach § 5 IfSG-Koordinierungs-VwV. Diese wurde bei AGI-TK angesprochen. Es herrscht Konsens, diese zu aktivieren bei erstem Fall. (Anmerkung: Hr. Sangs: Die Zustimmung zur Aktivierung der Koordinierungs-VwV ist nicht auf Vorrat erbittbar. Der formale Prozess soll am Di oder Do bei der nächsten AGI-TK thematisiert werden.)</li> </ul> <p><b>Flughäfen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Es gibt Verunsicherung bzgl. Aussage der WHO zum Entry screening (LINK: <a href="https://www.who.int/ith/2020-24-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/">https://www.who.int/ith/2020-24-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/</a>). Die Arbeitsgruppe zur Evidenz von Maßnahmen im Bereich Transport innerhalb der JA Healthy Gateways (ebenso HH) haben sich an WHO gewandt, um diese Aussagen zu revidieren zu lassen. Neuer Link (27.01.2020): <a href="https://www.who.int/ith/2020-27-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/">https://www.who.int/ith/2020-27-01-outbreak-of-Pneumonia-caused-by-new-coronavirus/en/</a></li> <li>! Es gibt zusätzlich ein Dokument zu Maßnahmen während des Flugs,</li> </ul>



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

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

### **IBBS:**

#### **Klinisches Management**

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

#### **Bericht AA/ MEDEVAC:**

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

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

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

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



## Lagezentrum des RKI

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

	<p>Finanzierung ist noch in Abstimmung. Ebenso muss noch abgestimmt werden, wie verfahren werden soll, wenn Personen keinen Wohnsitz in DE angeben können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! IBBS und FG36 bereiten aktuell ein Dokument zu Maßnahmen bei Reiserückkehrer aus Gebieten mit andauernder community transmission (Risikogebiete) vor. Dies soll jetzt erst einmal nicht weiter bearbeitet werden, da evtl. für diese Personen doch eine staatliche Quarantäne vorgesehen ist.</li> <li>! IBBS hat darauf hingewiesen, dass die Anwendung unterschiedlicher Maßnahmen im Umgang mit Repatriierten und Reiserückkehrern mit ähnlichen Konditionen ungünstig sind. Das ursprüngliche Vorgehen war mit der AGI abgesprochen, aber die jetzt entstandene Diskrepanz durch muss derzeit akzeptiert werden.</li> <li>! Aufgrund der Quarantäne werden außer der Repatriierung aktuell keine Flüge/ Rückkehrer aus dem Risikogebiet Hubei erwartet.</li> <li>! Die Bundeswehr informiert, dass dar Repatriierungsflug durch einen Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen begleitet wird. Zudem ist das Flugzeug entsprechend der Empfehlungen des BMG ausgestattet.</li> </ul>
2	<p><b>Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Aktuell gibt es in Deutschland 4 Fälle, aber es handelt sich um nur 1 Geschehen.</li> <li>! Auch Kanada und die USA haben die Gefahr für die Ausbreitung in der Bevölkerung als low eingestuft.</li> <li>! <b>Es besteht aktuell kein Anpassungsbedarf der Risikobewertung.</b></li> </ul>
3	<p><b>Risikogebiete</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Definition der Risikogebiete wurde diskutiert. Das Kriterium ist aktuelle eine Region mit anhaltender Übertragung in der Bevölkerung (community transmission).</li> <li>! 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.</li> <li>! <b>Es bleibt bei der aktuellen Definition der Risikogebiete.</b></li> </ul> <p><i><b>ToDo: Presse: Bitte die Informationen auf der Webseite strukturieren:</b></i></p> <p><i><b>1. Seite: Risikogebiete, nach Falldefinition eingestuft auf Grund anhaltender Übertragung in der Bevölkerung (als Verlinkung von der Falldefinition und dem Flughafenposter);</b></i></p> <p><i><b>2. Seite: Epidemiologische Informationen: Surveillance nach Fällen und Regionen, die keine Risikogebiete)</b></i></p>



## Lagezentrum des RKI

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



	<b><i>ToDo: Bitte Information für Ärzte für die Webseite erstellen: Isolierung im Krankenhaus/ Kontaktmanagement.</i></b>
<b>10</b>	<p><b>Transport (Grenzübergangsstellen)</b></p> <p><b>Entry-Screening:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Spahn hat sich in der Pressekonferenz am 29.01.2020 eindeutig gegen die Implementierung von ENTRY-Screening an deutschen Flughäfen geäußert.</li> </ul> <p><b>Passagierinformation (Poster):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bei der heutigen TK der AG IGV-benannte Flughäfen wurde dem von der AGI abgestimmten Vorgehen (Repatriierung) zugestimmt. Die Passagierinformation, die aktuell an den Flughäfen aushängen sollen aber erst einmal nicht geändert werden.</li> </ul> <p><b><i>ToDo: Nachfrage bei AGI, ob der häusliche Isolierung als Vorgehen im Allgemeinen bei Reiserückkehrern aus Risikogebieten zugestimmt wurde oder nur im Rahmen der Repatriierung.</i></b></p>
<b>11</b>	<p><b>Informationen aus dem Lagezentrum</b></p> <p><b>Unterstützung, Erreichbarkeiten:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Besetzung des LZ wurde auf 8-18 Uhr ausgedehnt. Anfragen kommen aber bis ca. 3 Uhr per E-Mail rein.</li> <li>! 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.</li> </ul>
<b>12</b>	<p><b>Weiteres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul> <p>Anmerkung: Der Empfängerkreis der beiden Berichte ist unterschiedlich.</p> <p><b><i>ToDo: Die beiden Berichtersteller stimmen sich ab und erarbeiten einen konkreten Vorschlag, der in der AG-Lage-Sitzung besprochen wird.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Thema Abrechnung: Die Diagnostik müssen die Betroffenen erst einmal selbst verauslagen. Sie bekommen diese aber von den Krankenkassen erstattet. Das BMG befasst sich mit der Erarbeitung einer EBN-Ziffer zur direkten Abrechnung.</li> </ul>
<b>13</b>	<p><b>Tägliche AG-Lage-Sitzungen,</b></p> <p><b>Nächstes Treffen:</b> Donnerstag, 30.01.2020, 11-12 Uhr im Lagezentrum</p>

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

- ! BZgA
  - Linda Seefeld



TOP	Beitrag/Thema
1	<p><b>Aktuelle Lage - International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! &gt;7.800 Fälle in China, &gt;1700 neue Fälle, Großteil der Fälle (&gt;50%) in der Provinz Hubei,</li> <li>! 170 Todesfälle, alle in China,</li> <li>! &gt;12.000 Verdachtsfälle in China, Anzahl der Kontaktpersonen unter Beobachtung nicht genau bekannt, keine Information verfügbar dazu, wie viele der Fälle Kontakte sind</li> <li>! Erstmals neue Fälle in Indien, Philippinen, und Finnland</li> </ul> <p><b>Aktuelle Lage - National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Insgesamt 4 bestätigte Fälle (1 Infektionsgeschehen) in Bayern, der erste hatte direkten Kontakt zu einer Chinesin, die nach ihrer Rückkehr in China positiv getestet wurde, 3 weitere bestätigte Fälle wurden unter den Kontakten zu der chinesischen Indexpatientin bzw. dem ersten deutschen Fall identifiziert. Einer der Fälle ist schwer erkrankt und wurde mit Influenza diagnostiziert, eine mögliche Ko-infektion wird aktuell untersucht. Bei allen bisher identifizierten Fällen wurde ein komplettes Blutbild gemacht.</li> <li>! 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 &gt;100.</li> <li>! Über die WHO vermittelt gab es einen direkten Kontakt zu der Indexpatientin in Shanghai, es wurden (durch GA in Bayern) mehr Details zur klinischen Entwicklung und weitere Expositionskontakte erfragt: Patientin meldete unspezifische Allgemeinsymptome (über „normales Jetlag hinaus“), die mit einer subjektive ILI-Symptomatik übereinstimmen, und die sie mit einem fiebersenkendem chinesischen Medikament therapiert hat. Ihre Eltern waren am 16.01. zu Besuch bei ihr in Shanghai, und sind während des Aufenthaltes dort bereits erkrankt. Ihr Vater, der auch eine Herzerkrankung hat, befindet sich aktuell auf der Intensivstation. <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul> </li> <li>! 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.</li> <li>! Genaue Dokumentation des klinischen Verlaufs und Studien zu den</li> </ul>

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



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

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



<b>8</b>	<b>Informationen aus dem Lagezentrum</b> <ul style="list-style-type: none"><li>! 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.</li><li>! Es gibt viele Unterstützungsangebote und somit Bedarf an Einarbeitung, heute hat eine zweite Schulung stattgefunden</li><li>! Vor allem in den Übersichtspositionen bestehen weiter starke Engpässe</li></ul> <p><i>ToDo: Unterstützung des LZ bei der Redaktion von Newsletter, EpiBull Artikel, Lage-AG Protokollen?</i></p>
<b>9</b>	<b>Nächstes Treffen:</b> Freitag, 31.01.2020 um 13:00, Lagezentrum Besprechungsraum



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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

○ -



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

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

**Studien:**

- ! Ansprechpartner ist Udo Buchholz (FG36).

**Risikogebiet:**

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

**Risikobewertung:**

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

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

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

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

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

**Repatriierung:**

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Arbeit in 2 Schichten nötig</li> <li>! 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.</li> <li>! MA anderer FGs müssen weiter hinzugezogen werden und die Arbeit anderer Projekte entsprechend depriorisiert werden.</li> <li>! Die Risikowahrnehmung in Bevölkerung/Presse sehr groß (wird auch über das WE weiterhin so sein). Bürgeranfragen können im LZ nicht alle beantwortet werden und werden an Presse weitergeleitet. Auch hier bleiben aus Kapazitätsgründen Anfragen liegen. Hier müsste das BZgA Arbeit abfangen.</li> <li>! Besetzung LZ am WE: Leitung: Samstag: Maria, Sonntag: Ute Rexroth plus jeweils 4 Personen für die anderen Positionen; Presse ist telefonisch erreichbar (Fr. Degen); fachliche Beratung im LZ: FG36; Hintergrund vor Ort: AL3 (PRÄS, VPRÄS telefonisch erreichbar).</li> <li>! 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)</li> </ul> <p><b><i>ToDo: INIG: Lagebericht: Vorlage vom 30.1.2020 nehmen; werktags die aktuellen Zahlen (mit Provinzen) bis 9Uhr an AL3 und Presse kommunizieren; am WE reicht 11Uhr.</i></b></p>
9	<p><b>Nächstes Treffen:</b> Montag, 03.02.2020, 13-14:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</p>

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

### Ergebnisprotokoll

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

**Moderation: Lothar Wieler**

### Teilnehmende:

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







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



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



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



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



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



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

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

### Ergebnisprotokoll

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (nCoV), Wuhan, China
<b>Datum:</b>	03.02.2020, 13:00-15:30 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Raum S.OD.05.083

**Moderation: Lothar Wieler**

### Teilnehmende:

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







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



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



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



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



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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lothar Wieler**

**Teilnehmende:**

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



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



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

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



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

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



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

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

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

### Ergebnisprotokoll

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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





! Bundeswehr: Thomas Harbaum (per Telefon)





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





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



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZBS2
  - Daniela Jacob
- ! INIG
  - Andreas Jansen
  - Basel Karo
- ! Datenschutz
  - Marie Reupke
  
- ! BZGA : Herr Lang (per Telefon)
- ! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)





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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>unterscheidet</p> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vortrag von IMB Kollegen (Wölfel) aus Brüssel wird nach Rücksprache ggf. ans LZ geschickt, wäre hilfreich für Risikobewertung</li> </ul>	
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Herr Brockmann/INIG haben Kurven zur Entwicklung der Inzidenzen und Fälle in chinesischen Provinzen geplottet, es ist kein exponentieller sondern eher ein linearer Anstieg zu sehen, diese werden täglich aktualisiert (Folien von INIG mit diesen und weiteren Informationen am besten in RKI-nCoV-Lage Ordner legen?), außerdem tägliche Aktualisierung der Fälle außerhalb China's in einer line list</li> <li>! Heute keine Modifizierung der RKI-Risikogebiete (s. <a href="#">Webseite</a>) da keine neue Information gegenüber gestern</li> <li>! Taiwan kategorisiert China in zwei: high risk, lower risk (possible community transmission), Guangdong</li> </ul> <p><i>ToDo: Fertigstellung der Kriterien für Risikobewertung (Entscheidung hierzu am 04.02.2020)</i></p> <p><i>ToDo: tägliche Aktualisierung der Graphen zu Inzidenzen und Fallzahlen pro chinesischer Provinz (INIG)</i></p> <p><i>ToDo: Christian Herzog kann heute Nachmittag bei GHSI TK ggf. konkrete zusätzlich Information einholen</i></p> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	alle
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Öffentlichkeitsarbeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vermeintlich asymptomatische Indexpatientin und deren Ansteckung anderer auch in amerikanischen Medien und bei Anfragen von großem Interesse, ansonsten relativ ruhig</li> <li>! 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</li> </ul>	Presse/FG36

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI und LGL (Federführung) bereiten NEJM-Beitrag zu Ausbruchs-beschreibung vor, wird heute Nachmittag besprochen</li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Hotline BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ab Montag wird Coronavirus-Hotline geschaltet, heute 15 Uhr Schulung am BMG durch RKI (Walter Haas) und BZgA</li> <li>! Weitere filmische Umsetzung von Informationen zu Husten-Niesen-Schnupfen-Etiquette ist geplant, in finaler Abstimmung, geht innerhalb der nächsten 24h online. Wird dies auch in relevanten Zeitungen bzw. bewegten Medien geschaltet? Mittel für Schaltung zu besten Sendezeiten aktuell nicht verfügbar, bei öffentlich-rechtlichen Sendern ggf. freiwillige freie Schaltung, kein Einfluss auf Umfang, Bundesland-spezifische Entscheidung, wird mit den Ministerien diskutiert</li> <li>! BZgA Unterlagen noch nicht in anderen Sprachen erhältlich (ECDC, WHO haben FAQ in ähnlicher Form), Empfehlung zu Hause zu bleiben bei Symptomen auch noch nicht (auch für Influenza wichtig)</li> </ul>	
5	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! European Virus Archive ermöglicht auch Anfrage um Positivkontrollen (interessant für G7), hierüber kann ggf. auch Virus erhalten werden</li> <li>! 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</li> <li>! Akut IgM positive Ergebnisse könnten 2019-nCoV zugeordnet werden da SARS aktuell nicht zirkuliert</li> <li>! Könnte aufschlussreich über tatsächliche Infektionsraten, Schwere der Infektionen, oligosymptomatische Infektionen sein, Grippeweb kann zur Validierung der Informationen genutzt werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Absprache auch mit Abt. 2 und KL bezüglich serologischer Testmöglichkeiten/seroepidemiologischer Studien (in der Zukunft)</i></p>	FG17, ZBS1 ZBS2
	<b>Klinisches Management</b>	



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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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



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



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! &gt;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</li> <li>! 196 Fälle in 24 Ländern außerhalb Chinas, keine neuen Fälle in Europa seit gestern</li> <li>! Anstieg in Hubei ist exponentiell, Quarantäne-Maßnahmen wirken ggf. sind aber noch nicht sichtbar, in anderen Provinzen scheinbar kein exponentieller Anstieg (Latenz?)</li> <li>! 4 Städte (Wenzhou, Hangzhou, Ningbo und Taizhou) in der Provinz Zhejiang sind unter Quarantäne, haben zusammen &gt;30 Mio Einwohner (50% der Provinz), Provinz ist Partnerregion von Schleswig-Holstein</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine neuen Fälle seit gestern</li> </ul> <p><b>BMG/Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 30 weitere deutsche Staatsangehörige sollen mit britischer Luftwaffe nach Europa repatriert werden, wahrscheinlich Flug nach GB, Repatriierung von ca. 100 Personen aus allen möglichen Ländern</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Informationen zu laborbestätigten bzw. klinischen Fällen in China</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Die aus China übermittelten Daten sind möglicherweise nicht komplett zuverlässig, Präs war gestern bei einer WHO TK, wo berichtet wurde, dass viele der Fälle klinisch und nur ein Teil PCR-bestätigt ist, WHO geht davon aus, dass ca. 2/3 der Zahlen</li> </ul>	<p>ZIG1/FG36</p> <p>AL3, Präs</p>

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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



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



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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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



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



! Bundeswehr: Frau Roßmann (per Telefon)

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! <a href="#">Guan et al</a>, non peer-reviewed Preprint Paper zu clinical characteristics, welches viele Fälle aus vielen Provinzen enthält. Erkenntnisse teilweise in Widerspruch zu unseren Aussagen, z.B. max. Inkubationszeit bis zu 24d, Risikofaktoren, viele der schwer erkrankten sind weder Raucher noch haben sie Grunderkrankungen, Letalität mit &lt;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</li> <li>! 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)</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt elektronenmikroskopische Erregerbilder aus München, gerne mit RKI teilen, wird mit Herrn Wölfel geklärt</li> </ul>	Alle
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neuer Text zu Risikobewertung für deutsche Bevölkerung für RKI-Internetseite verfasst, Vorschlag von Lage-AG verabschiedet, kommt auf Homepage</li> </ul> <p>NACHTRAG: Wird noch von Minister im Gesundheitsausschuss besprochen, Frist Mittwoch</p>	Alle
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA: Anzeige, Hotline</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anzeigen waren am Wochenende geschaltet haben aber nicht zu viel mehr Anfragen geführt, sowohl Anzeigen als auch YouTube FAQ-Aufarbeitung wurden gut angenommen</li> <li>! Bürgerhotline (BMG Koordinierungsrunde) startet heute:</li> </ul>	BZgA



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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>Fluggesellschaften Passagiere pauschal informieren, werden die zwei Reihen um Fall beibehalten und die anderen nicht als Kontakte definiert (siehe KoNa Management <a href="#">Webseite</a>)</p> <p><i>ToDo: „&gt;2 Reihen“ aus Kategorie 2 Kontakten in der Tabelle streichen</i></p> <p><b>Forecasting/Modellierung der Anzahl der schweren Fälle hinsichtlich der benötigten Krankenhauskapazitäten + PPE (Aufgabe FG36 und FG37)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorbereitung auf die Fragestellung: Was könnte mit 2019-nCoV auf uns zukommen anhand der Informationen zu Schwere, Inzidenz, usw., welches wäre der Impakt auf unser Gesundheitssystem, Krankenhauswesen, welches ist der möglicherweise aufkommendem Bedarf, auch an Arbeitsschutzmaterialien, benötigt pragmatischen Umgang mit den verfügbaren Informationen</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 und FG37 besprechen wo die Prioritäten liegen, P4 kann bei Bedarf involviert werden, keine (zeitnahe) Frist</i></p> <p><b>Papier zur ambulanten Führung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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?</li> </ul> <p><b>Entlassungsmanagement von bestätigten Fällen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wird heute Nachmittag in einer TK mit Bundeswehr und Klinikern besprochen, hinterher Rückmeldung an Lage-AG</li> </ul> <p><b>2019-nCoV-Empfehlungen für Einsatzkräfte, inkl. PSA (Aufgabe ID 70)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einsatzschema fertiggestellt und abgelegt unter Themen, Seuchenhygienisches Management, enthält Empfehlungen zu wann welcher Schutz notwendig ist, bereits gecheckt mit Polizei Berlin</li> </ul> <p><i>ToDo: Veröffentlichung so bald grünes Licht von IBBS</i></p> <p><b>Quarantäne der Repatriierten: Fragen aus BE zu (1) Rhythmus</b></p>	<p>Alle</p> <p>IBBS/FG14/ FG37</p> <p>IBBS</p> <p>IBBS</p>
--	---	--

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



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

- Herr Harbaum (per Telefon)

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



	<p><b>Provinz Fujian:</b> Fuzhou seit dem 04.02.2020</p> <p><b>Provinz Jiangxi:</b> Jingdezhen seit dem 04.02.2020</p> <p><b>Provinz Shandong:</b> Linyi</p> <p><b>Provinz Henan:</b> Zhengzhou und Zhumadian</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Rückmeldung aus der EpiLag: bei einigen Teilnehmenden gab es Zweifel an Praktikabilität der Risikogebietsdefinition des RKI. Dies hat jetzt keine Auswirkung, wird aber bei folgenden Diskussionen mitberücksichtigt.</li> <li>! Das AA hat nach Kriterien für die Risikogebietsdefinition gefragt und bittet ggf. um eine Vorwarnung, ob und wann Shanghai als Risikogebiet betrachtet wird.</li> </ul> <p><b><i>ToDo: INIG: Bitte Inzidenz (Meldeinzidenz) für Shanghai für morgen bereitstellen (auch, wenn Aussagekraft begrenzt ist).</i></b></p> <p><b>Risikoeinschätzung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Laut einiger Quellen gab es am 07.02.2020 eine Änderung der Falldefinitionen seitens der chinesischen Gesundheitsbehörden. Dies ist noch nicht verifiziert.</li> <li>! Es sind keine Angaben zu Testungen asymptomatischer Personen in China bekannt. WHO wird dazu angefragt (INIG).</li> <li>! 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.</li> </ul>
3	<p><b>Erkenntnisse zum Erreger</b></p>
4	<p><b>Aktivitäten und Maßnahmen in Deutschland</b></p> <p><b>STAKOB-TK zu Krankenhaus-Entlassungskriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Herr Drosten stellt demnächst Analysedaten von allen Patienten (alle Probenmaterialien, in Rangfolge der negativ-Werdung) zur Verfügung. Diese Analysen weisen auf die Möglichkeit einer quantifizierten PCR (statt konservativ 2x negative Proben) und damit der Entlassung der Patienten bei einem bestimmten cut-off (unterhalb dieses 10<sup>4</sup>/ml).</li> </ul> <p><b>Testung in Betrieben – Rolle der Betriebsärzte (BAUA)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktuell fordern zunehmend Betriebe die Testung oder Quarantäne bei Reiserückkehrern. Es gibt dazu keine expliziten Empfehlungen für Betriebsärzte. Wenn die abgestimmte Haltung zum Verfahren mit Reiserückkehrern mit der AGI abgestimmt ist kann diese als Grundlage für</li> </ul>

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



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

	<p><b>Testung asymptomatischer Personen / Sensitivität und Spezifität PCR (Abstrich); PPW, NPW</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Aussage aktuell: Entlassung asymptomatischer Personen nach Ablauf der Inkubationszeit.</li> </ul> <p><b><i>ToDo: FG17 (Wolff und Zuarbeit FG36/IBBS): Diagnostik Dokument, Text hinzufügen zu Aussagewert des Test ! wann Diagnostik Aussage haben kann ebenso in FAQ anpassen.</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> <li>! 30-50% Sensitivität des in China verwendeten PCR-Tests; es ist nicht klar, ob der gleiche Test wie in Deutschland verwendet wird.</li> <li>! Die Validierung des Charité-Tests durch WHO-AG ist geplant, das RKI soll sich beteiligen.</li> <li>! Die Testung der Repatriierten ist ein Sondergeschehen bei dem das RKI keinen Einfluss auf die Maßnahmen hatte.</li> <li>! Standardvorgehen in Deutschland: Testung von asymptomatischen Personen nicht sinnvoll und verschwendet Ressourcen.</li> </ul>
9	<p><b>Informationen aus der Koordinierungsstelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Für Position Lagebericht sollen sich auch andere Personen außer FG36-MA eintragen (z.B. Sonntag)</li> <li>! 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.</li> <li>! Lageberichte und TK-Berichte werden weiterhin an alle gesendet, ebenso wie aktuelle Zahlen (INIG)</li> </ul>
10	<p><b>Nächstes Treffen</b> Mittwoch 12.02.2020, 11:00, Lagezentrum Besprechungsraum</p>

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! 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</li> <li>! RKI hat über Leopoldina Informationen von der chinesischen Botschaft erhalten, wir können wir direkt und regelmäßig solche Informationen bekommen? Kontakt zu China CDC über deutsche Botschaft in China oder über chinesische Botschaft in Deutschland? Muss über AA bzw. oberste Bundesbehörde laufen</li> </ul> <p><i>ToDo: IBBS Christian Herzog eruiert besten Weg regelmäßig an aktuelle Lageberichte aus China zu kommen</i></p> <p><b>Risikogebiete</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! INIG stellt Falltendenzen der chinesischen Provinzen basierend auf Daten von John Hopkins und WHO vor, diese Graphiken können täglich automatisch angepasst werden</li> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG1 Vorstellung der angewandten 7 Kriterien für Top Provinzen bis morgen</i></p> <p><b>Maßnahmen International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Information zu Maßnahmen in unterschiedlichen Städten/ Provinzen in China ist in Arbeit; Japan hat Einreiseverbot für Provinz Zhejiang etabliert</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 16 Fälle insgesamt, gestern 2 neue Fälle, 1 Kind von betroffener Familie und 1 Kontaktperson Kategorie 1 eines Falles innerhalb der Inkubationszeit (mindestens 3.</li> </ul>	<p>ZIG1/FG36</p> <p>ZIG1</p> <p>ZIG1</p> <p>FG36</p>

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<p>nicht aufgeführt, SuvStat von (Fach)Öffentlichkeit nicht gut verstanden</p> <p><i>ToDo: Abt. 3 (FG36, AL3, FG32) prüft englischen Lagebericht auf vertraulich(ere) Informationen die nicht geteilt werden sollten</i></p> <p><i>ToDo: Presse kümmert sich darum, gewisse Teile des englischen Lageberichts auf der Webseite zu publizieren</i></p> <p><b>Kommunikation Abteilungs- und RKI-intern</b></p> <p>! Nicht in Lage involvierte RKI-Kollegen haben ggf. auch Informationsbedarf, Lagebericht wird täglich im Intranet veröffentlicht</p> <p><b>Aktualisierungsdaten auf Webseite</b></p> <p>! Wenn ein Datum auf 2019-nCoV-Seite aktualisiert wird, sucht Nutzer nach Neuigkeiten, mögliche Lösung: täglich neues Datum aber Zusatz „zuletzt geändert am“, um zu zeigen, dass Bewertung des Aktualisierungsbedarfes (aber nicht unbedingt Anpassung) stattgefunden hat</p>	
5	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Rahmenkonzept</b></p> <p>! Auftrag von BMG Blasius im Rahmen der Handlungsrationale: Wunsch der Erstellung eines Rahmenkonzeptes wie für Ebola, auch u.a. basiert auf Influenza Pandemieplan, Rahmenkonzept für außergewöhnliche Lagen; besprochener nCoV-Ratgeber wird diesem Rahmenkonzept zuliebe depriorisiert; Abt. 3 macht Aufschlag ohne viel Prosa, keine Deadline von BMG vorgegeben aber Wunsch zeitnahe Anfertigung</p> <p><i>ToDo: FF FG36, Abt. 3 erstellt Gliederung und fordert dann Input anderer OEs</i></p> <p><b>Informationen über chinesische Botschaft</b></p> <p>! Wurden an RKI-Corona-Verteiler geschickt und abgelegt (S:\Projekte\RKI_nCoV-Lage\2.Themen\2.1.Epidemiologie\Andere\Chinesische s Gesundheitskommission)</p>	
6	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Abfrage der Labore durch GS NRZ/KL bereits erste Kontaktaufnahme erfolgt</b></p> <p>! Diagnostikkommission hat Ringversuche für 2019-nCoV eingeleitet, warten aktuell auf Rückmeldung um zu gucken welche Labore dies anbieten wollen</p> <p>! Janna Seifried (Abt. 3) hat Voxco -Abfrage zu durchgeführter Testanzahl erstellt, dazu ein Anschreiben an Labore um über diese regelmäßig Abfrage zu informieren</p>	<p>FG17</p> <p>AL3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Presse wünscht elektronenmikroskopische Aufnahmen, gerne koloriert</li> </ul>	ZBS1
7	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>Mortalitätssurveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wäre sinnvoll zur Beobachtung der Übersterblichkeit in Bezug auf 2019-nCoV: gesetzliche Grundlage steht, aber Umsetzung erst 01.11.2021 erwartet, Herr Sangs wenig hoffnungsvoll dass dies vom BMI beschleunigt werden kann</li> <li>! Sollte auch vom zuständigen BMG-Fachreferat (Ziegelmann), und nicht nur aus juristischer Perspektive bewertet werden</li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 Ute Rexroth hat Herrn Schaade E-Mail von Herrn Sangs weitergeleitet</i></p> <p><b>ICOSARI/bestehende Systeme</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Genügt ICOSARI um Schwere der Krankheit zu bewerten?</li> <li>! 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</li> <li>! ICD-10 Code für 2019-nCoV soll eingerichtet werden, positiv, wird etabliert und hoffentlich genutzt</li> <li>! 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</li> <li>! Stärkeres Promoten von Grippeweb: wäre dies IT-technisch tragbar? Aktuell könnte dies zu einer möglichen Klientelverschiebung führen, die nicht erwünscht ist, deswegen nur niedrighwelliges Promoten um gut funktionierende Kohorte beizubehalten, Daten können hinterher gut analysiert/studiert werden</li> <li>! IVENA: in manchen Bundesländern ausgerollt um Klinik-/Ressourcen-Auslastung zu evaluieren, könnte dieses genutzt werden? Alternativ könnte FG32 Notaufnahmen-Surveillance nutzen, es gibt jedoch keine Vergleichserfahrung, wird es Anpassungen bezüglich KKH geben? Wird sich das, was auf Landesebene passiert auch verändern? Impact könnte auch indirekt aus ICOSARI mit abgelesen werden, wie groß ist</li> </ul>	<p>FG32/FG36/ alle</p> <p>FG32/FG36/ alle</p>



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

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

VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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





## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktueller Diskussionsstand/Kompromiss: zweimal negative PCR oder <u>im Einzelfall</u> PCR mit Nachweis <math>&lt;10^5</math>/ml, <del>oder</del> <u>und</u> je nach Einzelfallentscheidung mit Auflagen (wenn z.B. zu Hause Personen mit Immunsupprimierung, vulnerable Personen)</li> <li>! Auf Terminologie muss geachtet werden, nicht „Patient ist nicht mehr infektiös“, sondern ggf. keine Erregerausscheidung sollte mehr nachgewiesen werden</li> <li>! Ähnlich bei häuslicher Quarantäne, Parameter z.B. Dauer der Symptombefreiheit, Erreger-Nachweisbarkeit, <ul style="list-style-type: none"> <li>! Länder-Einbezug entscheidend da diese sicherstellen müssen, dass/wie Exposition anderer vermieden wird</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Papier wurde vor AGI TK als Diskussionsgrundlage zur hoffentlich schnellen <u>Abstimmung</u> an AGI geschickt</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Walter Haas hat gestern ein ÖGD Webinar gehalten, 750 TN, Hauptthema war Kontaktpersonenmanagement, Webinar ist eine gute Möglichkeit, GA zu erreichen, mehr Bedarf besteht</li> <li>! Viele Fragen zu Vorgehen bei medizinischem Personal, hierzu ist eine zusätzliche Handreichung notwendig, auch für Bereich nosokomiale Gefährdung</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 Walter Haas macht Aufschlag zu Handreichung bezüglich KoNa <b>bzw. KoManagement</b> in medizinischem Bereich, auch Zuarbeit von FG14 und FG37 (<b>Aufgabe 230</b>)</i></p>	FG36
<b>9</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Ggf. könnte SurvStat Abfragemöglichkeit motivierend sein?</li> </ul>	FG32
<b>10</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p><b>Einigung zu Einreisenden aus Risikogebieten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Hilfestellung für ÖGD hierzu ist auf RKI-Webseite, zusätzliche praktische Empfehlungen könnten unter FAQ hinzugefügt werden</li> </ul>	FG32
<b>11</b>	<b>Internationales</b>	



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 71.351 (+2.081), 1.775 Todesfälle (2,5% CFR)</li> <li>○ China: 70.639 (+2.053) Fälle, davon 1.772 Todesfälle (2,5%)</li> <li>○ Provinz Hubei 58.128 Fälle, Todesfälle 1.696</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Die CFR liegt in Hubei bei 2,91, im Rest Chinas bei 0,71 und im Ausland bei 0,4.</li> <li>○ 9 Länder in WHO Euro Region mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU)</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“ vor Japan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 454 Fälle (einschl. 189 asymptomatische) von 1.723 Getesteten. USA führt am 17.02.2020 &gt;300 asymptomatische Staatsbürger zurück.</li> <li>▪ 10 deutsche Staatsbürger, 2 im Krankenhaus in Yokohama</li> <li>▪ Japanische Behörden erlauben allen Passagieren am 19.02.2020 das Schiff zu verlassen (Quarantäne begann am 05.02.2020). Die japanischen Behörden haben keine genauen Angaben zu den Quarantänemaßnahmen gemacht.</li> <li>▪ Bis gestern gab es noch Fälle und insgesamt waren 45% der Testungen positiv.</li> <li>▪ Deutsche Reiserückkehrer sollen in häusliche Quarantäne. Eine Rückholung könnte gemeinsam mit Italien erfolgen.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Die Lufthansa hatte bereits nach dem Umgang der Reiserückkehrer gefragt. Maria an der Heiden wird die Lufthansa über neue Empfehlungen (14 Tage häusliche Quarantäne) informieren.</i></p>	<p>ZIG1/FG36/ IBBS/AL3</p> <p>alle</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kreuzfahrtschiff „Westerdam“ vor Kambodscha/Malaysia: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am 13.02.2020 angedockt. Einige Passagiere sind am 14.02. nach Malaysia geflogen. Ein US-Ehepaar war auf dem Rückflug symptomatisch (Symptome bereits seit 11.02.2020). Das Testergebnis für SARS-CoV-2 war am 15.02. bei der Ehefrau positiv, bei dem Ehemann negativ.</li> <li>▪ Passagiere sind entweder schon zurück gereist oder befinden sich noch in anderen Orten verteilt (1 in Singapur, 1 in Kuala Lumpur, 11 in Phnom Penh). Die deutsche Botschaft unterstützt Staatsbürger bei der Organisation der Rückreise.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Auf die RKI Internetseite soll es eine kurze Information hierzu unter den FAQs oder weitere Infos geben. Dabei soll die Nomenklatur (Kategorie 1) vermeiden werde und stattdessen über das erhöhte Infektionsrisiko gesprochen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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“</li> </ul> <p><i>ToDo: Christian Herzog fragt die anderen GHSI Staaten, wie sie „Community Transmission“ definieren würden.</i></p> <p>! Risikogebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hubei hat nun auch die Nutzung privater KFZs verboten. Die Städte Hunan und Tianjin haben immer noch</li> </ul>	
--	--	--

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle, Schwere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 75.202 (+1.867), 2.010 Todesfälle (+136), 2,7% Letalität, 1 neuer Todesfall in Hongkong</li> <li>○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 74.279 (+1.749) Fälle, 2.007 (2,7%) Todesfälle, 11.983 (16,1%) "ernsthaft erkrankt"</li> <li>○ Provinz Hubei 61.682 (+1.693) (83% von Gesamt), 1.922 Todesfälle (3,1%), 11.246 (18,2%) "ernsthaft und kritisch erkrankt"</li> <li>○ 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%)</li> <li>○ 88 neue Fälle auf Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“, insgesamt 542</li> <li>○ Europa (WHO Region) 9 Länder mit 47 Fällen (FR, DE, IT, SP, SE, UK, FI, BE, RU)</li> </ul> <p>! Risikogebiete (s. Präsentation Risikogebiet INIG)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maßnahmen in China nicht mehr als Kriterium für RKI Definition von Risikogebieten verwertbar, CCDC hat seit gestern ein Dashboard auf Chinesisch</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Peak in Hubei um 13.02.: begründet durch Aufforderung durch Behörden, dass erkrankte sich aktiv melden (nicht durch Falldefinition-Änderung)</li> <li>○ Falltrend außerhalb Chinas: Singapur absteigend, Japan, Südkorea leicht ansteigend, kleine Fallzahlen also nicht interpretierbar</li> <li>○ Geschehen auf Kreuzfahrtschiffen nicht repräsentativ für Epidemiologie des Erregers im Lande</li> <li>○ 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</li> <li>○ Risikogebiete bleiben wie gehabt</li> </ul> <p><i>ToDo: Andreas Jansen schickt Link zu CCDC Dashboard auf Chinesisch an FG36 und nCoV-Lage</i></p> <p><i>ToDo: INIG und FG36 tauschen sich bilateral zu Grunddefinition von</i></p>	ZIG1



	<p><i>community transmission aus (auch angesichts Hong Kong)</i></p> <p><b>CCDC Diagnostik und Therapie Protokoll (V5)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Spezifische Falldefinition für Hubei (sonst „provinces outside Hubei“), <b>clinically diagnosed cases</b> = 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</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 12/16 Fällen inzwischen entlassen, 10/14 in Bayern, keine Änderung in klinischem Verlauf, keine Neuigkeiten</li> <li>! Attack Rate (AR) in Ausbruchgruppen: Familienmitglieder die gemeinsam isoliert wurden 70-80%; Kontakte für 4-Tage lang bestehenden Kontakt nur noch 10%; einmaliger enger, nichtgeschützter Kontakt &lt;10% (casual contact); diese kommen auch in Publikation</li> <li>! Keine weiteren Fälle labor diagnostisch bestätigt, regelmäßig Verdachtsfälle in den Bundesländern</li> </ul> <p><b>BMG TK/Krisenstab AA Thema Repatriierung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Noch 92 deutsche in Wuhan nach AA, hatten sich auf früheren Aufruf nicht gemeldet, evtl. freie Plätze auf französischem Flug</li> <li>! Rückführung deutscher aus Wuhan bei BMG TK Thema, Rede war von 12 Personen, bei denen zunächst nicht davon ausgegangen wird, dass sie festen Wohnsitz in Deutschland haben, sollten voraussichtlich zentral in Quarantäne (BaWü?)</li> <li>! AA fragt BMG, welche Empfehlung von RKI erwartet, RKI fachliche Empfehlungen formulieren aber nicht entscheiden</li> </ul> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Karneval beginnt morgen</li> <li>! Abholung deutscher Diamond Princess Kreuzfahrt Passagiere aus Italien, Flug geht voraussichtlich nach Tegel</li> <li>! Keine Information zu Westerdam Kreuzfahrt Passagieren und deren Flug von Kambodscha in die Türkei</li> <li>! Prüft mögliche zusätzliche Abholung von deutschen aus Wuhan über Frankreich, ca. 20-25 deutsche (bei AA Krisenstab Sprache von 55 deutschen), sollen in Frankreich landen und von Bundeswehr nach Deutschland geholt werden, jetzt nicht mehr Informationen, wenn informiert Bundeswehr das RKI</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG36/IBBS</p>
--	--	--

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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





## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

<p><b>12</b></p>	<p><b>Informationen aus dem Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Abstimmungsprozesse, z.B. bei Aufgaben, benötigen klare Anweisungen, wer soll was machen, Aufgaben oft größer angelegt, Fortschritte/Änderungen werden unter derselben Aufgabe dokumentiert</li> <li>! Bei Änderungen der Ansprechpartner in Zuständigkeitstabelle bitte sofort LZ informieren (liegt <a href="#">hier</a>)</li> </ul>	<p>FG32</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p><b>ECDC/EC/EWRS Abfragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es kommen viele Abfragen, z.B. über EWRS, zu Maßnahmen, Kontakten, Testungen, Risikogebieten, usw.</li> <li>! 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)</li> <li>! LZ kann nicht alle Informationen nachbereiten, dies jedoch punktuell bei Fragen von Interesse machen</li> <li>! Bitte an ECDC/EC, gelaufene Abfragen zusammenzufassen und zu teilen</li> </ul> <p><i>ToDo: Anfrage an EC/ECDC, diese Informationen zu bündeln und zu teilen (EC wurde bereits diesbezüglich kontaktiert)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 20.02.2020, 11:00-12:30 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum</li> </ul>	<p>FG36/FG32</p>

---

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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

#### Teilnehmende:

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

1

## Aktuelle Lage

### International

#### ! Fälle, Schwere

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

#### ! Risikogebiete (s. Präsentation Risikogebiet INIG)

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



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

### **Diamond Princess**

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

### **MS Westerdam:**

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

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

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



	<p>Schiff), Qualität der Testung nicht bekannt; Zweifel, ob die Passagiere der Westerdam überhaupt auf exponiert waren;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Information von CDC: 1. Probe falsch positiv, 2. Probe als Passagier symptomatisch war, ist negativ – Verifizierung folgt, bitte an EpiAlert senden</li> <li>! Information: CDC hat Westerdam-Passagiere als Kat. II eingeordnet (ebenso die Reederei); Maßnahmen ebenfalls zurückhaltender (viele US-Bürger auf Westerdam, Indexfall auch US-Bürgerin);</li> </ul> <p><b>TODO: Ute Rexroth: Anfrage an WHO mit Bitte um Stellungnahme zur Testung (falschpositiv?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Öffentliches Interesse an Westerdam groß</li> </ul> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Rückführung von Deutschen aus Wuhan Rückkehrer: Abholung von Paris nach Stuttgart, ärztliche Begleitung von Facharzt ÖGD und Gesundheitsaufseher, Start 21.02.2020 von Köln nach Stuttgart, Repatrierte kommen in Kirchheim/Teck in einer Jugendherberge in zentrale Quarantäne.</li> </ul>
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bitte bzgl. Letalität auf Formulierung acht, nicht &gt;50 besonders gefährdet, besser Formulierungen wie z.B. „Letalität nimmt mit dem Alter zu...“ verwenden.</li> </ul>
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kein Anpassungsbedarf aktuell</li> </ul>
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Öffentlichkeitsarbeit/ Nummer der BMG-Hotline öffentlich machen? (Anfrage Presse)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> <li>! 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</li> <li>! Das RKI kann lokale Informationsveranstaltungen für Ärzte und KHS unterstützen, aber Initiative und Organisation von lokalen Akteuren</li> <li>! BMG: denkt auch über eine Veranstaltung nach, aber bisher keine konkreten Pläne oder Informationen</li> </ul>

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





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

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



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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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





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

nicht nachvollziehbar

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

**Iran:** 5 Fälle (+3);

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

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

#### **National**

- ! Publikation zum Bayern-Cluster ist im NEJM eingereicht

#### **Sachsen-Anhalt:**

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

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

#### **Diamond Princess**

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



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

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





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

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- „NUR“ (bei passendem Bild) und Ambulante Diagnostik wird gelöscht</li> <li>- z.B. Influenza-<b>Diagnostik</b> (nicht Schnelltest)</li> <li>- „Schleuse“ unter „Hygiene“ wird gelöscht</li> <li>○ Im Text auch Öffnung um ggf. frühe autochthone Fälle zu erkennen: „Zeichen einer Viruspnemonie unklarer Ursache“</li> <li>○ 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</li> <li>○ RKI finalisiert Begleitschreiben an Ärzte welches auf fachlicher Einschätzung beruht, dies kann auch von KV übernommen werden und bewegt diese hoffentlich dazu</li> </ul> <p><i>ToDo: Anpassung Flussschema, Christian Herzog nimmt Korrekturen vor, Dokument auch auf Webseite</i></p> <p>! Poster/Handzettel für PoE (Flughäfen, jetzt Bahnhöfe/Busbahnhöfe, Häfen noch nicht): wird jetzt generischer gestaltet, ursprünglich für Reisende aus China, jetzt „betroffene Länder“, von ursprünglichem Fokus Flughäfen jetzt zusätzlich in Richtung Bahnreisende, bleibt weiterhin auf Deutsch, Englisch und Chinesisch</p> <p><i>ToDo: FG32 chinesischen Teil noch anpassen und vorheriges (Flughafen) Poster auf Webseite ersetzen und Dokumente streuen</i></p> <p>! Hinweise für Kontaktpersonen mit med. Personal: Vorschlag von W. Haas einer neuen Kategorie III - <b>vertagt</b></p> <p>! Rahmenkonzept</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auftrag von BMG Rottmann, zunächst Sprachregelung mit Herrn Wieler abgestimmt, Entwurf wurde bereits ausgetauscht</li> <li>○ Checklisten hinten aus Pandemieplan sollten auch in das Rahmenkonzept, noch zu entscheiden, was von Influenza-Pandemieplan in nCoV-Rahmenkonzept zu erwähnen bzw. abbilden ist</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 finalisiert Rahmenkonzept, morgen Beschluss in der Lage-AG</i></p>	
<b>6</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Survey zur Anzahl Testungen online/ST webpage ist noch stets nicht rausgegangen, ist in den Händen von GFV</li> <li>! 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</li> </ul>	FG17/ZBS1 AL3/ FG 17
<b>7</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nichts neues</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Maßnahmen der Sozialen Distanzierung in DEU? - <b>vertagt</b></li> <li>! Ressourcenschonender Einsatz PSA - <b>vertagt</b></li> <li>! (ggf. später: Bessere Prävention nosokomialer Ausbrüche?; Impfung - was ist in der Pipeline?) - <b>vertagt</b></li> </ul>	FG 32 FG 36 FG 37 FG 33
<b>9</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Sollte in Deutschland ein Fall aus der Surveillance identifiziert werden: Pressemitteilung vorbereiten</li> <li>! Treffen zu nächster Phase vertagt</li> </ul> <p><i>ToDo: Pressestelle bereitet etwas zu möglicher Fallidentifikation aus dem Meldesystem vor</i></p>	FG32/Presse
<b>10</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Poster Bahn: s. oben, wird auch in AGI TK heute besprochen</li> <li>! Anfrage BPOL: kam auf österreichische Information zum gestoppten Zugverkehr gestern, wie sollen wir uns grundsätzlich zu Grenzschießungen positionieren; Antwort von RKI ist bereits erfolgt (würde Einschleppung nicht verhindern, andere Maßnahmen sind wichtiger)</li> <li>! Befragung der Passagiere aus Flugzeugen mit Direktflügen</li> </ul>	FG32





## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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







## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

--	--	--

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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

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

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 83.333 (+1.166) Fälle, davon 2.855 (3,4%) Todesfälle (+57)</li> <li>○ China (inkl. Hongkong, Taiwan und Macau) 78.920 (+292) Fälle, davon 2.788 (3,5%) Todesfälle (+44), 8.056 schwere Krankheitsverläufe (10,2%)</li> <li>○ 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 %)</li> <li>○ International 52 Länder mit 4.413 (+874) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neue Fälle in folgenden Ländern: Australien, Österreich, Weißrussland, Kanada, Frankreich, Deutschland, Georgien, Iran, Irak, Israel, Italien, Japan, Kuwait, Libanon, Litauen, Niederlande, Nigeria, Norwegen, Oman, San Marino, Singapur, Südkorea, Spanien, Schweden, Schweiz, Vereinigte Arabische Emirate, UK)</li> <li>▪ Neue Länder mit Fällen seit gestern: San Marino, Weißrussland, Litauen, Niederlande, Nigeria</li> </ul> </li> <li>○ International 67 (1,5%) Todesfälle (26 Iran, 13 Südkorea, 17 Italien, 4 „Diamond Princess“, 1 Philippinen, 4 Japan, 2 Frankreich), 94 schwere Krankheitsverläufe (2,1%)</li> <li>○ Europa (WHO Region) 823 Fälle (+280), davon 19 (2,4%) Todesfälle (+5), 21 schwere Krankheitsverläufe (2,6%)</li> </ul> <p>! Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ China: Beijing 10 neue Fälle, Maßnahmen vor Ort laufen anscheinend weiter, Trend in allen Provinzen weiter sinkend, auch Hong Kong (kleine Fallzahlen)</li> <li>○ 100e Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Japan: 214 Fälle (+25), zunehmend Fälle mit unbekannter Infektionsquelle, Grundschulen</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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





## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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



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



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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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





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

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zusammengeführt werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Sozialen Distanzierung:</b> Dokument wird der AGI von FG36 vorab zur Kenntnis gesendet.</li> <li>! <b>Entlassungskriterien:</b> 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Anpassung der Entlassungskriterien durch FG36 und IBBS. Besprechung dieser bei der AGI TK morgen. Wiedervorlage im Krisenstab spätestens Mittwoch nächste Woche.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Selbstabnahmeanleitung:</b> laut der Anleitung sollten Betroffene einen Nasopharyngealabstrich machen. Bislang wurde empfohlen, sowohl ein nasopharyngeales als auch zusätzlich einen oropharyngealen Abstrich zu machen. Sowohl ein Nasopharyngealabstrich als auch ein Rachenabstrich sind nicht einfach für Laien und bergen eine Verletzungsgefahr.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 bespricht mit dem KL, die Möglichkeit eines Abstrichs aus dem Nasenvorhof oder einer Untersuchung des Nasenspülwasser als Methode zur SARS-CoV-2 Diagnostik durch Selbstabnahme. Zusätzlich wird geschaut, welche Methode für Grippeweb plus genutzt wird. Sollte es keine adäquate Methode geben, wird auf eine Selbstabnahme verzichtet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Contact Tracing:</b> FG37 hat die Federführung. BMG soll Dokument heute zunächst prüfen, dann wird es morgen mit der AGI besprochen werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Lagezentrum schickt Dokument zum Contact Tracing an das BMG</i></p>	
6	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! <b>Engpass Labore:</b> ZBS1 hat genug Kapazitäten zu unterstützen. In Charité gab es neulich noch 87 Tests. Das KL weiß aber, dass das RKI testen kann.</li> </ul> <p><i>ToDo: ZBS1 und FG17 informieren erneut drüber, dass RKI Kapazitäten zur Testung hat.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Labor NRW:</b> In NRW haben Labore selber priorisiert, welche Proben getestet werden. Dadurch wurden die Proben der Kontakte, die symptomatisch sind, teilweise nicht bearbeitet. Die AGI soll die Labore auf das Diagnostikpapier des RKI hinweisen, in welchem steht, dass „symptomatische Kontakte</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>alle</p> <p>ZBS1 FG17</p>

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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



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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

	<p>problematisch.</p> <p><i>To do: Die Bedenken des RKIs bzgl. der Situation in Heinsberg sollen verschriftlicht (Email) und ans BMG geschickt werden. (FG37)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Was bleiben für Optionen für Heinsberg?</li><li>○ Bedarfsabfrage an Landrat mit gezielten Fragen; Austausch mit GA.</li><li>○ 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.</li><li>○ Greifen individuelle kontaktreduzierende Maßnahmen nicht mehr, sollten unter Ortskenntnis andere Maßnahmen auf Bevölkerungsebene vorgeschlagen werden.</li></ul>	
--	--	--



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



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



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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Osamah Hamouda**

**Teilnehmende:**

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





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 93.079 (+2.169) Fälle, davon 3.203 (3,4%) Todesfälle (+74)</li> <li>○ China (ohne Hongkong, Taiwan und Macau) 80.249 (+116) Fälle, davon 2.981 (3,7%) Todesfälle (+38), 6.391 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ Provinz Hubei 67.332 (+115) Fälle, davon 2.871 (4,3%) Todesfälle (+37), 6.593 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ International 79 Länder (incl. Hongkong, Taiwan, Macau) mit 12.830 (+2.205) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Fälle in neu hinzugekommenen Ländern (Argentinien, Chile, Liechtenstein, Ukraine, Polen) sind alle importiert.</li> </ul> </li> <li>○ International 222 (1,7%) Todesfälle: Italy (79), Iran (77), South Korea (33), United States (9), Japan (6), Diamond Princess (6), France (4), Hong Kong (2), Taiwan (1), Spain (1), Australia (1), Philippines (1), San Marino (1), Thailand (1)</li> <li>○ Mind. 242 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ Europa (WHO Region) 2.749 Fälle (+525), davon 56 (2,0%) Todesfälle (+19), 157 schwere Krankheitsverläufe</li> </ul>	ZIG1

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





## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Agenda des COVID-19-Krisenstabs

<b>13</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 05.03.2020, 11:00 Uhr, Lagezentrum Besprechungsraum	

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

### Ergebnisprotokoll

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

**Moderation:** Lars Schaade

#### Teilnehmende:

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



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



Koordinierungsstelle des RKI

Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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





	<p>BB 1, BE 9, BW 65, BY 52, HB 3, HE 14, HH 3, MV 4, NI 10, NW 175, RP 7, SH 3, SL 1, SN 1, TH 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! IBBS lässt klinische Verläufe dokumentieren anhand von WHO-Dokumenten, scheint aber komplizierter/zeitaufwendig zu sein</p> <p>! Amtshilfeersuchen aus Freising ans RKI: 3 Abt. 3 MA sind auf dem Weg dorthin. 2 PAE, 1 MA FG32</p> <p>! Deutscher Lagebericht kommt auch auf die Webseite in abgepeckter Form, der englische ebenfalls</p> <p><i>ToDo: FG32 erarbeitet Vorschlag zur Verbesserung der Datenübermittlung bis frühestens Montag</i></p> <p><i>ToDo: Lageberichte (verschlankte Fassung) von heute an auch in beiden Sprachen auf RKI-Webseite</i></p>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>alle</p> <p>INIG</p>
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Risikobewertung RKI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMI/BMG Krisenstab will Rationale hinter Risikobewertung des RKI wissen, Text hierzu (basierend auf Pandemieplan) ist in Vorbereitung, FG32 Aufschlag wird von FG36 überarbeitet, Veröffentlichung wird nach Fertigstellung entschieden, Text soll Montag fertiggestellt sein</li> </ul>	<p>Alle</p>



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



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



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



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



## Koordinierungsstelle des RKI

## Agenda der 2019nCoV-Lage-AG

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

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

### Ergebnisprotokoll

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

**Moderation:** Lars Schaade

#### Teilnehmende:

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



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 98.120 (+2.707), davon 3.388 Todesfälle (+103), Fallsterberate 3,5%</li> <li>○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.667 (+147) Fälle, davon 3.044 (+30) Todesfälle, Fallsterberate 3,8%, &gt;5744 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ Provinz Hubei 67.592 (+126) Fälle, 2.931 (+29) Todesfälle, Fallsterberate 4,3%, 5.588 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ International (ohne China, mit Taiwan) 80 Länder mit 14.893 (+2.215) Fällen, davon 271 Todesfälle, Fallsterberate 1,8%, ≥419 schwere Krankheitsverläufe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> </ul> </li> <li>○ WHO EURO Region 4.354 Fälle (+976), davon 114 (+29) Todesfälle, Fallsterberate 2,6%, 324 schwere Krankheitsverläufe</li> </ul> <p>! Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die meisten Fälle außerhalb Chinas weiterhin in Südkorea, Italien, Iran.</li> <li>▪ Südkorea: Fallsterberate von 0,7% ist deutlich erhöht in Altersgruppen 70-79: 4,1% und &gt;80: 6,0%</li> <li>▪ Japan weiterhin kein Risikogebiet</li> <li>▪ Iran: Inzidenz am höchsten in Ghom, keine genaueren Informationen zu importierten Fällen</li> <li>▪ USA: Lokale Übertragungen in Washington</li> </ul>	ZIG1





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



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



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



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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 110.014 (+11.894) Fälle, davon 3.828 (3,5%) Todesfälle (+440)</li> <li>○ China (inkl. Hongkong und Macau) 80.860 (+193) Fälle, davon 3.121 (3,9%) Todesfälle (+77), 5.115 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ International 80 Länder (inkl. Taiwan) mit 29.154 (+11.701 seit Freitag) Fällen, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ 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)</li> <li>○ Mind. 633 schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ Europa (WHO Region) 12.333 Fälle (+6.659), davon 411 (3,3%) Todesfälle (+250), 507 schwere Krankheitsverläufe</li> </ul> <p>! Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>International:</p> <p>! Allgemein: Hotspot sind weiterhin Italien und Iran.</p> <p>! <b>China:</b> In der Zhejiang Region gibt es keinen neuen Fall. Insgesamt ist ein Rückgang der gemeldeten Fallzahlen in fast allen Regionen in China zu sehen. Bei Regionen mit neuen Fällen sind die Fallzahlen nur sehr klein. Es zeigt sich, dass in</p>	ZIG1



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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

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

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

FG36, FG32





## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Hier unterstützt das BMG (W. Biederbick) bereits. Die Unterstützung durch das RKI wird weiter angeboten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> <li>! Weitere Amtshilfeersuchen von Nürnberg. Hier findet eine TK mit dem Gesundheitsamt sowie dem Landesamt statt, um Ziele, aufgaben etc. zu klären.</li> <li>! In Freisingen sind bereits 3 MA vor Ort. In Berlin unterstütze 1 MA; in NRW ist niemand vor Ort,</li> <li>! 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.</li> <li>! <b>Rückkehrer Tel Aviv:</b> 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.</li> <li>! <b>Lidl Nilkreuzfahrt:</b> Es waren 70 weitere deutsche Reiseteilnehmende auf dem Boot. Das Lagezentrum versucht an die Liste der Kontakte zu kommen, um die Gesundheitsämter zu informieren</li> <li>! Über die DIVI und DKG ist eine Ausweitung Erfassungssystem geplant. Der Wunsch ist, den Fokus auf Erkrankten sowie Entlassenen zu haben. Ein schreiben wird vorbereitet. In Heinsberg gibt es 8 schwer erkrankt, 4 davon werden mit experimentellen Therapeutika behandelt.</li> </ul>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Der Erregersteckbrief wurde erfolgreich publiziert. Eine Korrekturanfrage (Tenazität ist mit 9 Tagen angegeben; in Literatur 6 Tage) wird an Heiko Jahn weitergegeben.</li> </ul>	Presse
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Aktuelle Risikobewertung wurde aktualisiert. Die neue Version wird heute online gestellt und soll wöchentlich aktualisiert werden.</li> <li>! 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</li> </ul>	Alle



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Agenda des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Norden, &gt;1000 neue Fälle in der Lombardei (60% aller Fälle), umgesetzte Maßnahmen werden möglicherweise erst in 5-6 Tagen Ergebnisse zeigen, am 9.03. wurde ganz Italien zur Sperrzone erklärt, gehört mit zur Strategie um das Gesundheitssystem zu entlasten (z.B. bezüglich intensivmedizinischer Bedürfnisse)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frankreich: 4 Regionen mit Fallhäufungen, am meisten betroffen Provinz Haut Rhein in der Region Grand Est, Veranstaltungen &gt;1000 Fällen abgesagt, RKI erhielt E-Mail von Frankreich (über Botschaft und BMG), dass keine KoNa und keine Isolation mehr stattfindet, angrenzende Gebiete in Deutschland wurden gewarnt, BW und Saarland haben Maßnahmen getroffen</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollten einerseits nicht zu kleinräumig definiert werden (zu häufiger Anpassungsbedarf), andererseits führt Definition größerer Regionen zu Umsetzungsschwierigkeiten in Deutschland</li> <li>○ Neue Risikogebiete: Italien, Iran, Region Grand Est in Frankreich, 3 USA Staaten nämlich Washington, Kalifornien, Oregon! Vorab E-Mail an BMG</li> </ul> <p>! Maßnahmen gegen Deutschland wurden durch INIG zirkuliert</p> <p><b>National</b></p> <p>! Änderungen Berichterstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahl-Aktualisierung online nur noch einmal täglich, morgens mit Zahlen des vorabendlichen Lageberichts</li> <li>○ 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</li> <li>○ Außerdem einmal täglich zusätzliche Informationen aus Pressemitteilungen der Bundesländerbehörden (sollte zunehmend den Meldedaten entsprechen)</li> </ul> <p>! Fälle: Fallzahlen und Analyse <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Besondere Neuigkeiten: 4 Fälle in Sachsen-Anhalt (1 davon von der Bundeswehr), 2 Todesfälle in NRW (Heinsberg, Essen), eine hiervon wohnte in Altenheim und wurde von Pfleger angesteckt</li> <li>○ 9 Fälle unter Rückkehrern aus Tel Aviv: dort positiv getesteter Hotelmanager, Israel hat deutsche auf</li> </ul>	<p>FG32/FG36</p>
--	---	------------------

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



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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>informieren über Selbstisolation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Nutzung der Pressebriefings für Vermittlung von 1-2 wichtigen Punkten jeden Tag</li> <li>! Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> <li>o Viel Unklarheit darüber, bei wem Testung sinnvoll ist (z.B. Aussagekraft eines negativen Tests während der Inkubationszeit), Fachöffentlichkeit überrannt von Bürgern</li> <li>o Betriebsärztlicher Dienst könnte bei der Begleitung bei auftauchenden Fragen mehr gefordert werden</li> <li>o Trennung von Fragestellungen in Bevölkerung und Fachöffentlichkeit (KKH, Pflegeeinrichtungen)</li> <li>o Entwicklung einer Empfehlung zur Verdeutlichung des Flussschemas: in welchen Fällen ist Diagnostik wegweisend, wann ist ein Test wirklich wichtig, warum sollte man ihn/wann nicht durchführen, Priorisierung Diagnostik von erkrankten</li> <li>o Noch kein definitiver Beschluss hierzu</li> </ul> </li> </ul> <p><b>RKI Arbeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Welche Aktivitäten sollten zukünftig depriorisiert werden? Es müssen jetzt Überlegungen stattfinden, was wie intensiv weitergeführt wird, Kraftaufwand muss priorisiert werden</li> <li>! 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</li> <li>! Generell ist Schwerpunkt auf COVID-19-Fällen, insbesondere Schwere der Fälle</li> <li>! Depriorisierung der Validierung von Informationen zu Verdachtsfällen und der KoNa</li> <li>! Keine Aufgaben von GA übernehmen, z.B. was Empfehlungen angeht</li> <li>! Priorität sind weitere Maßnahmen zur Verlangsamung beizubehalten, Übermittlung von Informationen und Dokumentation haben nachgestellte Priorität</li> <li>! RKI interne Arbeit: Nachdenken über Möglichkeiten zum Vorgehen bei community transmission in Berlin, home office, LZ in Hörsaal umlegen zur Distanzierungsmöglichkeit, usw. <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frau Engelbert leitet eine AG hierzu</li> </ul> </li> </ul>	
5	<b>Dokumente</b>	

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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



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

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Symptomen zu Hause bleiben, Testungen an Tag 7 und Tag 14; Ziel ist zeitnahe Veröffentlichung von Empfehlungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kritikpunkt: Warum Maskenanwendung erst nach Kontakt (Schutz anderer), und nicht von Anfang an (Selbstschutz), bleibt abzuwarten, ob RKI Zahlen/Informationen erhält</li> <li>! Treffen von AL1, FG14, FG37 zu diesem Thema morgen vor Krisenstabssitzung</li> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Folien zu deutscher Lage auch (wie INIG-Folien) täglich an Bundeswehr/BZgA schicken</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Erregersteckbrief wurde gestern aktualisiert</li> <li>! 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</li> <li>! Auswirkung Temperaturen auf Erreger: nicht abzuschätzen, plötzliches Ende der Epidemie ausgeschlossen, Aussagen zur Auswirkung von Temperatur-/Luftfeuchtigkeitsveränderungen sind mit Vorsicht zu interpretieren</li> </ul>	alle
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kein Anpassungsbedarf</li> </ul>	alle
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Öffentlichkeitsarbeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Viele Telefonanfragen wegen Fallzahlen</li> <li>! Anfragen zu Barrierefreiheit, Webseite nicht für alle Menschen zugänglich! Vorschlag Live Übersetzung PK in Gebärdensprache? Zielgruppe ist eigentlich Presse</li> <li>! FAQ: FG33 hat zu Impfungen ergänzt, welche sind empfohlen, welche in Vorbereitung</li> <li>! Chatpot: Auftrag von BMG, externe Firma entwickelt ein interaktives Tool welches Hotlines entlasten soll, RKI soll fachlich begleiten (Überprüfung auf Korrektheit), FF Herr Schmich aus Abt. 2, Presse rät stark davon ab, Bedenken sollen verschriftlicht werden und an Präs für möglichen Vermerk an BMG gehen</li> </ul> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Arbeiten aktuell an Material zu social distancing nach gestrigem Appell des RKI Krisenstabs</li> <li>! Ansonsten laufendes Geschäft, abarbeiten von 100-en von Bürgeranfragen</li> <li>! BMG hat Papier von PHE zu social distancing erwähnt (<a href="#">hier</a>)</li> </ul>	Presse



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>o Weltweit 121.672 (+7.486), davon 4.292 (3,6%) Todesfälle (+81)</li> <li>o International (ohne China, mit Taiwan) 103 Länder mit 40.763 (+7.457) Fällen, davon 1.213 (2,98%, +342) Todesfälle; &gt;1.200 schwere Verläufe</li> <li>o WHO EURO Region 19.540 (+4.086) Fälle, davon 732 (3,7%, +197) Todesfälle; &gt;1.000 schwere Verläufe</li> </ul> </li> <li>- Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Südkorea:</b> 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.</li> <li>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.</li> <li>o Alle Länder, die mit ihren Maßnahmen Erfolg haben, haben eine Art von finanziellen Mitteln als Absicherung für Arbeitgeber bei Quarantäne von Mitarbeitenden.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG stellt Maßnahmen anderer Länder mit Bewertung für das BMG zusammen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Japan:</b> 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).</li> <li>o <b>Iran:</b> Es gibt mehr als 9.000 Fälle. Betroffen sind immer noch die gleichen Gebiete.</li> <li>o <b>Italien:</b> Aus Italien sind nun auch die Zahlen für hospitalisierte Patienten bekannt: es gibt 5.838 Hospitalisiert mit Symptomen, 1.028 auf einer</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>ZIG</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Intensivstation (8%) und 1.045 sind genesen. Frage, ob es Informationen über die Schwere der hospitalisierten Fälle bekannt gibt, denn in China werden bspw. alle hospitalisiert. Der Bericht ist auf Italienisch; Herr Haas wird ihn sich anschauen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Frankreich:</b> 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.</li> <li>○ <b>Spanien:</b> Madrid hat bereits 1.024 Fälle und 31 Todesfälle. Bei 31 Todesfällen ist zu vermuten, dass die Fallzahl in Madrid wesentlich höher ist. <i>Nachtrag. In SurvNet sind bislang 9 Fälle mit wahrscheinlichem Expositionsort Spanien übermittelt (bei 7 ist der Expositionsort nicht näher spezifiziert, bei 2 Fällen sind die Kanaren angegeben)</i></li> <li>○ <b>USA:</b> 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: BMG soll noch einmal zu dem Vorschlag, die Staaten Washington, Oregon und Kalifornien als Risikogebiete zu deklarieren, Stellung nehmen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Österreich:</b> Betroffen sind vor allem Ischgl und zunehmend auch St. Anton. Es haben sich viele ausländische Bürgerinnen und Bürger angesteckt. Dänemark meldet, dass fast 1/3 der dänischen COVID-19 Fälle sich in Österreich angesteckt hat. In Gebieten mit hohem touristischen Aufkommen wie z. B. auch Südtirol sollte für die Definition für Community Transmission nicht nur die autochthone Bevölkerung</li> </ul>	
--	---	--

	<p>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.</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Bundesländer betroffen</li> <li>○ 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. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Nordrhein-Westfalen</u>: 262 Fälle, davon 220 Fälle mit Heinsberg als Expositionsort (in ganz D.: 233 Fälle mit Expositionsort Heinsberg);</li> <li>▪ <u>Bayern</u>: 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)</li> <li>▪ <u>Baden-Württemberg</u>: 33 Fälle, davon 5 LK Esslingen (in ganz D. 10 mit Expositionsort LK Esslingen)</li> <li>▪ <u>Berlin</u>: 90 Fälle, davon 29 in Berlin-Mitte (in ganz D. 33 mit Expositionsort Berlin-Mitte)</li> </ul> </li> <li>○ Rheinland-Pfalz, Thüringen, Bremen sind schon up-to-date mit SurvNet Übermittlungen gegenüber den vorab übermittelten Fällen; andere haben mehr Probleme (z.B. Hamburg)</li> <li>○ Gesundheitsämter wünschen sich Strategiewechsel, damit sie ihrer Arbeit von Kontaktpersonennachverfolgung auf die Ermittlung für bestätigte Fälle und anschließende Übermittlung via SurvNet fokussieren können.</li> <li>○ Die Bundeswehr hat die Notfallnummern der Gesundheitsämter getestet und berichtet von teilweise 7 Stunden Wartezeit, bevor man jemanden erreicht. Es wurde in der AGI schon mehrfach angesprochen, dass die Gesundheitsämter zusätzlich zu ihrem Stammpersonal Mitarbeitende aus anderen Ämtern (z. B. Ordnungsamt) miteinbeziehen könnten. In Berlin unterstützen bereits Mitarbeitenden anderer Ämter die Gesundheitsämter. Die Bundeswehr hat das Thema auch bereits bei dem letzten Treffen des BMI-BMG Krisenstabs eingebracht; dort ist aber keine Länderebene vertreten.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Herr Wieler kann das Thema bei der anstehenden Ministerpräsidentenkonferenz anbringen.</i></p> <p><b>Ergänzende Auswertung (Folien <a href="#">hier</a>) von SurvNet übermittelter</b></p>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><b>und validierter Fälle (Datenstand: 11.03.2020, 11:00Uhr)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><b>Amtshilfeersuchen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemein: Bei der BMG TK hat das RKI berichtet, dass es viele Anfragen gibt, die nicht alle bedient werden können.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ NRW befürwortet teleepidemiologische Hilfestellung via Frau Abu Sin und dem Lagezentrum</li> </ul> <p><b>Fallzahlen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übermittlung von Fallzahlen an das BMG: Es ist in Ordnung, dass das RKI momentan sowohl die übermittelten als auch die</li> </ul>	FG32
--	---	------

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gebärdendolmetscher. Herr Kerstens kann bei der Kontaktvermittlung helfen.</p> <p><i>ToDo: Die Pressestelle organisiert bis spätestens kommenden Montag einen Gebärdendolmetscher.</i></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt nichts Neues zu berichten. In Herstellung/Abstimmung ist momentan ein Papier zum Thema „Abstand halten“.</li> <li>! Frau Theiss von der BZgA hat in der BMG TK berichtet, dass von der BZgA ein Papier für Altenheime bzw. Pflegende sowie ein weiteres für Abreitgeber in Erstellung ist. Es ist wünschenswert, wenn das RKI vor Veröffentlichung die Papiere zur Prüfung erhält.</li> </ul> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine neuen Informationen</li> </ul>	
5	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Entlassungsmanagement:</b> 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.</li> <li>! <b>Hinweise für Apotheken zur Herstellung von Händedesinfektionsmitteln:</b> Gibt Anfragen zu den rechtlichen Grundlagen für selbsthergestellte Desinfektionsmittel. Die EU Richtlinie wurde außer Kraft gesetzt und die eigene Herstellung ist nun möglich. Es ist aber z. B. nicht klar, welche der beiden Rezepturen hergestellt werden darf und ob sie als begrenzt viruzid deklariert werden dürfen. FG14 (Frau Schwebke) kümmert sich um diese Fragen.</li> <li>! <b>Ressourcenschonender Einsatz von MNS:</b> Es gibt zwei Änderungswünsche. Das RKI hat eine kommentierte Version an den ABAS geschickt mit Bitte um Zustimmung.</li> </ul>	IBBS, FG14, FG36

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Fälle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 128.020 (+6.926), davon 4.713 (3,7%) Todesfälle (+348)</li> <li>○ International (ohne China, mit Taiwan) &gt;114 Länder mit 47.087 (+6.902) Fällen, davon 1.542 (3,3%, +337) Todesfälle; &gt;1.386 schwere Verläufe</li> <li>○ WHO EURO Region 24.353 (+4.868) Fälle, davon 963 (3,9%, +237) Todesfälle; &gt;1.000 schwere Verläufe</li> </ul> </li> <li>○ <b>Trendanalyse</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>China:</b> Es gibt 11 neue Fälle in China. Außerhalb von Wuhan wurden die Reisebeschränkungen gelockert und die Arbeit in den Produktionsstätten wieder aufgenommen. In Wuhan aber keine Lockerung. China ist sich über weiterhin hohen Anteil an susceptiblen Personen in der Bevölkerung (außerhalb von Wuhan, aber auch in Wuhan selbst) bewusst und der Umgang mit einem erneuten Anstieg der Fallzahlen war auch Thema bei WHO Mission. China ist sehr aufmerksam gegenüber neuen Fällen. In Hongkong gibt es ein paar neue Fälle. Die Maßnahmen in Hongkong sind lockerer als im Rest Chinas.</li> <li>○ <b>Südkorea:</b> Es gibt einen leichten Rückgang der Fallzahlen.</li> <li>○ <b>Australien:</b> Es gibt einen Anstieg der Fallzahlen in Australien und laut WHO Situation Report gibt es local transmission in Australien.</li> <li>○ <b>Spanien:</b> 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>ZIG</p>

	<p>es stehen einige Orte mit ca. 70.000 Menschen unter Quarantäne. Es wurden zudem u.a. Schulschließungen angeordnet. Jedes Mitglied des Kabinetts wird nach positivem Fall in Kabinett getestet. Nach Informationen aus der spanischen nationalen Gesundheitsbehörde, wurde in Spanien, ähnlich wie in DE sehr früh systematisch getestet und nun werden systematisch die Protektionsmaßnahmen hochgefahren. Die nationale Gesundheitsbehörde bietet einen gegenseitigen Austausch von Informationen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Österreich:</b> 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.</li> <li>○ <b>Frankreich:</b> 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 &gt;1200 Tests/Tag.</li> <li>○ <b>Türkei:</b> BMG Krisenstab geht von wesentlich mehr Fällen in der Türkei aus, kann aber nicht belegt werden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Anpassung der Risikogebiete</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Spanien, Madrid:</b> Madrid wird zum Risikogebiet erklärt.</li> <li>○ <b>Österreich, Tirol:</b> Tirol wird zum Risikogebiet erklärt.</li> <li>○ <b>Frankreich, Region Grand-Est:</b> 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</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

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





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 157.044 (+9.587), davon 5.839 (3,7%) Todesfälle (+257)</li> <li>○ China (inkl. HK, Macau) 80.996 (+25), davon 3.203 (4,0%) Todesfälle (+10)</li> <li>○ International (ohne China, mit Taiwan) 146 Länder mit 76.048 (+9.557) Fällen, davon 2.636 (3,%, +247) Todesfälle; &gt;3.200 schwere Verläufe</li> <li>○ WHO EURO Region 47.248 (+8.333) Fälle, davon 1.817 (3,8%, +223) Todesfälle; &gt;2.000 schwere Verläufe</li> </ul> </li> <li>○ Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ <b>China:</b> Die meisten neuen Fälle in China sind importierte Fälle (z.B. aus Süd-Korea, Italien)</li> <li>○ <b>UK:</b> 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: INIG soll wie für China pro Land (Inzidenzen etc.) darstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Frankreich:</b> 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.</li> <li>○ <b>Spanien:</b> 2.000 neue Fälle (insgesamt 7.753 Fälle,</li> </ul>	ZIG1

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

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

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

**National**

FG32



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Inzidenzen, Epikurven nach Bundesland (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umstellung auf SurvNet morgen wird ohne Negativdelta funktionieren.</li> <li>○ Alle Bundesländer betroffen; bald auch alle Kreise betroffen</li> <li>○ Inzidenz liegt bundesweit bei 5,5/100.000 Einwohner (Vortrag: 5,0/100.000 EW)</li> <li>○ BW, BY, NRW, BE und HH exponentiell ansteigende Entwicklung; noch nicht so betroffen östliche Bundesländer; Inzidenzen sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Nordrhein-Westfalen</u>: 8,6/100.000 EW (Heinsberg ca. 253,2/100.000 EW); Die Hälfte der Fälle kommt aus Heinsberg.</li> <li>▪ <u>Bayern</u>: 7,4/100.000 EW</li> <li>▪ <u>Baden-Württemberg</u>: ca. 9,6/100.000 EW</li> <li>▪ <u>Berlin</u>: 8,0/100.000 EW</li> <li>▪ <u>Hamburg</u>: 13,9/100.000 EW</li> </ul> </li> <li>○ Freising hat die Strategie, sofort Kontakte abzustreichen. Symptomatische Patienten kommen sofort ins Krankenhaus.</li> <li>○ Österreich hat Italien als möglichen Expositionsort überholt (Österreich: 901, Italien 866).</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Nachtrag: In SurvNet gibt es 348 Fälle mit Tirol, 14 Fälle mit Vorarlberg, 7 Fälle mit Salzburg, 3 Fälle mit Oberösterreich, 1 Fall mit Niederösterreich und 1 mit Wien als wahrscheinlichen Expositionsort.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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).</li> </ul> <p><i>ToDo: Inzidenz und Trend für deutsche Kreise (Auswahl Top 10) aufstellen, um besonders betroffene Gebiete zu benennen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	
--	--	--

	<p>gestellt werden soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Benennung von betroffenen Risikogebieten:</u> Dies ist prinzipiell wichtig für die Definition von Verdachtsfällen und die damit verbundene Wahrscheinlichkeit für eine Testung. Rationale wäre, dass es nicht darum geht, andere Kreise/Bundesländer vor Regionen zu warnen, sondern innerhalb des Gebietes zu einer vermehrten Testung anzuregen. Kriterien zur Auswahl von betroffenen Gebieten könnten die Inzidenz, die Trendanalyse, die exportierte Fälle etc. sein. Die Inzidenz in Freisingen ist z.B. zwar hoch, aber die Trendanalyse nicht. Daher wäre das kein besonders betroffenes Gebiet.</li> </ul> <p><i>ToDo: in der morgigen Krisenstabssitzung werden die Inzidenzen, Trendanalyse und exportierte Fälle für den SK Aachen, SK Hamburg, SK München angeschaut, um zu beschließen, was davon eine betroffene Region sein könnte.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Meldung von Verdachtsfällen wird eingestellt. Diese Information wurde via Infobrief zirkuliert.</li> <li>○ <u>Lage in den Gesundheitsämtern:</u> Es gibt viele (auch große) Gesundheitsämter (z.B. Düsseldorf, Frankfurt), die an die Grenzen ihrer Kapazitäten kommen. Eine Kontaktpersonennachverfolgung ist oft nicht mehr möglich und das Konzept der Quarantäne für medizinisches Personal nicht mehr aufrecht zu halten. Es gibt die Bitte, die Dokumente/Empfehlungen anzupassen. Eine Umlagerung von Ressourcen ist aber der Änderung von Empfehlungen vorzuziehen.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><b>Amtshilfeersuchen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><b>Fallzahlen:</b></p>	<p>ZV</p> <p>FG32</p>
--	--	-----------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine neuen Informationen</li> </ul> <p><b>Sonstiges:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es wird an einem Tool („Chatbot“) gearbeitet, welches eine digitale Lösung ist, um mit der Bevölkerung zu kommunizieren und niederschwellig Gefahren mitzuteilen. Die BZgA ist über das Tool informiert. Das Tool wird unabhängig vom RKI veröffentlicht. Es werden noch 2-3 Tage benötigt, bevor das Tool fertiggestellt ist. Eine inhaltliche Überprüfung durch das RKI sowie eine strukturierte Testung stehen noch aus. Der Anbieter ist eine private Firma, die auch Daten der Nutzer speichert. Sowohl das RKI als auch die BZgA haben dies datenschutzrechtlich geprüft. Das BMG soll eine schriftliche Übernahme der Verantwortung formulieren, da die Firma ohne Ausschreibung für das Projekt gewählt wurde. Darüber hinaus gibt es noch weitere Projekte über die Herr Schmich zukünftig im Krisenstab berichten kann.</li> <li>! Der Begriff „Social Distancing“ führte zur Verwirrung. Es soll daher besser „Abstand halten und Kontakte reduzieren“ gesagt werden.</li> </ul>	<p>FG21</p> <p>FG32</p>
<p>5</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Schließung von Schulen und Kitas – Organisation am RKI:</u> Es gab zunächst durch ZV1 einen Appell an die Selbstorganisation der MA des RKI, da nicht alle Bedarfe abzudecken sind. Kindergärten und Schulen bieten für besondere Personengruppen Notbetreuung an. Von ZV1 können MA eine Bestätigung erhalten, dass sie zu einer besonderen Personengruppe zählen. Darüber hinaus kann es für krisenrelevantes Personal Unterstützung durch das RKI geben (Taxikosten, Kinderbetreuung, Shuttles falls kein ÖPNV mehr, Versorgung). ZV1 wird ein Gesamtpaket planen. Ebenso gibt es Vorlagen von der Druckerei, für die Personen, die keinen Dienstaussweis haben und sich im Falle einer Ausgangssperre ausweisen müssen. Mobiles Arbeiten ist auch möglich, allerdings gibt es hierzu nur eine begrenzte Anzahl von Plätzen, die jetzt schon knapp sind.</li> </ul> <p><i>ToDo: ZV1 bildet eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus den Abteilungen, um „kirschenrelevantes Personal“ zu identifizieren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Unterstützung:</u> Herr Bergholz hat eine Liste mit bereits ausgeschiedene MA, die zur Unterstützung kontaktiert werden. Die 43 MA der GERN Studie sollen die Kontaktpersonennachverfolgung (mobile Teams) unterstützen. Herr Eckmanns wird dieses mit dem Herrn Lampert besprechen</li> </ul>	<p>ZV1</p>

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>BMG Tweet</u>: Es gab am 13./14.03 einen BMG Tweet zur Selbstisolierung von Reiserückkehrern 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 Herrn Spahn. Die Dokumente und Bewertungen des RKI werden daher nicht angepasst.</li> <li>! <u>Die neue Strategie</u> ist seit Freitag online. Eine wesentliche Aussage ist, dass die Phasen ineinander greifen und sich nicht ablösen. Der Begriff „Strategiewechsel“ sollte daher vermieden werden.</li> <li>! <u>ECDC Szenario zu COVID-19</u>: Das ECDC stellt empfohlene Maßnahmen für ein COVID-19 Szenario vor, was sich in 4 Stufen unterteilt. Frau Rexroth 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.</li> <li>! Serosurvey: Das HZI (g. Krause) macht mit dem DRK bereits eine Studie zur Anzahl serokonvertierter Personen. 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.</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG37 (für FG35)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Anpassung der Handreichung für Einreisende aus Risikogebieten hinsichtlich Kontaktaufnahme mit dem GA wird morgen mit der AGI besprochen.</li> <li>! „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.</li> <li>! Ein Vorschlag zu den Optionen von Kontaktpersonen unter</li> </ul>	<p>IBBS, FG14, FG32</p>

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie Fälle werden beatmet? Morgen sollte ein gutes Bild dazu vorliegen.</li> <li>! 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.</li> <li>! FG37 + Charite planen eine Erfassung der beatmeten Fälle: zurzeit wird das Tool programmiert, nächste Woche soll es ausgerollt werden.</li> <li>! Es gibt ein Paper zur Inkubationszeit, das für eine Beibehaltung der 14 Tage spricht.</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>nicht besprochen</i></li> </ul>	VPräs
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! TV und Rundfunk soll bespielt werden. Bisher wurde sehr zielgruppenorientiert kommuniziert, jetzt soll viel breiter, auch an die Allgemeinbevölkerung gerichtet, kommuniziert werden. Am kommenden Wochenende werden wieder Anzeigen in regionalen Zeitungen geschaltet.</li> </ul> <p><b>RKI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Presse: nichts zu berichten</li> <li>! 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.</li> <li>! Es gibt immer mehr Studien, an denen RKI beteiligt ist.</li> </ul> <p><i>ToDo: Sammeln aller Studien, an denen das RKI beteiligt ist, bei FO, diese Studienübersicht soll über die Leitung auch der BZGA zur Verfügung gestellt werden; Auftrag vom Lagezentrum</i></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, FG37</p>
<b>5</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Auf die Definition von Risikogebieten als epidemiologisches Instrument, um Fälle zu finden, soll verzichtet werden. Das Flusschema Falldefinition muss geändert werden. Wenn es umgesetzt wurde, soll auf die Definition von Risikogebieten verzichtet werden. Dies muss mit dem BMG besprochen werden, danach muss Dokument für Dokument durchgegangen werden, um zu sehen, wo Änderungsbedarf</li> </ul>	

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>herausgenommen werden, epidemiologische Bestätigung durch Kontakt mit bestätigtem Fall soll bleiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Häufung von Fällen in KH, Krankenpflegeeinrichtungen soll bereits als Verdachtsfall definiert werden, damit die GA früh aktiv werden können.</li> <li>○ Deshalb sollen Ausbrüchen von Pneumonien in medizinischen oder Pflegeeinrichtungen zu der Definition des epidemiologischen Zusammenhangs für den begründeten Verdachtsfall aufgenommen werden.</li> </ul> <p>! <b>Flussschema:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.)</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Prüfung klinisch-epidemiologischer Kriterien:</li> <li>○ Punkt 1: bleibt; Begründeter Verdachtsfall wird ergänzt durch Häufung von Pneumonien in KH oder Pflegeeinrichtungen</li> <li>○ Punkt 2: bleibt</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>IBBS</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufenthalt in Regionen mit Covid-19-Fällen wird gestrichen.</li> <li>○ 2. Seite: Benutzung von mind. FFP2-Masken ist mit KBV und Minister abgestimmt, so freigegeben und wird nicht geändert.</li> <li>○ Das Bild auf Seite 1 bei Hygiene kann geändert werden.</li> <li>○ Meldung des Verdachts ist noch nötig, ist im Moment noch gesetzlich geregelt.</li> </ul> <p><i>ToDo: Falldefinition und Flusschema sollen morgen in der AGI beraten werden.</i></p> <p>! <b>Kontaktpersonennachverfolgung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Kategorie 1: müssen täglich Gesundheitsamt über Gesundheitszustand und Quarantäne informieren, ist Bringschuld der Kontaktpersonen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Entschlackung bei Kat. 2, Fokus stark auf Kat. 1</li> <li>○ Wichtig für Auftrag von KBV Aerosolbildung aufnehmen, für bessere Differenzierung von Risiken, Papier zum Vorgehen bei Personalmangel beachten.</li> </ul> <p><i>ToDo: Papier ist so verabschiedet und soll schnell online gestellt werden.</i></p> <p>! <b>Flusschema zur KoNa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 3 Varianten:</li> <li>○ Für nicht med. Personal: Einteilung in Kat. 1 und 2</li> <li>○ Med. Personal bei regulärer Personalverfügbarkeit: Einteilung in Kat. 1 und Kat. 3</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Die Erfassung wie viele Tests durchgeführt werden, soll</p>	

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

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

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>20 (0,2%) Todesfälle (+8)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Höchste Inzidenz in HH mit 23,46/100.000, dort sehr viele Reiserückkehrer (und nicht primär community transmission), Testkapazitäten wurden ausgebaut, gestern starker Widerspruch dagegen, sie als besonders betroffenes Gebiete auszuweisen</li> <li>○ 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</li> <li>○ Teilweise (z.B. Aachen) keine Differenzierung des Expositionsortes in übermittelten Daten</li> <li>○ Entwicklung Altersverteilung der Fälle in den Bundesländern, kein klarer (nationaler) Trend</li> </ul> <p>! Testkapazitäten sind vielerorts erschöpft, Drang in Richtung klinischer Falldefinitionen</p> <p>! Bundesländer Trendanalyse soll auch in Lagebericht aufgenommen werden</p> <p><b>Surveillance-Ergebnisse</b> (ab Folie 15 <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AGI Syndromische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positivenrate primär Influenza, sowie einige andere respiratorische Viren</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> <li>! AGI Virologische Surveillance: 3 positive Befunde in Sentinel, 1 in einem Berliner Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt noch keinen epidemiologisch bewertbaren repräsentativen Überblick, dies kommt wenn virologische und syndromische Daten sich kombiniert analysieren lassen</li> </ul> </li> <li>! ICOSARI: neueste Fälle sind noch nicht in Berichterstattung enthalten, die Fälle sind darin nach Diagnose aufgeschlüsselt, System wurde erweitert, ab heute gibt es auch Daten von im Krankenhaus liegenden, intensivpflichtigen und zu beatmen-den Patienten (inkl. Beatmungsdauer, Vorerkrankungen)</li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Risikogebiete</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Risikogebiete und „besonders betroffene Gebiete“ werden voraussichtlich morgen abgeschafft, wird heute sprachlich vorbereitet, Falldefinitionen und andere Dokumente/ Empfehlungen müssen diesbezüglich angepasst</li> </ul>	<p>FG32/alle</p> <p>VPräs/alle</p>
--	---	------------------------------------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Iran</u>: Bericht von Andreas Jansen/WHO Einsatz           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 18.407 Fälle (+1.046), davon 1.284 (7,0%) Todesfälle (+149)</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Infektionsgeschehen primär im Norden, Teheran und Ghom, im Süden weniger Fälle (auch deutlicher Temperaturunterschied)</li> <li>▪ Modellierungen (s. Folie 2) ausgehend von Anteil der Bevölkerung (%), der aus dem Infektionsgeschehen entfernt wird, und verschiedener Isolierungs-Arten, z.B.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn 10% entfernt, Mitte Mai, 2,5 Mio. Fälle</li> <li>- Bei 40% (Optimum), Mitte Mai ca. 800.000 Fälle (unterste Kurve)</li> <li>- Realität zwischen 25-32%</li> </ul> </li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Ausgeweitete social distancing Strategie, Freitagsgebet-Verbot, usw.</li> <li>▪ Umfangreiche Risikokommunikation, konstante COVID Thematisierung mit Empfehlungen, viel Mobilisierung</li> <li>▪ Einsatz künstlicher Intelligenz: Screening App etabliert, Personen geben Symptome, Ort und Vorerkrankungen an, Algorithmus berechnet</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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





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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Bei der Telefonhotline schwierig die Qualität der Beratung hochzuhalten, Fokus verweisen auf Informationen im Internet</li> <li>! 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</li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Präs möchte gerne Montag gerne erneute Nachricht ans Haus schicken, hierzu sollen sich Ute Rexroth und Barbara Buchberger absprechen damit alle RKI-MA erneut und gleich informiert sind</li> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 23.03.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Nach Rücksprache mit dem BMG werden die Risikogebiete erst ab morgen abgeschafft. Es muss zunächst noch geklärt werden, wie mit den Quarantäneregelungen für bereits aus Risikogebieten zurückgekehrte Personen umgegangen wird. In NRW haben Personen, die aus Risikogebieten zurückgekehrt sind, keinen Zutritt zu bestimmten Räumen. Heute findet noch eine TK mit Amtschefs der Staatskanzlei, um bzgl. Umgang mit Risikogebiete zu besprechen.</li> <li>! Die INIG wird sich zukünftig auf 3 Bereiche fokussieren:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Analyse der Krankheitsverläufe weltweit:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weiterhin Beobachtung des Trends</li> <li>! Auch wenn die Risikogebiete abgeschafft werden, kann es sein, dass dies Konzept wiederbelebt werden muss, wenn z.B. die Zahlen abflachen.</li> </ul> </li> <li>2. <u>Maßnahmenanalyse:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Es gibt 4 Gruppen von unterschiedlichen Kurvenverläufen und es wird geschaut, in wie weit diese mit den Maßnahmen zusammen hängen.</li> <li>! 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.</li> <li>! Andere Länder haben aus der Vergangenheit schon Erfahrungen gehabt (China mit SARS, Südkorea mit MERS). Dort durchgeführte Maßnahmen sind bspw. eine frühe Isolierung von Fällen, einen weit verbreitete gute Risikokommunikation (Public Shaming) sowie die Trennung der Gesundheitseinrichtungen (Krankenhaus für COVID-19 Patienten) und eine staatliche Quarantäne (nicht zuhause) für milde</li> </ul> </li> </ol> </li> </ul>	ZIG1

	<p>Fälle. Es gibt Strafen für die Nichteinhaltung.</p> <p>3. <u>Bestimmungen von Key Performance Indikatoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt Indikatoren wie z.B. die Fallzahlen oder die Anzahl von Todesfällen, die genutzt werden können, um von einem Erfolg zu sprechen. Weitere Indikatoren sind die Testkapazität (z.B. Anzahl positive Tests zu Anzahl Tests insgesamt) sowie die Auslastung der Intensivstationen. Laut WHO sollten max. 8 Indikatoren benannt werden. Weitere Ideen gerne per E-Mail an die INIG senden.</li> <li>! 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.</li> <li>! Zusätzlich zu dem Laborbefund sollten möglichst auch noch klinische Verläufe mit berücksichtigt werden. Allgemein sollte die Teststrategie (z.B. auch Tests mit/ohne Bezug zu einem Risikogebiet) berücksichtigt werden.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Es wird viel von den Gesundheitsämtern nachgetragen (z.B. Erkrankungsbeginn)</li> <li>! 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.</li> <li>! Sowohl bei der 3- als auch bei der 5-Tage Inzidenz sind Heinsberg, Tirschenreuth, Hohenlohekreis, aber auch der SK München auffällig.</li> <li>! Es gibt zunehmend mehr Exposition im Inland als im Ausland. Dies wird durch die Reisbeschränkungen ins Ausland steigen.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>Amtshilfeersuchen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt sehr viele Anfragen. Das RKI versucht primär telefonische Unterstützung zu leisten (z.B. Frau Abu Sin</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



	<p>(„Ampelsystem“) behält (z.B. KBV oder BMG).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt schon die VOXCO Abfrage, die jedoch nur nach durchgeführten Tests sowie generellen Testkapazitäten fragt, aber keine aktuelle Bedarfsabfrage ist.</li> <li>▪ Bei der VOXCO Abfrage wird zusätzlich nach fehlenden Ressourcen bei der Probenabnahme, dem Transport und der Probenbearbeitung gefragt (z.B. Schutzkleidung, Vorräte, Abstrichssets).</li> </ul> <p><i>ToDo Herr Mielke wird heute besprechen, wie ein Übersicht der freien Kapazitäten aussehen könnte und dies dann ggf. dem BMG vorstellen.</i></p> <p><i>ToDo Frau Buda wird sich bezüglich der Positivrate mit dem RKI Ansprechpartner für clinical virology (Frau Böttcher) austauschen.</i></p>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In New England Journal wurde berichtet, dass SARS-CoV-2 in Form von Aerosolen in der Luft bleibe. Herr Drosten hatte dazu bereits Stellung bezogen und darauf verweisen, dass das Virus in der Luft nur für eine kurze Zeit ist und der Fokus bei der Transmission weiterhin auf Tröpfchen von Mensch zu Mensch und ggf. Schmierinfektionen liegen sollte.</li> <li>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.</li> <li>! Zu immunologischer Fragen (z.B. Grundimmunität, Verwandtschaft mit humanen Coronaviren) ist bislang wenig bekannt. Zur Kreuzimmunität gibt es kein belastbaren Daten</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Herr Wolff findet RKI-intern(ggf. auch RKI-extern) einen Adressaten für Themen der Immunologie, Drifting etc.</i></p> <p>! ACE als Risiko: Arbeitet IBBS dran.</p>	FG17/FG36/ alle
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kein Anpassungsbedarf</li> </ul>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Südkorea hat ein innovatives Testverfahren:</b> Die Probeentnahme erfolgt innerhalb von 10 Minuten und am nächsten Tag gibt es das Testergebnis per SMS.</li> <li>! <b>Diebstahl:</b> ZBS1 berichtet, dass Materialien wie z.B. Sterillium abhandengekommen sind. Zukünftig sollen alle Materialien (Masken etc.) verschlossen an einer Stelle gelagert werden. IBBS berichtet, dass es bei ZV auch bereits einen Diebstahl gab und IBBS bereits vor 2 Wochen alle PSA in einen abgeschlossenen Raum umgelagert hat.</li> <li>! <b>AGI Sentinel:</b> Keine SARS-CoV-2 positiven Proben im Sentinel.</li> <li>! <b>Report ARS Daten:</b> 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.</li> </ul>	FG17, ZBS1, FG37
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul>	IBBS
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Umgang mit Masken:</b> Es gibt ein Schreiben von Frau Gastmeier (Charité) zum Umgang mit Masken, welches auch Konsequenzen für das Flussschema hat. Während das RKI FFP2 Masken empfiehlt, stellt sie das in Frage. Die Diskussion gibt es schon länger, da auch weder die WHO noch das CDC FFP2 Masken bei der Diagnostik von COVID-19 empfehlen. Ein Vorschlag, das Flussschema kann anzupassen, wäre statt FFP 2 Masken nur von „Atemschutz“ zu sprechen.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG14 prüft Dokument und gibt Frau Gastmeier Rückmeldung.</i></p>	FG37/FG14
<b>10</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Grippeweb Aufruf soll erfolgen, sobald FG36 letzte Fragen (z.B. Datenschutz, ITZ) geklärt hat.</li> </ul>	FG36
<b>11</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>Nicht besprochen</i></li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>Nicht gesondert besprochen</i></li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p>	

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Einstufung der Bewertung als hoch noch zutreffend, FG32 soll täglich überprüfen, ob weitere Textänderungen notwendig sind</p>	FG32/alle
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Gestern Video mehrerer Botschaften auf Webseite</p> <p>! Anschluss an bestehende Themen, z.B. „Alkohol kenn dein Limit“, auf bestimmten Kanäle,erspüren der Bedarfe der Bevölkerung</p> <p>! Austausch mit BMG um parallele Produkte zu meiden</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Problem der Zahlen-Diskrepanz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele Anfragen/z.T. Angriffe da Fallzahlen und Kurven in Lagebericht und Dashboard verschieden sind</li> <li>○ Zwei Probleme <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldeverzug</li> <li>▪ Unterschied des benutzten Datums (Melde- vs. Erkrankungsdatum)</li> </ul> </li> <li>○ Meldewesen Dateneingang soll kurz erklärt werden, und Kurve in Lagebericht und Dashboard gleich sein</li> <li>○ Im Lagebericht sind vorne in der Tabelle tägliche Meldungen basierend auf Übermittlungsdatum, hinten erscheinen Fälle angepasst nach Erkrankungsdatum</li> <li>○ 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</li> <li>○ Priorität jetzt: Standardisierung der Kurven</li> </ul> <p>! FAQ wurden überarbeitet und an neue Faldefinition angepasst</p> <p><b>Fallzahlen RKI vs. Johns Hopkins</b></p> <p>! 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</p> <p>! Gelegenheit zur Erklärung des Meldesystems und Wichtigkeit dieser Daten, die viel verlässlicher und aussagekräftiger sind</p> <p>! Auch bei der EpiLag ausdrücklich von Bundesländern erwünscht</p>	<p>Presse</p> <p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Wird zunächst laiengerecht auf unserer Homepage in den FAQ erklärt, woher kommen die jeweiligen Daten, warum unterscheiden sie sich, Qualität der Daten des Meldesystems</li> <li>! Wird erneut auf RKI-PK Sprechzettel aufgenommen (Presse)</li> <li>! Könnte anschließend auch im DÄB erklärt werden, ggf. Entwicklung eines Statements von IANPHI executive board Mitgliedern?</li> <li>! Referenz von Sylvie Briand und Neil M Ferguson, acute numeritis(?) ggf. auch nützlich hierbei</li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 entwirft Text der allgemeinverständlich ist und auf RKI-Webseite platziert wird, anschließend ggf. Abstimmung mit IANPHI</i></p>	
5	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Now-Casting</b> (Entwurf <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Basierend auf Meldedaten von Matthias an der Heiden erstellt</li> <li>! Gewisse Datumswerte werden noch geprüft, z.B. wie lange dauert es, bis Arzt an GA, und GA an RKI übermittelt</li> <li>! Abbildung Nr. 6 zeigt wie Now-Casting sich im Laufe der Tage verändert, verschiedene Linienarten zeigen das Datum des Castings und Veränderungen gegenüber der zuvor kalkulierten Schätzungen</li> <li>! Die geschätzten Fallzahlen liegen nun höher und sind wahrscheinlich realistischer, möglicherweise sind schon erste Konsequenzen der Maßnahmen sichtbar</li> <li>! Abbildung verschiedener BL legt ähnliche Tendenz überall nahe</li> <li>! 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</li> <li>! Kurven steigen nicht (mehr) steil an, dennoch ist dies aufgrund des Meldeverzugs (der zunehmend ist) noch mit Vorsicht zu interpretieren</li> <li>! Vorerst noch keine externe Verwendung</li> </ul>	FG32/FG34/ FG36/alle
6	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Umgang mit Leichen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! IBBS hat in Abstimmung mit FG14 ein Dokument hierzu erstellt, es wird heute mit der AGI besprochen</li> <li>! Behandelt auch Mindestschutz bei aerosol-produzierenden Maßnahmen, bei Autopsien volle PSA anzulegen</li> <li>! Nach AGI Zustimmung wird es geteilt und veröffentlicht</li> </ul> <p><b>Flussdiagramm, Meldungen, Erklärungen zu Meldungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neue Versionen sind online</li> </ul>	FG14/alle
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>AGI Sentinel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern 1 positive Probe von 40</li> </ul>	FG17



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Virologische Ergebnisse legen nahe, dass SARS-CoV-2 nicht breit zirkuliert</p> <p><b>Voxco Umfrage</b></p> <p>! Ergebnisse von Voxco, ARS, RespVir, ALM Abfragen, Stand KW12</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlen noch unter Vorbehalt</li> <li>○ 368.000 Tests durchgeführt, 26.590 positiv (passt zu Meldezahlen)</li> <li>○ Viele Labore melden aufgestockte Testkapazitäten, 127 Labore melden gesamt-Kapazität von 70.875 Tests pro Tag</li> <li>○ 40 Labore melden Rückstau von 26.538 abzuarbeiten-den Proben aus KW 12</li> <li>○ Kapazitäten noch nicht gut verteilt, Steuerungs-mechanismus notwendig</li> <li>○ Viele Labore berichten von Lieferengpässe, vor allem von Roche, Details hierzu wurden aufgelistet, alle Bestandteile der Testung sind betroffen, inkl. Tupfer</li> </ul> <p>! Verhältnis Testungen/positive Ergebnisse passt zu Meldedaten, Zeichen für guten Testeinsatz und dass Empfehlungen gut befolgt werden (nicht zu viele Tests asymptomatischer Personen)</p> <p>! Testkapazität von 70.000 klingt groß, ist jedoch wahrscheinlich eine theoretische Kapazität ohne (aktuell bestehende) Engpässe, bei 4000 Fällen pro Tag erscheint sie wiederum nicht so groß</p> <p><b>Kommunikation zu Testungen</b></p> <p>! Absprache zu verschiedenen laborbasierten Aktivitäten zwischen den involvierten OEs (FG15, FG17, FG36, etc.) ist sehr wichtig, z.B. ist die Positivenrate zwischen Netzwerken nicht zu vergleichen, Zielsetzung und Struktur der Ansätze anders (wer wird warum getestet)</p> <p>! Virologische Surveillance AGI übermittelt dem Eindruck, dass es keine relevante SARS-CoV-2 Zirkulation gibt, während über die Labornetzwerke eine beeindruckende wöchentliche Positiven-rate sichtbar ist, dies ist schwer zu kommunizieren, einheitliche Absprache wäre gut auch hinsichtlich der anschließenden externen Kommunikation</p> <p>! Kommunikation zur Anzahl von Testungen häufig von extern gewünscht, Testkapazität sollte nicht nach außen kommuniziert werden, Zahl der durchgeführten Tests durchaus möglich, wichtig in welchen Kontext man dies stellt</p> <p>! International wird Deutschland unterstellt, dass wir etwas nicht mitbekommen, es bestehen Zweifel an der berichteten Lage; deswegen wäre es gut die Anzahl der Testungen transparent zu kommunizieren, auch, um zu belegen dass uns</p>	<p>AL3</p> <p>AL1</p>
--	--	-----------------------

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Institutionen zu haben</p> <p><b>IBBS Netzwerke</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Es besteht Informationsbedarf von Krankenhäusern zu spezifischen Behandlungsfragen, diese sollen über Netzwerke abgedeckt werden</li> <li>! 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.</li> <li>! Bei FG14, FG36, FG37 besteht Bereitschaft, diese Themen zu übernehmen Bereitschaft und 1h lang Fragen zu beantworten, IBBS organisiert dies</li> </ul> <p><b>Studie Marseille</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wunsch nach Einschätzung der Didier Studie aus Marseille zur Therapienutzung von Hydroxychloroquin in Kombination mit anderem Medikament</li> <li>! 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</li> <li>! Chloroquin Studie wurde stark kritisiert, da Kontrollgruppe nicht angemessen schien (Treatmentgruppe mit Todesfällen, keine Todesfälle in Kontrollgruppe), diese Studie alleine befähigt keine Empfehlungen/Entscheidungen</li> <li>! Es bleibt eine Einzelfallentscheidung und verfügbare Evidenz noch nicht richtungsweisend</li> </ul> <p><b>Entlasskriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Häufiger Rückmeldung von PCR positiven, mild verlaufenden Fällen auch nach 14 Tagen, in der Charité gibt es mehrere Fälle dieser Art, die aus sozialen Gründen hospitalisiert waren obwohl es medizinisch nicht notwendig war</li> <li>! Proben mit sehr hohem CT, RNA ist noch drin, aber in der Zellkultur ist es nicht mehr infektiös</li> <li>! Zur Bestätigung, dass bei diesen CT-Werten kein infektiöses Virus mehr ausgeschieden wird wäre es sinnvoll, dass das RKI (ZBS1) diese Proben zur Anzucht erhält</li> <li>! Antikörperteste <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Werden demnächst, wenn die Seren kommen, evaluiert</li> <li>○ sollte Antikörpertest auch in Entlasskriterien eine Rolle spielen?</li> <li>○ Wäre hilfreich, da Frage des Einsatzes von Krankenhauspersonal zunehmend von Bedeutung sein</li> </ul> </li> </ul>	<p>IBBS</p>
--	--	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Osamah Hamouda**

#### Teilnehmende:

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

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



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

### **National**

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



	<p><b>Sachstand Patienten-Flussschema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> <li>! FG21 arbeitet mit Charité und BZgA zusammen, BMG macht großen Druck bezüglich der App</li> <li>! Bei Patientenflussschema sollten sich IBBS und FG21 mit Hr. Benzler abstimmen.</li> </ul> <p><b>Kontaktpersonen-Management-Flyer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eine finale Infografik zum Kontaktpersonenmanagement heute Nachmittag erstellt und geteilt – bitte nochmal anschauen.</li> </ul> <p><b>Videodarstellung zu PSA-An/Ablegen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! IBBS bereitet kleine Filme vor zur Verwendung und auch zur Wiederverwendung von PSA</li> </ul> <p><b>Weiteres</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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).</li> </ul>	IBBS/FG37/ AL1/alle
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Thema Selbstabstriche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ergebnisse der Studie zum Selbstabstreichen von 9 Testungen aus den DRK Kliniken: Das Ergebnis des Nasenabstrichs korreliert gut mit ärztlichen Abstrichen und auch der Rachenabstrich zeigt eine gute Korrelation, der Gaumenabstrich scheint weniger sensitiv zu sein. Vermutlich ist der Nasenabstrich leichter durchzuführen. Es kommen aber noch Ergebnisse von 30 Testungen aus der Charité dazu. Die Proben werden gerade herausgesucht, die Ergebnisse liegen nächste Woche vor, ggf. auch früher. Es gibt eine gute Zusammenarbeit von FG36 (Hr. Buchholz), FG37 (Fr. Abu Sin) und ZBS1 (Hr. Nitsche).</li> </ul>	FG36

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Osamah Hamouda**

**Teilnehmende:**

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

- Silke Buda
- ! FG37
- Tim Eckmanns
- ! IBBS
- Christian Herzog
  
- ! Presse
- Ronja Wenchel
- ! ZIG1
- Andreas Jansen
- ! INIG
- Basel Karo
- ! BZGA
- Frau Thaiss





TO P	Beitrag/Thema	eingetragen von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle, Inzidenzen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stark betroffene Länder (1.400-7.000 Fälle/letzte 7 Tage): neu sind Brasilien, Israel</li> <li>○ <b>USA:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ besonders betroffene Gebiete: New York (Stadt und Staat), Washington, Kalifornien, New Jersey; in New Jersey mittlerweile auch community transmission</li> <li>▪ viele Cluster in Pflegeheimen/ Senioreneinrichtungen, vermutlich deshalb relativ hohe Sterblichkeit</li> <li>▪ auch junge Leute in New York betroffen, 20% der hospitalisierten und 12% der ICU Patienten sind zwischen 20-44 Jahre, keine Info über Vorerkrankungen</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: BMG vorschlagen, New Jersey als Risikogebiet zu deklarieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Brasilien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ am stärksten betroffen ist Region Süd-Ost: Sao Paulo, Rio de Janeiro, Ceará</li> <li>▪ hohe Anzahl an Todesfällen, es werden jedoch nur schwere Verdachtsfälle getestet; soll weiter beobachtet werden</li> </ul> </li> <li>○ <b>Israel:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ starke Tendenz, Fälle überall, auch in West Bank, Gaza</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ <b>Frankreich:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32/alle</p>

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

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

### **National**

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

*ToDo: Gedanken zur Darstellung der Genesenen machen*

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Stichprobenziehung wird gerade evaluiert. Die NAKO hat ihr Proposal beim BMWi eingereicht und braucht kurzfristig ein Unterstützungsschreiben des RKI.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Die Universität Düsseldorf plant ein Serosurvey bei dem Proben aus Heinsberg und Aachen untersucht werden sollen.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: zeitnah Besprechung aller relevanten Personen, wo Beteiligung sinnvoll wäre und wo Federführung oder Koordination des RKI in Frage käme, Federführung Abt. 2, Expertise Abt. 3</i></p> <p><b>Modellierung des Effekts von Maßnahmen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Seit gestern Teilnahme an einer slack-Plattform mit 54 Personen und weiteren Kollegen vom RKI zum Methodenaustausch. Anfrage, ob RKI Daten zur Verfügung stellen kann, z.B. Kooperation für Nowcasting. Ein begrenzter Datensatz, die ohne größere Probleme zur Verfügung gestellt werden könnten, sollten auch zur Verfügung gestellt werden. Das RKI sollte kooperativ sein, solange der Aufwand nicht zu groß ist.</li> <li>! 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.</li> <li>! Auf keinen Fall sollte der gesamte Datensatz weitergegeben werden, da für die Interpretation die Kompetenz von FG36 und 32 nötig ist. Die Auswertung durch Sachkundige kann zu Fehlschlüssen führen und großen Schaden verursachen. Stattdessen sollten konkrete Projekte definiert werden und im</li> </ul>	<p>ZIG, FG37</p>
--	--	------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Einzelfall entschieden werden, wer welche Daten bekommt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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?</li> <li>! Die Bahn möchte Daten zu Zugfahrten zur Verfügung stellen, das wäre für die Gruppe von Hr. Brockmann relevant.</li> <li>! Morgen wird vorgestellt, was Hr. Brockmann und Abt. 2 vorhaben. Die Koordination sollte bei Abt. 3 liegen:</li> </ul> <p><i>ToDo: Definierung eines Konzepts, welche Daten wann für wen extern für Zwecke der Modellierung zur Verfügung gestellt werden können, Federführung Abt. 3</i></p> <p><b>Kriterien zur Deeskalation:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt klare klinisch-epidemiologischen Indikatoren sowie klare virologische Indikatoren (Serosurvey zur Immunität der Bevölkerung hilfreich).</li> <li>! Darüber hinaus müssen Kriterien zur sozialen Akzeptanz definiert werden. Indikatoren sollen aufgestellt und gemonitort werden. Hier könnte unter anderem ein social media monitoring stattfinden.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Der wirtschaftliche Druck wird ansteigen, deshalb sollte der Schutz besonders vulnerabler Bevölkerungsgruppen in den Vordergrund gestellt werden, bisher wurden eher universelle</li> </ul>	
--	---	--

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

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

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



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle, Inzidenzen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Frankreich</u>: 29.155 Fälle, 1.696 Todesfälle, Inzidenz: 37,7; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Diagnostik: die Testkapazität steigt an, der Anteil positiver Tests ist mit 20% jedoch sehr hoch, was für eine zu geringe Testung spricht.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Dem BMG wurde bereits angekündigt, dass Ile de France als Risikogebiet definiert werden soll. Nun scheint zunehmend ganz Frankreich betroffen.</li> <li>▪ Die Frage ist, soll ganz Frankreich zum Risikogebiet erklärt werden? Falls ja, was ist mit Spanien, Italien und UK? Wahrscheinlich ist es besser, die Risikogebiete großräumiger zu definieren.</li> </ul> </li> <li>○ <u>Spanien</u>: Schwerpunkte sind Madrid und Baskenland, es gibt auch Regionen, in denen die Inzidenz fast 0 ist. Es macht einen Unterschied, ob sich ein Land selbst zum Risikogebiet erklärt, was in Spanien nicht zutrifft. Was die einzelnen Länder als community transmission definieren, unterscheidet sich jedoch. Die Entwicklung in Spanien soll weiter beobachtet werden.</li> <li>○ <u>Südkorea</u>: das Gerücht, dass die Fallzahlen wieder steigen, trifft nicht zu. Einreisemaßnahmen wurden verstärkt: bei Einreise Registrierung in einer App. Südkorea geht davon aus, dass Infektionen in erster Linie durch Einreise entstehen. Es gibt im ganzen Land noch Einzelfälle; Südkorea soll weiter beobachtet werden.</li> </ul>	ZIG1

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Alle 16 Länder in einer Arbeitsgruppe macht wenig Sinn. AP aus BY oder BW wäre sinnvoll.</p> <p><i>ToDo: Teilnahme von M. Mielke bei nächster AGI TK am Dienstag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gemäß RKI-Empfehlung sollen keine asymptomatischen Personen getestet werden, wie kann das stärker adressiert werden? Diese Regel gilt nicht generell, bei HCW oder in Altenheimen kann asymptomatisches Testen durchaus sinnvoll sein. Dies sollte jedoch Spezialsituationen vorbehalten sein. Getestet wird aus dem Unverständnis über die Aussagekraft des Ergebnisses heraus, dies könnte mit Hinweisen zur Testung kommuniziert werden. Die Formulierung müsste jedoch Raum für besondere Situationen lassen. Die BZgA sollte kommunizieren, dass es sich um ein punktuelleres Ergebnis mit trügerischer Sicherheit handelt.</li> </ul> <p><i>ToDo: An mehreren Stellen die Kommunikation zum gezielten Testen symptomatischer Personen verstärken: im neuen Flussdiagramm (IBBS), den FAQs (FG17), CovApp „Chatbot“ (P. Schmich), im Epid Bull</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Viele Cluster, fast 30 verschiedene Kreuzfahrtschiffe, in Pflegeheimen und Familien werden Folgefälle zunehmend nicht mehr getestet.</li> <li>○ Es gibt ein Amtshilfeersuchen aus Weiden in der Oberpfalz, dies wird zurzeit geprüft.</li> <li>○ §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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Lagebericht vom GMLZ dahingehend sichten, wo weiterer Informationsgehalt für Krisenstab besteht. LZ soll berichte großzügig an Verteiler Krisenstab weitergeben.</i></p>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! CDC-Studie: Aufarbeitung der klinischen Fälle in USA wird am Montag von FG36 kommentiert.</li> <li>! FG36 hat Studie zur asymptomatischen Übertragung angesehen, die Infos werden in die Aktualisierung des</li> </ul>	Alle





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p><b>Konzept Umgang mit Anfragen zur Modellierung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Am 25.03 gab es eine Anfrage von 2 Fachgesellschaften, noch ohne konkrete Zielstellung. Die Frage ist, gibt es von Seiten der DGEpi konkrete Ideen oder gibt es von RKI-Seite Ideen. Die Fachgesellschaften möchten unterstützen, eine komplette Ablehnung der Anfrage wäre schwierig.</li> </ul> <p><i>ToDo: Anfrage kann an Lagezentrum gehen, es sind bereits AP definiert</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anfrage von Hr. Krause ist bei FG36, W. Haas wird eine Antwort schicken, es geht um ein Briefing für Anne Will am Sonntag.</li> <li>! Hr. Lampert 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.</li> <li>! Auf WHO Ebene gibt es ähnliche Prozesse: Kollaboration bei rapid evidence reviews. Hier können auch Themen eingebracht werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Think Tank mit Kandidaten aus jeder Abteilung, Federführung Lagezentrum, zunächst intern, evtl. später mit externer Expertise</i></p> <p><b>Deeskalationskonzept</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es wird an der nächsten Version mit 4 Szenarien gearbeitet. Fr. Hanefeld tritt in Kontakt mit Hr. an der Heiden.</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>Abt.2, ZIG2</p> <p>ZIG</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Sachstand Patienten-Flussschema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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“.</li> <li>! Die Übersicht ist mit der App von FG32 und Charité</li> </ul>	<p>IBBS, FG36, FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

8	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	FG36, IBBS, FG32
9	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  <b>Kontakte im Freien:</b>  ! Bitte aus AGI (HH): Eingrenzung von „Aufenthalt am gleichen Ort“ hin zu „im gleichen Raum“. FG 36: Soll im Moment nicht angepasst werden. Übertragung in Räumen ist primär bei Aerosolübertragung relevant, bei Tröpfcheninfektion ist vor allem der Abstand relevant, die Enge des Kontaktes ist entscheidend. Kann auch im Freien sein.	FG32, FG36
10	<b>Surveillance</b>  ! <b>Klinisch-epidemiologische Fälle:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Perspektivisch Änderung der Referenzdefinition mit Einschluss klinisch-epidemiologisch bestätigter Fälle nötig, das Haushaltskontakte zunehmend nicht getestet werden.</li> </ul> ! <b>Serostudien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Lampert versucht die verschiedenen Stränge bei Serostudien zusammenzubringen. Von Seiten des RKI ist Testung in hotspots mit Bussen geplant, sowie Bundeslandstichproben. Es wird geklärt, was von anderen Einrichtungen geplant ist, Hr. Lampert und Hr. Krause sind in Kontakt.</li> </ul> ! <b>Nowcast:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Prognose ist mit großer Unsicherheit behaftet, deshalb könnten die Konfidenzintervalle in einer</li> </ul>	FG32, FG36, FG37



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;7.000 neuen Fällen/Tag: in Italien und der Schweiz scheinen die Kurven abzuflachen</li> <li>○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigender Trend überall, letzte Woche wurde Nordbrabant (NL) als Risikogebiet ausgewiesen</li> <li>▪ Weitere Beobachtung von Österreich und Schweiz</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Hong Kong und Singapur: ebenfalls andere Entwicklung, Epidemie ist nicht abgeschlossen und möglicher erneuter Anstieg ist sichtbar, beide haben hohe Testkapazität</li> <li>▪ Taiwan: Fallzahlabstieg, social distancing Maßnahmen sind restriktiver, hohe Testkapazität</li> </ul> </li> <li>○ <u>Spanien:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen steigen täglich in allen Regionen an, neben bereits benannten Risikogebieten hat jetzt auch Castilla La Mancha südlich von Madrid hohe Inzidenz und Todesfallzahl</li> <li>▪ Inzidenzen sind mit Ausnahme von Ceuta überall mindestens 47/100.000</li> <li>▪ Importierte Fälle anfangs 51% aller, jetzt &lt;5%</li> <li>▪ 15% der Fälle = Fachkräfte im Gesundheitswesen</li> <li>▪ 7.596 Tests/1 Mio. Einw., insgesamt 355.000 Testungen, im Vergleich zu anderen Ländern ist dies nicht viel, Positivrate 15-20% (sehr hoch, Zeichen für unzureichend Testungen)</li> </ul> </li> <li>○ <u>Türkei:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generell wenig Information verfügbar, &gt;9.000 Fälle, 1,4% verstorben, fast gesamte Türkei scheint betroffen, 65.446 Testungen mit 14% Positivrate (relativ hoch), Laboranzahl steigend (18! 36)</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>! Am Wochenende erneut Probleme in der Übermittlung, 8-10 Tage zwischen Testung, Übermittlung usw. nicht nur Kapazitäten bei GA spielen eine Rolle, ebenfalls technische Probleme spielen eine Rolle, Rückschlüsse auf Infektionsgeschehen sind hiervon nicht ableitbar, diese werden wenn erst über längeren Zeitraum sichtbar werden</p> <p>! Presse: wichtig dies auf RKI-Webseite zu erwähnen, um Nachfragen zuvor zu kommen</p> <p>! Schuldzuweisung nicht erwünscht/sinnvoll</p> <p>! Im Dashboard an Orange sichtbar, in Tabelle oben... da wo keine orangefarbene Fälle fand keine Übermittlung statt</p> <p>! Ist kein direktes Abbild des Infektionsgeschehens, technische Probleme möglicherweise auch auf RKI-Seite</p>	FG36
<b>11</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>12</b>	<p><b>Internationales (Freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG/FG32
<b>13</b>	<p><b>Update Digitale Projekte und Tools (Montags)</b></p> <p><b>Präsentation</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! KochApp</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Intelligenter Fragebogen der Fragen der Bevölkerung aufnimmt</li> <li>○ Heute letztes, abschließendes Telefonat zu Endversion</li> <li>○ nach Prüfung online auf RKI, BZgA und BMG Seite</li> </ul> <p>! Freiwillige pseudonyme Datenspende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nutzung von Daten aus Fitnesstrackern/Wearables, Kollaboration mit Berliner Unternehmen Thrive(?), diese arbeiten auch mit gesetzlichen KVs zusammen</li> <li>○ Daten werden Nutzern selber zur Verfügung gestellt, diese können eine App herunterladen und Daten zu Ruhepuls und Schlafmuster zur Verfügung stellen zur Auswertung</li> <li>○ Viele BürgerInnen (ca. 10 Mio. Bürger, 1-10% hiervon als Sample) würden täglich (oder häufiger) Signale zur Verfügung stellen</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul>	FG21/Präs





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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



- Frau Roßmann



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



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



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



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





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



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



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



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



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



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

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

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



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 568 427"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 515 495"><b>International</b></p> <p data-bbox="360 528 1123 600">! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="528 629 1214 792">○ Länder mit &gt;7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 696 1214 792">▪ In Italien hält der abnehmende Trend an, die Maßnahmen scheinen sich langsam in der Fallzahl widerzuspiegeln.</li> </ul> </li> <li data-bbox="528 824 1214 1055">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 891 1214 1055">▪ 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?</li> <li data-bbox="584 1086 1214 1189">▪ Die Diagramme zeigen die Anzahl der neuen Fälle pro Tag, und zeigt das gleitende Mittel der letzten (6?) Tage als Kurve.</li> </ul> </li> <li data-bbox="528 1220 1214 1413">○ <u>Skandinavien</u> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 1288 1214 1413">▪ Anstieg in Gesamtskandinavien, Hauptanteil an Fällen in Schweden, Norwegen und Dänemark. 1. Peak durch importierte Fälle; 2.Welle sind autochthone Fälle.</li> </ul> </li> <li data-bbox="528 1444 1214 2029">○ <u>Norwegen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 1512 1214 1615">▪ 4.447 Fälle, 28 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 0,6%); hospitalisierte Fälle: 318 (ICU: 97); Inzidenz: 83,7</li> <li data-bbox="584 1646 1214 1675">▪ Anzahl Tests ist sehr hoch, Positivenrate: 4,8%</li> <li data-bbox="584 1706 1214 1906">▪ 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.</li> <li data-bbox="584 1937 1214 2029">▪ Maßnahmen: ähnlich wie in Deutschland Maßnahmen zur sozialen Distanzierung: Geschäfte haben noch geöffnet, öffentliche</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

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

○ Schweden

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

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

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

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

▪ Surveillance geplant mit Selbstabstrich

▪ In den meisten Regionen wird „Community transmission“ angenommen

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

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

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

○ Dänemark:

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

▪ Hauptsächlich Gegend um Kopenhagen betroffen.

▪ Wenige durchgeführte Tests mit Positivquote



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>von 12%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maßnahmen eher restriktiv: Verbot von Aktivitäten mit mehr als 10 Personen, geschlossene Einkaufszentren; Grenzkontrollen.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Eine Abbildung auf BL-Ebene und für ganz Deutschland soll bis morgen vorbereitet werden, mit Positivraten und Umstellung des Testschemas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TK der Modellierer: Hr. Brockmann modelliert mit anderen Methoden als das Nowcasting von Hr. an der Heiden eine Kurzzeitprognose für wenige Tage. Beide gehen von <math>R_0</math> 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.</li> <li>○ Daten aus den syndromischen Surveillancesystemen sollten auch in die Gesamtbetrachtung der Situation und Diskussion der Triggerpunkte einbezogen werden</li> <li>○ Ein Text hierzu, der auf den Ergebnissen von GrippeWeb und AGI-Daten beruht, ist in Vorbereitung, da die Wirkung der Maßnahmen auf die Suppression</li> </ul>	FG32
--	---	------

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zu</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterhin zunehmendes Alter</li> <li>○ Amtshilfeuntersuchen: demnächst Bericht aus LK Wittenberg</li> <li>○ Am Sonntag, den 5. April, 0 Uhr wird von Risikogebieten Abstand genommen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Montag, 8 Uhr sollen die Risikogebiete von der Website genommen werden, Presse.</i></p> <p>! DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittlerweile 912 meldende Kliniken/Abteilungen: 1876 Personen aktuell in intensivmedizinischer Behandlung.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Bekommt das BMG die DIVI-Daten? Ja, wird intern verteilt.</li> <li>○ Angaben zur durchschnittlichen Liegedauer der Patienten wären hilfreich; DIVI erfasst nur wenige Faktoren.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Auch aus ICOSARI können Daten zur Beatmungsdauer beigesteuert werden.</li> <li>○ Anzahl Labortestungen kommen 1* wöchentlich in den Lagebericht.</li> </ul> <p>! AGI-Syndromische Surveillance: in letzter Woche deutlicher Rückgang der ILI-Raten, betrifft alle Altersgruppen und ist ein direkter Beleg für den Einfluss der Maßnahmen.</p>	
--	--	--

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! 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.</p> <p>! Szenario 4 wird favorisiert: eine schrittweise Zurücknahme der Maßnahmen mit gleichzeitig massiver Ausweitung der Testung und KoNa sowie frühzeitige Isolation und konsequente Quarantäne.</p> <p>! 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.</p> <p>! An welchem Punkt mit der Aussetzung von Maßnahmen begonnen wird, ist Aufgabe der Politik. Das RKI kann klare Kriterien benennen und mit Werten für Indikatoren hinterlegen. Die Politik wird entscheiden, was realistisch ist. Alle Optionen sollen dem BMG vorlegt werden, die Entscheidung wird im Kanzleramt getroffen.</p> <p>! Die Strategie sollte vorab darauf getestet werden, wie sie ankommt.</p> <p>! Tragen von MNS könnte eine wesentliche Komponente sein, als erweiterte Standardhygiene.</p> <p>! Sollten FFP2-Masken wieder verfügbar sein und alle, bei denen es sinnvoll wäre, diese tragen würden, könnte dadurch die Ausbreitung stark verlangsamt werden.</p> <p>! Ein wichtiger Indikator ist die Dunkelziffer und deren Entwicklung. Kann mit der Strategie solange gewartet werden, bis Ergebnisse der ersten Studien vorliegen? Demnächst wird es erste Zahlen aus Heinsberg geben, auch beim RKI starten demnächst einige Studien.</p> <p>! Hr. Wolff hat Hr. Streek noch nicht telefonisch erreicht, wird es aber weiterhin versuchen. Hr. Streek berichtet schon seit Wochen über Geschmacksverlust. In so einem Fall bitte niederschwellig schnell an Personen mit Informationen herantreten. Auch wenn es sich nicht um offizielle Stellen handelt, können diese aktiv kontaktiert werden.</p> <p>! KoNa mit SORMAS soll auf die Agenda der AGI gesetzt werden, jedoch noch nicht in dieser Woche. Zunächst muss die datenschutzrechtliche Prüfung abgeschlossen werden. Erst dann soll Sormas vorgestellt werden. Das Programm ist nur eine Möglichkeit von mehreren. Es gibt keine klare Aussage vom BMG, wann die Festlegung getroffen werden soll. Primäres Ziel ist das Meldewesen für Fälle zu vereinfachen.</p> <p><i>ToDo: Kernpunkte in der schriftlichen Kommunikation mit Gerard Krause schriftlich niederlegen, alles soll gut nachvollziehbar sein.</i></p>	
6	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Stand Dokument – Umgang mit Leichen</b></p>	

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.04.2020, 11-13 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Anette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Avand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG35
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel

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



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Trend in Italien setzt sich fort.</li> <li>▪ Die Fallzahlen in den USA steigen weiterhin sehr stark an.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine wesentlichen Änderungen</li> </ul> </li> <li>○ Methodik der Darstellung der Kurve: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Herr. Rottmann hat in der TK mit dem BMG ausdrücklich gebeten, dass das RKI keine weiteren Risikogebiete mehr an das BMG sendet, da ab nächster Woche auf Risikogebiete verzichtet werden soll (dokumentiert in Notizen-TK-BMG 02.04.2020, Fr. Thaiss bestätigt). Zuletzt GB, Nordirland und USA in Anordnung/NOTAM aufgenommen</li> <li>○ <u>Schweden:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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,</li> <li>▪ Verkehrsverbindungen: Inlandsreisen sind eingeschränkt möglich, Fährenverkehr: PAX beschränkt auf 299, vornehmlich Frachtverkehr, Grenzen für Autoverkehr offen, Flugverkehr eingeschränkt.</li> <li>▪ Schließung nur einiger Skigebiet (3 von 6)</li> </ul> </li> <li>○ <u>Österreich:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt scheint die Kurve abzuflachen, Tirol, Voralberg und Salzburg zeigen die höchsten Inzidenzen.</li> <li>▪ 0,1% der Bevölkerung wurden pos. getestet (18% Positivquote), Verdopplungszeit wird länger:</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



	<p>gestern 6,4 Tage und heute 7,4 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stichprobentests werden durchgeführt: repräsentatives Kollektiv wird abgestrichen, um Rückschlüsse auf Untererfassung zu erhalten</li> <li>▪ Verlauf von Reff: Mitte März lag er bei 4, derzeit bei 1,2</li> <li>▪ 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</li> </ul> <p>○ <u>Kanada:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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%)</li> <li>▪ Kanada hat starke Maßnahmen in Kraft, aber derzeit noch zu früh für Bewertung, wie der Verlauf ist.</li> </ul> <p>○ Vergleichbarkeit der Positivquoten: Indikator für Teststrategie – eine hohe Positivquote bedeutet, dass v.a. schwere Fälle getestet werden</p> <p>○ Studien mit PCR-Stichprobentests:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Presse z.T. Fragen, warum in D nicht auch PCR Stichprobenuntersuchungen gemacht, auch Hr. Antes von Cochrane Deutschland hat empfohlen entsprechende großangelegte Studien zu beginnen.</li> <li>▪ Die derzeitige virologische Surveillance ist relativ insensitiv.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Grundsätzlich werden derzeit schon viele Personen per PCR getestet und es wird kein Gewinn durch eine PCR-Stichprobenuntersuchung gesehen.</li> <li>▪ Es erscheint besser sich auf serologische Surveillance zu konzentrieren.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 73.522 (+ 6.156, 8%), davon Todesfälle 872(+140)</li> <li>○ Genesene: 21.400, es wird aber derzeit der Algorithmus verändert</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>
--	--	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Derzeit lineare Entwicklung und ggf. fallende Fallzahlen und damit weniger Testung, sollte aber ggf. im weiteren Verlauf beachtet werden</p>	
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Entlasskriterien - ambulanter Bereich /Neue Version</b></p> <p>! Frage von Hr. Drosten, ob bei leichten Fällen Entisolierung nach 7 Tagen möglich</p> <p>! Wurde in IBBS intern diskutiert, würden gerne bei 14 Tagen bleiben, u.a. wg. Akzeptanz der Bevölkerung. Die neuen Daten unterscheiden sich zudem nicht grds. und das System ist derzeit nicht überlastet</p> <p>! BL tendieren eher zu längerer Isolierung und würden das nicht mit tragen</p> <p>! Entlasskriterien für asymptomat. Personen: 14 Tage ab vorliegender PCR Testung, aber keine Freitesting weitere Diskussionen dazu oben unter Erkenntnisse über Erreger</p> <p><b>Erfassung klinischer Verläufe durch Register LEOSS des DZIF</b></p> <p>! BMG hat IBBS gebeten um Haltung zu Programmen gebeten, die Daten zum klinischen Verlauf sammeln</p> <p>! LEOSS wird empfohlen, wenn nicht schon andere Systeme verwendet werden, Vielfalt der Systeme stellt kein Problem dar</p> <p>! Frage nach Unterstützung durch Medizinstudenten (angestellt über RKI-Werkverträge) die Kliniken unterstützen und Daten in Nähe der KH Daten erfassen</p> <p>! RKI hätte dann auch Zugang zu Daten und könnten sie mit erfassen und hätte zusätzlich den Vorteil der Möglichkeit der syndrombasierten Surveillance</p> <p><i>ToDo: IBBS organisiert Unterstützung der Eingabe durch Medizinstudenten</i></p>	<p>VPräs/IBBS/ alle</p> <p>IBBS/alle</p> <p>FG37/alle</p>



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



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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

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



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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



	<i>Anfragen besser zu beantworten</i>	
5	<p><b>Strategie</b></p> <p><b>Große Strategiefragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Update Deeskalationsstrategie</b> Es gibt viele unterschiedliche Partner und die Arbeit ist sehr produktiv. Es wurden 4 Szenarien als Vorschläge erarbeitet. Szenario „Hammertanz mit Schild“ (Fallzahlkurve geht zurück, Maßnahmen werden schrittweise zurückgenommen mit bestimmten Auflagen, Schutz von vulnerablen Gruppen) wird favorisiert. Triggerpunkte/Werte, ab wann Maßnahmen zurückgenommen werden, werden von zahlreichen Faktoren bestimmt (R0, Fallzahlen, Containment, Auslastung der Betten, Testkapazitäten, Kontaktpersonennachverfolgung im Rahmen von Ausbrüchen/Cluster). Bevor die Szenarien mit dem BMG geteilt werden, werden die Triggerpunkte/Messfaktoren präzisiert und differenziert dargestellt, da diese potentiell als Indikatoren genutzt werden, um Missverständnisse vorzubeugen. Farbgebung (Aktuell rot in allen Szenarien für ältere Bevölkerung) und Namen der Szenarien sollen angepasst werden, so dass sie für die politische Außenkommunikation geeignet sind. Viele Arbeitsgruppen in unterschiedlichen Ministerien, personellen und thematische Überschneidungen, arbeiten dazu. Die Vorschläge werden in einer Ministerialrunde, heute das erste Treffen, zusammengeführt. Der Prozess soll nächste Woche Freitag (10.04.2020) abgeschlossen sein. <p><i>TODO: ZIG arbeitet besprochenen die Änderungen und Definitionen in die Strategie ein und teilt das Dokument mit dem BMG.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Anfrage BMG: Epidemiologische Einschätzung des Potentials der Contact-Tracing-App</b> Erfahrungen aus asiatischen Ländern sowie Modellierungen können zur Einschätzung herangezogen werden. Technische Umsetzung ist voraussichtlich im April abgeschlossen. Machbarkeitsstudie/Pilotierung bei der Bundeswehr ist geplant. Die Teilnahme ist freiwillig somit sollte aus der Sicht des Datenschutzes es unproblematisch werden. Es hätte Potential die Arbeit der Gesundheitsämter zu beschleunigen, die Bedeutung der gesammelten Daten und daraus ergebenden Konsequenzen/Handlungsmöglichkeiten sollten kritisch beurteilt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Justus Benzler und Göran Kirchner mit Unterstützung von AL3 beantworten die Anfrage.</i></p> </li></ul>	<p>LZIG/alle</p> <p>AL3, alle</p>

### **RKI-interne strategische Fragen**

- **Umgang mit Extrawünschen hinsichtlich Auswertung (BMI, Antes, Krause, ...)**  
Es kommen zahlreiche Anfragen bzgl. Datenabfragen und Auswertungen, die nicht über das Dashboard und SurvNet bedient werden. Das ist einerseits datenschutzrechtlich schwierig sowie aufwändig. Ein Standarddatensatz, der etwas detaillierter ist als bereits verfügbar, könnte eine Lösung bieten. Eine pauschale Lösung ist schwierig und die Anfragen sollen weiterhin einzeln geprüft werden.
  
- **Vorschlag USA: „Wöchentlicher Chief Advisors Call“ (DE BMBF)**  
*Nicht besprochen*
  
- **Anfrage IHME Covid-19 projections on healthcare capacity and utilization for the EEA/EU member countries and the UK**  
IHME möchte Analysen zu Kapazität und Nutzung des Gesundheitswesens für die EWR/EU-Mitgliedsländer und UK veröffentlichen und haben zwecks einer Kollaboration im Rahmen der Veröffentlichung Sebastian Haller und Thomas Ziese angefragt. Die Art der Beteiligung bzw. inhaltliche Mitgestaltung ist noch nicht abschließend geklärt. Sollte eine inhaltliche Beteiligung möglich sein wäre das eine gute Möglichkeit. Dazu sollen bilateraler Austausch zwischen ZIG und FG37 stattfinden.

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

- **Publikationsanfragen: Entscheidung und Freigabe**  
Publikationsfreigaben kommen sehr kurzfristig rein und bedürfen inhaltlicher Prüfung. Dies soll weiterhin über den üblichen Dienstweg (in Ausnahmefällen per E-Mail) erfolgen.
  
- **Modernisierungsschub für die Verwaltung (z.B. auch Gesundheitsämter) Vgl. Protokoll des BMG-BMI-Krisenstabs (vom 26.3.20)**  
Der Vorschlag des Ministers jedem GA 50.000 Euro zur Aufrüstung zur Verfügung zu stellen kann hilfreich sein um fehlende IT-Infrastruktur zu implementieren und um die Digitalisierung voranzutreiben (beispielsweise Implementierung des Labormoduls im SurvNet). Die tiefgreifenden Probleme des ÖGD (fehlendes Personal) werden damit nicht gelöst werden können. Länder werden punktuell angefragt, ob das als nützlich angesehen wird.

*TODO: FG32 fragt in einzelnen BL nach.*



6	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19 Verdachtsfällen / Fällen und anderen Patienten im ambulanten und prästationären Bereich (Dokument <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>Rückfragen der KBV wurden adressiert und mit FG14/ABT1 angeglichen. Es erfolgt eine Trennung zwischen Versorgung ambulant und stationär. Nach Abstimmung mit IBBS kann eine Veröffentlichung auf der Homepage erfolgen.</p> <p><i>TODO: FG37 teilt den Entwurf mit IBBS.</i></p>	FG37
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>RKI interne Laborgruppe</b></p> <p>! <u>Ca.</u> 3000 Proben analysiert, davon waren <u>ca.</u> 500 Proben positiv</p> <p>! Unterstützung ist <u>grundsätzlich</u> gut, <u>nicht von allen FGs im Haus gleichermaßen</u>; bei Zunahme der Proben muss zusätzliche Unterstützung rekrutiert und Schichten angepasst werden</p> <p>! Zunehmende Anfragen zu serologischen Testung/Einzelne Proben aus den GA mit Frage nach durchgemachten Infektionen. Nachweis mit EUROIMMUN funktioniert bisher gut (4 Serumproben). Bisher verfügbaren Proben von asymptomatischen Personen dürfen ebenfalls getestet werden.</p> <p>! PEI arbeitet an Evaluierung von serologischen Testen. Dopplungen sollten vermieden werden.</p> <p><i>TODO: ZBS1 Kontakt mit PEI aufnehmen um Kollaboration zu serologischen Testung zu besprechen.</i></p> <p>! Selbstabnahmestudie:</p> <p>Proben aus dem DRK sind im RKI angekommen. Labor Berlin/<u>KL Corona</u> leitet die Proben der Selbstabnahmestudie nicht weiter. Die Studie <u>besteht</u> aus zwei Proben: 1. ärztliche Abnahme <u>in der Charité, untersucht</u> im Labor Berlin/2. Selbstabstriche gingen direkt an das RKI. FG 36 unterstützt bei der schwierigen Kommunikation.</p>	<p><del>ZBS1A11</del></p> <p>FG17</p>

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

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

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Aufarbeitung bilateral von großem Interesse ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Amtshilfeersuchen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ EvB Potsdam (BB): Letzte Woche waren bereits 63 Mitarbeitende und 99 Patienten betroffen, darunter einige Todesfälle. Mittlerweise hat sich das Management durch Einrichtung dreier Bereiche (COVID-19 Bereich, Verdachtsfallbereich, Nicht-COVID Bereich) sowie durch Verlegungs- und Aufnahmestopp verbessert. In der Onkologie hat sich dieses Vorgehen bisher am besten etabliert, mit wöchentlichen Abstrichen aller Mitarbeitenden. Bis Ende der Woche sollen 450 Tests pro Tag durchgeführt werden. Für das RKI ist der Auftrag mit der Berichterstattung abgeschlossen.</li> <li>○ Unfallkrankenhaus Marzahn-Hellersdorf (BE): Bisher wurden 25 Mitarbeitende (verteilt über das gesamte Haus) sowie 3 Patienten positiv getestet, wobei nicht alle abgestrichen wurden. Weitere Testungen sollen aktuell durchgeführt werden. Laut GA Marzahn seien die dafür nötigen Testkapazitäten bei Labor Berlin vorhanden, die Rücksprache steht dazu noch aus.</li> <li>○ ZAST Halberstadt (ST): In einer zentralen Aufnahmeeinrichtung sind 21 Personen positiv getestet worden; dabei wurden Kohortierung- und Quarantänemaßnahmen ergriffen. Allerdings hätten Sprachmittler gefehlt, Personen seien unzureichend zu ihren Symptomen befragt worden. Ärzte ohne Grenzen habe Unterstützung angeboten, was seitens der Amtsärztin und des Landesgesundheitsministerium befürwortet, aber durch das Landesinnenministerium bislang nicht befürwortet wird.</li> </ul> <p><i>ToDo: In den Bericht an das BMG soll das Unterstützungsangebot durch Ärzte ohne Grenzen genannt und befürwortet werden. (Feldtaem)</i></p>	<p>FG37</p> <p>FG32</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Erkenntnisse zu asymptomatischen Infektionsgeschehen: s. o. unter TOP1 ZIG</p>	<p>ZIG</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

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

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

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

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politischen Entscheidungsträgern verständlich gemacht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Die letzten Tage im NowCasting nicht abzubilden, würde zwar die Datenlage stabilisieren, aber auch den Anstieg der Fallzahlen weniger sichtbar machen.</li> <li>○ Wichtig ist die Aussage, ob die Fälle ansteigen, gleichbleiben oder rückläufig sind. Die Unsicherheiten könnte man visuell stärker abbilden (Konfidenzintervall als Band).</li> <li>○ Das englische Modell kommt zu einer ähnlichen R0-Schätzung wie das NowCasting durch Matthias an der Heiden. Darauf basierend ließe sich formulieren, dass R0 trotz der Maßnahmen nicht unter 1 gesunken ist, was es müsste. Zudem sind zunehmend ältere Bevölkerungsgruppen betroffen und es treten nosokomiale Ausbrüche sowie Ausbrüche in Pflegeheimen auf. Es sollte kommuniziert werden, dass selbst ein R0 von 1 nicht ausreicht.</li> <li>○ In den Medien wird mit Hinweis auf eine Verlängerung der Verdopplungszeit ein positiver Trend vermittelt, der fachlich so nicht geteilt wird.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Maßnahmen vom 23.03.2020 laufen noch keine 3 Wochen, so dass ihr Effekt auf die Fallzahlen noch nicht abschließend beurteilt werden kann.</li> <li>○ Die Entscheidung über die Weiterleitung der NowCasting Ergebnisse nach extern wird vertagt.</li> </ul> <p><i>ToDo: Matthias an der Heiden bereitet das Nowcasting mit den morgigen Zahlen vor und bezieht ggf. andere Methoden in Bericht ein.</i></p> <p><b>RKI-interne strategische Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Umsetzung BMG Anweisungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wichtig ist, dass das RKI die Anordnungen des BMG regelmäßig als solche ausweist, um sichtbar zu machen, wenn es sich um politische Entscheidungen</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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





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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Für nicht-medizinisches Personal, das mit vulnerablen Gruppen arbeitet (z.B. Essenslieferung o.ä.) sollten die gleichen Kriterien wie für medizinisches Personal gelten</li> </ul> <p>! Entlassung von Altenheim-Bewohnern (sensible Einrichtungen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für diese wurde auch zweifach negative Testung vorgeschlagen, bevor pflegebedürftige Person nach ihrer Krankheit wieder „in den Routine-Zustand entlassen“ wird</li> <li>○ „Freitestung“ vor Rückverlegung ins Altenheim von alten Leuten ist problematisch (auch von MRSA und anderen Erregern bekannt), ggf. verweigern Altenheime Aufnahme</li> <li>○ Es ist wichtig, im Papier zu verdeutlichen dass dies vorläufige Empfehlungen sind, die aufgrund der Erfahrung in der Praxis angepasst werden (müssen)</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Aktualisierung Entlassungskriterien gehen auch an AGI und werden dann veröffentlicht</p> <p><i>ToDo: Fertigstellung und Veröffentlichung der aktualisierten Entlassungskriterien durch IBBS</i></p>	<p>FG37</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

- ! Bundeswehr
  - Frau Roßmann



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für hospitalisierte Fälle tägliche Datenlieferung</li> <li>▪ Alle ICD-Diagnosen ab Grippe (JXX) berücksichtigt</li> <li>▪ Bei jüngeren Zahlenrückgang, Anstieg bei 35-50-jährigen (anders als in vorherigen Jahren)</li> <li>▪ Anteil ICOSARI mit COVID-Laborbestätigung: Kinder (&lt;15 J.) nicht betroffen, aber Anteil von 7% (KW12) angestiegen auf 24% (KW13) und 37% (KW14),</li> </ul> </li> <li>○ Influenza Wochenbericht wird beibehalten, und alle COVID-spezifischen Ergebnisse einmal wöchentlich in den RKI COVID-19-Lagebericht integriert (Mi od. Do)</li> <li>○ FG36 erhält auch Daten von Helios, Kristin Tolksdorf arbeitet mit FG31 an einer Automatisierung</li> <li>○ Frage von Präs: Könnte ein Dienstleister FG36 unterstützen und diese Prozesse beschleunigen?</li> <li>○ 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</li> <li>○ GrippeWeb App soll bald laufen und Erkrankungs-Surveillance erhöhen</li> <li>! Datenspende-App <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern angelaufen, sehr großes Interesse, Ende der Woche mehr Klarheit zur Nutzung und Situation</li> <li>○ Könnte sie in gezeigte syndromische Surveillance integriert werden?</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> <li>! 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</li> </ul>	<p>FG21/FG36</p> <p>FG32</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Studie zu Masken s.o.</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kein Anpassungsbedarf: noch steigen die Fallzahlen, Anpassung ggf. demnächst notwendig, tägliche Evaluierung ist wichtig</li> <li>! Situation der Intensivstationen ist für die Bewertung auch relevant, diesen Zahlen sollten ebenfalls täglich evaluiert werden</li> </ul>	<p>Alle</p>



4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage: gibt es Studien zu Expositionsnahe und -dauer im Hinblick auf medizinisches Personal? Aktuell zu COVID-19 noch nichts verfügbar, Einsatz von PSA heißt nicht, dass keine Exposition möglich ist</li> <li>! Dauer fremdsprachiger Übersetzung von RKI-Empfehlungen: Abstimmung auf Fachebene, Lieferung voraussichtlich Osterdienstag 14.04.</li> <li>! Informationen in leichter Sprache: Einigung auf fachlicher Ebene zwischen RKI und BZgA, Schaffung von Komplementärprozessen</li> <li>! Definition/Terminologie Risiko- und vulnerablen Gruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>o BZgA vulnerable Gruppen: Risiko psychischer Schwierigkeiten/ Problematiken</li> <li>o RKI Risikogruppe medizinisch, Risiko eines schweren Verlaufs bei Infektion, RKI vulnerable Gruppe z.B. auch medizinisches Personal</li> <li>o Präzisierung/klare Definition der Begrifflichkeiten bzw. Trennung der Gruppen wäre wünschenswert</li> </ul> </li> <li>! Anstehende Kommunikationsmaßnahmen: Themen MNS, Ostern Programmanpassung „Kinder stark machen“ Beschäftigungs-programme für Kinder und Familie, Anleitungen für ältere Menschen „wie bleibe ich in Kontakt“, soll morgen online gehen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Heute Morgen viele Anfragen zum Dashboard, läuft jetzt wieder</li> <li>! EpiBull zu Atemwegserkrankungen Rückgang ist seit letzter Woche online</li> <li>! Abgestimmter Satz zu Risikogebieten (Interpretation) ist online</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
---	--	---------------------------

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





<p><b>6</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>AGI Sentinel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Probeneingang sehr gering, Absturz des Praxisindex, letzte positive Probe (aus KW14) am Montag</li> <li>! Freiwerdende Zeit aktuell zur Prozessoptimierung genutzt, z.B. Einbau der Corona-PCR in Multiplex-PCR</li> <li>! Montag wurde Ringversuch erhalten, weitere Ringversuche befinden sich in der Pipeline</li> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Aufmunterung zu Abstrichen durch FG17 und FG36 in Vorbereitung</i></p>	<p>FG17/FG36</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Studien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Unklar, ob es hierzu bereits existierende Daten gibt, jede Uniklinik kann anhand ihrer Daten selber Studien durchführen</li> <li>! 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</li> <li>! Betrifft vor allem medizinisches Personal, weniger die Patienten, was den Fremdschutz durch MNS bestätigt</li> <li>! SurvNet stellt zusätzliche Datenquelle dar aber Abfrage ist für diese Zielsetzung nicht differenziert genug (Ziel=Surveillance)</li> <li>! FG37 webkess Krankenhaussurveillance schwerer Fälle ist startklar, seitens RKI muss aus datenschutzrechtlichen Gründen nach §26 noch ein Vertrag abgeschlossen werden, für die Charité ist dies nicht notwendig, deswegen läuft Pilotphase an und Vertrag wird parallel unterschrieben</li> <li>! Präs berichtet: Abteilungsleitung von BMBF berichtete von Gesetzesänderung bei klinischen Studien, Votum eines (und nicht aller BL) Datenschutzbeauftragten genügt, RKI-L hat Auftrag, aus der aktuellen Krisenzeiterfahrung mögliche Prozessoptimierungen zu identifizieren/etablieren</li> </ul>	<p>IBBS/FG36</p>

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

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

- Frau Roßmann



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politischen Entscheidungsträger sollten darauf aufmerksam gemacht werden. Die Aufnahme von Patienten oder die Unterstützung vor Ort hat Mehrwert über lange Zeit. Nowcast, Daten aus Sentinel zu Beatmungszeiten kann Einschätzung der Lage unterstützen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Europäische Mortalitätssurveillance (Bulletin <a href="#">hier</a>): 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. Gesamt Krankheitslast sollte geschätzt und mit Gesamtmortalität verglichen werden.</li> <li>○ Amtshilfeersuchen aus Bremen erhalten, vulnerable Gruppen (KH, Altenheime) sind nach wie vor gefährdet. FG37 wird sich darum kümmern.</li> </ul>	FG37
<b>2</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! demnächst Bericht von FG33 zum Stand der Impfung geplant</p>	
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Heute um 0 Uhr werden Risikogebiete von der Webseite genommen.</p> <p>! Stattdessen wird es eine Musterverordnung zur Einreise nach Deutschland mit dem Grundsatz: 14 Tage häusliche Selbst-Quarantäne nach Einreise mit vielen Ausnahmen geben. Die Verordnung wird auf Länderebene umgesetzt werden.</p>	Alle
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Alle FAQ und Materialien werden in Hinblick auf Risikogebiete überarbeitet.</p> <p>! Kooperation mit RKI funktioniert sehr gut.</p> <p>! Das Flusschema für Allgemeinbevölkerung ist sehr textlastig.</p>	BZgA



	<p>Es gibt Nachfragen von Hausarztpraxen nach Infomaterial für die ältere Bevölkerung (sehr heterogene Gruppe). Vergleichbare Anfragen können gerne an die BZgA weitergeleitet werden. Zurzeit wird der Hausärzteverband befragt, wo Bedarfe liegen. Ziel wäre bedarfsgerechtes Infomaterial in enger Zusammenarbeit mit RKI zu erstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anregung Flussschema nicht nur im A3 Format anbieten.</li> <li>! Infoblatt zur ambulanten Pflege wird zurzeit überarbeitet. BZgA wartet auf Rückmeldung von Pflegeverbänden in Hinblick auf Praktikabilität der Empfehlungen.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Dokumente sollen auf Arbeitsebene ausgetauscht werden.</i></p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Pressebriefing hat heute nicht stattgefunden, da Hr. Wieler heute an der Bundespressekonferenz teilnehmen wird.</li> <li>! 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.</li> <li>! Die Überarbeitung des Steckbriefs sowie die Entlasskriterien werden heute auf die Webseite gestellt. Über Ostern wird es absehbar keine neuen Dokumente geben.</li> </ul>	<p>FG37</p> <p>Presse</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Konzept für die verbesserte technische Ausstattung der Gesundheitsämter <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Wer Ideen hat, soll diese gerne einbringen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Anfrage der WHO über Hr. Wieler zu Serosurveys: Heute werden erste Ergebnisse aus Heinsberg erwartet. Der Blutspendesurvey startet nach Ostern.</li> </ul>	<p>FG32/Alle</p> <p>FG36/FG14</p>



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

8	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neue Hinweise zur Therapie abgestimmt <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>! PEP bei SARS-CoV-2-Infektion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mehrere Medikamente aus unterschiedlichen Substanzklassen wurden betrachtet: Datenlage ist sehr dünn, aktuell laufen auch klinische Studie hierzu. Es werden Kriterien zur möglichen Anwendung in Alten- und Pflegeheimen überlegt, Hr. Herzog teilt Infos hierzu.</li> </ul> </li> </ul>	<p>IBBS</p> <p>IBBS</p>
9	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Stellungnahme Externe zu Distanz 1-2 m</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Wieler hat vor dem Hintergrund der Bluetooth App um Kontaktaufnahme mit einem externen Experten für eine kurze Stellungnahme zur Abstandregel gebeten.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Eine Stellungnahme der Krinko ist laut Fr. Arvand hierfür nicht erforderlich, sondern kann vom RKI selbst begründet werden.</li> <li>○ Hr. Wieler möchte eine externe wissenschaftliche Expertise hierzu. Eine Festlegung auf 1,5 Meter mit den genannten Einschränkungen soll vorskizziert und von einem externen Experten bestätigt werden.</li> <li>○ Das Lagezentrum soll Fr. Wendt von der Krinko nicht direkt kontaktieren.</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte um kurze Stellungnahme von Fr. Wendt zur Distanz soll über die Krinko-Geschäftsstelle erfolgen.</i></p> </li> <li>! UpDate Containment Scouts: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trainingsmaterial wurde an Gesundheits- und Landesämter bereits verschickt. (<a href="#">Link</a>)</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36/FG14</p> <p>FG37</p>
10	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! TK zur Mortalitätssurveillance geplant</li> </ul>	
11	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Teilnehmende:

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.04.2020, 11-13:30 Uhr

### Sitzungsort Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade (Moderation)
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG33
- ! FG36
  - Walther Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
  - o Frau Roßmann

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage International</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! 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.</li> <li>! Länder über 7.000 – 70 000 Fällen: Entspannung bei Spanien und Italien sichtbar, leichter Anstieg in Frankreich, sonst gleichbleibend</li> <li>! Länder mit 1 400- 7 000 Fällen: Trotz geringer Zahlen ein deutlicher Anstieg in Singapur, Serbien, Ukraine und Vereinigten Arabischen Emiraten</li> </ul> <p><b>Taiwan:</b></p> <p>Betrachtung unter dem Aspekt „lessons learned“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 24 mi Einwohner, 393 Fälle davon 333 importiert; 66 Todesfälle</li> <li>! Tests gesamt: 46.547; Positivrate: 0,8%</li> <li>! Response plan besteht aus 6 Strategien:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hohe Testkapazität (3.800 Tests/d in 34 Laboren)</li> <li>2. Ausgeprägte Community surveillance: „gemeinschaftliches Überwachungsnetz“, „gemeindenahes Beprobungsprogramm“</li> <li>3. Erweiterung der Krankenhauskapazität mit ausgewiesenen Krankenhäuser und -Stationen</li> <li>4. Fortlaufende Bestandsaufnahme der verfügbaren ICU Betten</li> <li>5. Ausgewiesenen Standorte für Gruppenquarantäne</li> <li>6. Strikte IPC und Separation („Traffic Control Bundling“)</li> </ol> </li> <li>! Bereits früh Einführung von umfassenden Maßnahmen (15.01 COVID-19 Meldepflicht, Aktivierung des LZ am 20.01 mit dem ersten importierten Fall,</li> <li>! Reisebeschränkungen und Quarantäne für Reiserückkehrende früh eingeführt, eine hohe Compliance in der Bevölkerung, alle Maßnahmen sind Empfehlungen (kaum Auflagen im</li> </ul>	ZIG1



	<p>öffentlichen Raum, Tragen von Masken freiwillig)/keine gesetzlichen Auflagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktueller Wandel der Strategie: <ul style="list-style-type: none"> <li>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)</li> <li>10. April: Aufgrund eines sprunghaften Anstiegs der Zahl der Verdachtsfälle nach dem viertägigen „Tomb Sweeping Day“ (chinesisches Allerseelen) wurden Maßnahmen zur Kontrolle von Menschenansammlungen an öffentlichen Orten eingeführt</li> </ul> </li> <li>! Gesundheitssystem: Seit 1995 National Health Insurance (NHI)/ Bürgerversicherung (“single-payer”) mit einer Abdeckung &gt; 99% und “Gesundheitskarte” (seit 2004) muss genutzt werden und alle Informationen werden gesammelt</li> <li>! 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</li> <li>! 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.</li> <li>! 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</li> </ul>	
--	--	--



	<p>Krankenhausaufenthalte; Aufnahme aller Fallkontakte in die NHI-Datenbank somit hat jeder medizinischen Dienstleister hat Einblick in die Reisegeschichte der Patienten.</p> <p>! Contact tracing: Lokalen PH-Behörden erhalten von CDC die Kontaktinformationen aller Personen in ihrem Zuständigkeitsbereich, die sich in Heimquarantäne befinden sollten. Halten sich die Personen nicht an die Hausquarantänebestimmungen werden Sie Strafverfolgungsbehörden übergeben. Sie werden unter Einsatz von GPS-Daten und Kameras auf persönlichen oder von der Regierung zur Verfügung gestellten Smartphones zur Überwachung und Fallermittlung (Medien: „electronic fence“) überwacht. Weiterhin wurden Quarantänebetreuungscentren, um Unterstützung und Beratung zu bieten (Hausbesuche durchführen, Essenslieferungen arrangieren, Masken beschaffen), eingerichtet. Es besteht die Möglichkeit für Isolierung zusätzlich Hotelzimmer anzumieten und es stehen Interaktive Mobiltelefon-Anwendung „Disease-Prevention Butler“ und Chatbot zur Verfügung.</p> <p>! Faldefinition entspricht weitestgehend der des RKI. Als ein weiteres alleinstehendes Symptom wird „Abnormaler Geruchs- (Anosmie) und Geschmackssinn (Dysgeusie) oder Durchfall unbekannter Ätiologie“ gelistet</p> <p>! Proaktive Suche nach COVID-19-Patienten (seit 16.02.2020) bei Personen mit: schweren Atemwegssymptomen, die negativ auf Influenza getestet wurden; Patienten, bei denen der Verdacht auf eine COVID-19-Infektion durch Ärzte gestellt wird; medizinisches Personal mit Atemwegssymptomen oder Kontakt zu einem bekannten Cluster;</p> <p>! Alle Fälle werden in Krankenhäusern oder speziellen Quarantäneeinrichtungen isoliert. Alle Kontakte und Reiserückkehrer gehen in häusliche Isolation</p> <p>! Organisation des Gesundheitssektor wurde nach SARS adaptiert um nach Möglichkeit innerhalb kürzester Zeit ohne große Umstrukturierung auf eine Epidemie reagieren zu können (aktuell 52 Krankenhäuser für Behandlung schwerer Fälle/ 165 medizinische Einrichtungen für Behandlung leichter Fälle); Bestehende integrierte IPC-Strategie (Traffic control bundling), die eine Triage vor dem Eintritt in die Krankenhäuser einschließt und eine strikte Trennung zwischen Risikozonen</p>	
--	--	--



	<p>enthält; Anpassung innerhalb von wenigen Tagen möglich; Strikte Anforderungen und Protokolle für persönliche Schutzausrüstung (PSA) sowie zahlreiche Kontrollpunkte zur Überwachung der Maßnahmen</p> <p>! Aufbau der Gesundheitsversorgung plus traffic control bundeling sind als strukturelle Änderungen nach SARS und ausschlaggebend, vermehrte Testung und verstärkte Surveillance eher als unterstützend zu sehen.</p> <p>ZIG1 aktualisiert Kenntnisse zu anderen asiatischen Staaten um sie im Verlauf nutzen zu können.</p> <p>Die Übernahme von sog „Erfolgsstrategien“ ist nicht immer möglich oder hilfreich. Im Hinblick auf Entry screening bei Points of Entry existiert weiterhin keine genügende Evidenz. Solche Maßnahmen haben nicht zwangsläufig etwas mit jeweiligen dem Erfolg zu tun können, aber dadurch an Aufmerksamkeit gewinnen.</p> <p>Aufnahme von Anosmie sollte diskutiert werden, in der Literatur wird in 12% Anosmie vor anderen Symptomen angegeben, in wie weit das isoliert (ohne weitere Symptome vorkommt) bleibt unklar. Die Symptome sind sehr spezifisch, die Sensitivität bleibt jedoch unklar. Meningitis und Enzephalitis werden als eigständige Symptome/Erkrankungsbilder in Zusammenhang mit COVID-19-Erkrankung berichtet, Virusnachweis im Liquor nicht routinemäßig durchgeführt, die Erfassung dieser biete eine bessere Abbildung der schweren Verläufe. Aktuell existieren nur Einzelfallberichte. Anpassung der Falldefinition nach besserer Datenlage möglich.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Durch das verlängertes Wochenende sind die übermittelten Zahlen niedriger. Mögliche Ursachen sind Meldeverzug (eher gering), Health seeking</p>	<p>FG32/alle</p> <p>FG36/alle</p> <p>FG32</p>
--	--	---

	<p>behaviour, weniger Testung in den Laboren (sichtbar in ARS) Nutzung von Meldedatum als proxy für Erkrankungsbeginn kreiert eine „Lücke“ am Wochenende in der Kurve.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Inzidenz &gt; 200/ 100 00 Einwohner in Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg und Saarland; niedrige Inzidenzen weiterhin in Mecklenburg-Vorpommern</li> <li>! Nowcasting ist relativ stabil auf hohem Niveau; <math>R_0=1,1-1,2</math></li> <li>! Brockmann: Forecast unverändert</li> <li>! Inzidenzen insgesamt nach Alter und Geschlecht: keine Unterschiede; Anzahl der älteren Menschen nimmt zu, höchste Inzidenz bei älteren Männern</li> <li>! Todesfälle: 2.969; 86% sind 70 Jahre und älter; Mann-Frau-Verhältnis: 60/40%</li> <li>! Fall-Verstorbenen-Anteil: Zunahme durch den Eintrag in die Altersheime und die Latenz bei Behandlung auf ITS</li> <li>! Anzahl Genese: 68.100; Das aktuelle Vorgehen bei der Schätzung ist längerfristig problematisch und erscheint im Verhältnis zu anderen Ländern als hoch</li> <li>! Geographische Beurteilung der Inzidenz: führend Heinsberg, Tischenreuth, südlich von München</li> <li>! 7- Tage-Inzidenz ist nach Ostern verzehrt</li> <li>! 3/5-Tage-Inzidenz: abnehmend; Angaben/Daten ermöglichen einen Vergleich über Wochen</li> <li>! Expositionsort: Ausland aus Expositionsort zunehmend irrelevant; häufig Angaben im Inland sowie keine Angaben</li> <li>! 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</li> <li>! BL bekommen zunehmend mehr von Druck von lokalen politischen Akteuren den Algorithmus und Berechnungen für <math>R_0</math> auf BL/Kreisebene bzw. Bundeswehr zu bekommen/erstellen. Nach Rücksprache mit Matthias an der Heiden ist das am ehesten auf BL-Ebene sinnvoll auf Grund von zunehmender Unsicherheit auf Kreisebene.</li> <li>! Im Rahmen der syndromischen Surveillance in Notaufnahmen (ESEG) wird die Auswertung von Daten auch retrospektiv geplant. Es umfasst 10 Notaufnahmen, internistische Daten und keine</li> </ul>	<p>FG32/alle</p>
--	--	------------------



	<p>repräsentative Stichprobe. Auswertung erfolgt im FG 32 und der Kontakt zu AL2 wird aufgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BL, die Interdisziplinäre Versorgungsnachweis (IVENA ) nutzen, sollten diese Daten gut erfasst haben. Kontakt sollte gesucht werden.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul>	<p>FG32/AL2</p> <p>FG37</p>
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorstellung des aktuellen Stands zu Impfung Kommt am 15.04.2020</li> </ul>	FG33
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>!</li> </ul>	
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zusammenarbeit innerhalb der AG „Material für die Eltern“ erfolgt ein reger Austausch, jedoch ist das Format ist noch nicht klar (Print oder Elektronisch)</li> <li>! Zum Merkblatt für ambulante Pflegbereiche gab es noch keine Rückmeldung, somit fehlt noch der abschließende Abgleich.</li> <li>! Mund-Nasen-Bedeckung (MNB): Das Video ist auf der Seite eingestellt, die Streuung per social media erfolgt morgen nach der Ministerrunde Dazugehöriges Papier des RKI ist enthalten</li> </ul>	BZgA

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Pressebriefings finden heute und Freitag statt</li> <li>! Drei EpiBull-Artikel (u.a. zum Nowcasting) wurden vorab online veröffentlicht. Bereitschaft/Möglichkeit weitere Artikel zu publizieren ist da</li> <li>! 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.</li> <li>! Bundeswehr: Nicht verständlich; Kontakt soll aufgenommen werden um die technischen Probleme zu beheben.</li> </ul>	<p>Presse</p>
<p>5</p>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Allgemein</b></li> <li>! 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.</li> <li>! „Hintergründe zur Abstandregel (1-2 m) und Kontaktzeit (15 min) bei Tröpfchen-übertragbaren Infektionen“ Die Kommunikation von unterschiedlichen Werten (1-2 m vs. 1,5m) ist für unterschiedliche Anwendungsgebiete notwendig und sinnvoll. Im Rahmen der Prävention (Supermärkte) sind klare Werte von Vorteil. Bei Kontaktpersonen(nachverfolgung) v.a. im klinischen Setting entspricht 1-2m eher der Realität. Die Empfehlung 1-2m für Management /KoNa belassen, ansonsten „mind. 1, 5 m“ als Empfehlung für Prävention. Wird in Dokumenten angeglichen.</li> <li>! <b>RKI-intern</b> Zwischenstand der geplanten serologischen Studien Es sind drei Studien geplant. 1)Serologische Auswertung an Blutspendern:</li> </ul>	<p>FG36/alle</p> <p>VPräs/Alle</p> <p>AL2</p>



	<p>Vorbereitungen abgeschlossen, sobald die AK-Teste (Euroimmun) da sind , kann begonnen werden (spätestens Anfang nächster Woche)</p> <p>2) Serologische Auswertung an Hotspots: Aktuell läuft noch die Auswahl der Orte (Tischenreuth, BY, BW und neun BL) SN und NRW wird durch HZI abgedeckt. Die gleichzeitige Durchführung von PCR ist noch nicht abschließend geklärt, würde mehr Sicherheit bieten. Validierung einer Teilmenge mit einem Testverfahren, das den Nachweis unterschiedlicher Corona-Viren ermöglicht, wäre auch eine Möglichkeit. Es wird die Auswahl von Orten mit niedrigen Inzidenzen als „Gegenprobe“ diskutiert. Leipzig wäre dabei eine Option, könnten auch in die HCW-Studie aufgenommen werden, und hätte unabhängig Interesse an einer Untersuchung bekunden.</p> <p>Die klare Kommunikationsstrategie zu Methodik und Sampling um Kritik vorzubeugen bzw. zu adressieren (s. Bonner Studie) und kann nochmal besprochen werden.</p> <p>3)Für die bundesweite repräsentative Studie (mit 160 sample points) ist die Steuerungsgruppe gegründet worden. Charité/Hr. Drosten macht für alle drei Studien die Bestätigung im Rahmen der Testung</p>	
6	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Finalisierung „Mund-Nasen-Bedeckung“ (Walter Haas et al.).</li> <li>! Harmonisierung „Hintergründe zur Abstandregel (1-2 m) und Kontaktzeit (15 min) bei Tröpfchenübertragbaren Infektionen“ (FG36, FG14), (siehe auch Anhang/Übersicht 1,5 bzw. 2 m).</li> <li>! BMG OK zu „Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19 für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen sowie für den ÖGD“ (FG37) ! soll heute online gestellt werden</li> <li>! Recherchen zu Informationen zu Kindern und Jugendlichen wird gerade durch FG36 gemacht und ein EpiBull-Artikel erstellt</li> <li>! Stellungnahme der Leopoldina</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG36, FG14</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>

	<p>Nicht besprochen</p> <p>! Gesetzgebungsverfahren/Corona-Gesetz Bis morgen können noch Änderungswünsche eingebracht werden. Die Bündelung/Absprache wäre sinnvoll. Eine Absprache zu Labormeldungen, ARS und Datenbank zwischen FG32 und Fg37 findet heute noch statt.</p> <p>! Herr Schaade hat um 13/13:30 Uhr eine TK mit BMG zu DEMIS, Michaela Diercke nimmt teil.</p>	<p>FG32/alle</p> <p>VPräs</p>
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Ausführlicher Bericht zu der im Auftrag des BMG vom 30.3.2020 beim RKI einzurichtende "AG Labordiagnostik". Dabei wurde über die Zusammensetzung der drei UAGs (RKI extern, RKI Länder und RKI intern) berichtet. Es wurden ein Konzeptentwurf und eine Checkliste zum Probenfluss erarbeitet, welche fortlaufend mit den AG Mitgliedern weiterentwickelt werden. Das BMG ist Mitglied der AG und dadurch fortlaufend informiert. Gegenstand der AG sind die Optimierung von Laborkapazitäten einschließlich von Indikationen zur Testung. Entwicklungen auf dem Gebiet der Testverfahren werden verfolgt und bewertet sowie Übersichten über befähigte Labore erstellt.</p> <p>Neue Auswertung zu Laborabfrage (Anzahl der Gesamttestung und Positivraten) wird am Mittwoch im Lagebericht berichtet.</p>	<p>AL1</p> <p>AL3</p>
8	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>!</p>	<p>FG36/IBBS/FG32</p>
9	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>!</p>	<p>FG32</p>
10	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! 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</p>	<p>FG32</p>

	nach sich führen. TODO: FG32/M. Diercke erarbeitet einen Vorschlag und teilt es	
11	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> !	FG32
12	<b>Internationales (nur freitags)</b> !	ZIG
13	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	
14	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> !	
15	<b>Wichtige Termine</b>	alle
16	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 15.04.2020, 11:00-12:30	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Sitzungsort Teilnehmende:

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





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

	<p>○ UN-Wirtschafts- und Sozialkommission für Westasien (ESCWA) geht von sehr hohen Verluste und gravierenden Folgen für den arabischen Raum aus, v.a. Menschen in Syrien und im Jemen benötigen Hilfe. Frauen sind generell besonders besonders gefährdet.</p> <p>! <u>Saudi Arabien:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die meisten Fälle im städtischen Bereich, Thema am Anfang sehr politisiert („schiitische Seuche“), wurde von dem Moment als relevanter eingeschätzt und auch die Laborkapazitäten hochgefahren als die Königsfamilie selbst betroffen war.</li> <li>○ Die meisten Testungen finden in Kliniken statt.</li> <li>○ Maßnahmen sind primär auf Städte konzentriert, in Städten gibt es auch grds. eine bessere Versorgung, z.T. aber auch für die königliche Familie reservierte Kapazitäten.</li> </ul> <p>! <u>Vereinigte Arabische Emirate:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geringste Fallsterblichkeit weltweit, es wird extrem viel getestet, zusammen mit Südkorea der geringste Positivanteil.</li> <li>○ Starke Reiserestriktionen, wenige verbliebene Einreisende müssen in 14-tägige Quarantäne.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! <b>Fallzahlen, Todesfälle, Inzidenz, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz 153, + 2486 neue Fälle, verhältnismäßig wenig trotz des langen Wochenendes</li> <li>○ +285 Todesfälle, bis jetzt die höchste Anzahl an einem Tag, Anteil Verstorbener steigt auf 2,6</li> <li>○ IHME prognostiziert den Peak der Todesfälle in D für den 14.04., in der Schweiz soll der Peak erst in einem Monat erreicht sein. Unklar wie berechnet.</li> <li>○ Fälle unter Personal in med. Einrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6.058 COVID-19-Fälle gemäß § 23 Abs. 3 IfSG tätig, von 5.639 waren weitere</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------

	<p>Angaben vorhanden, davon 239 hospitalisiert und 7 verstorben (0,12%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In anderen Ländern dazu viel in der Presse, in D bislang wenig</li> <li>○ Im Vergleich zur letzten Woche deutlicher Rückgang der Kreise mit sehr hoher kumulativen Inzidenz.</li> <li>○ Trendanalysen der BL und Kreise zeigen deutlichen Abwärtstrend.</li> <li>○ Nur noch 11 COVID-19-Fälle mit Expositionsort Ausland.</li> <li>○ Laut Mobilitätsanalyse von Google geht Mobilität insgesamt herunter, in Parks und Wohngebieten nimmt sie etwas zu.</li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grundsätzlich sieht man Effekt der Ostertage, ggf. Nachmeldungen und damit Veränderung möglich.</li> <li>○ Grippeweb: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ILI-Raten auf sehr niedrigem Niveau, „Allzeittief“</li> </ul> </li> <li>○ AGI: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 KW sehr wenig Meldungen (25% weniger), es gibt sicherlich Nachmeldungen, aber insges. Konsultationsinzidenz seit mehreren Wochen steil abfallend (über alle Altersgruppen)</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36</p>
--	--	-------------

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



	<p>Zunahme v.a. von Pat. im Alter von 70-90 Jahren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Es wird daran gearbeitet weitere Vorerkrankungen identifiziert zu können.</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Eine Diskussion über die gemeinsame Nomenklatur Risikofaktoren/ Grunderkrankungen muss noch geführt werden, es sollte ein gemeinsames Sprachverständnis (RKI/BZgA) gefunden werden</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Die Daten zur Schwere des Verlaufs und zu den Risikofaktoren werden nun wöchentlich dargestellt, wenn vorhanden mit weiteren Infos zu Beatmungszeiten.</li> </ul> <p><b>! Durchgeführte Tests und Testkapazitäten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 191 Labore insgesamt beteiligt, 149 Labore haben in KW15 über ihre Tests berichtet</li> <li>○ Die Testzahl hat etwas abgenommen, aber insges. über 360.000 Tests. Positivenanteil ist etwas zurückgegangen.</li> </ul>	<p>FG32/ AL3/ VPräs/ Präs</p>
--	--	-----------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt 1,7 Mio Tests durchgeführt, entspricht grob den Meldedaten (da einige Doppeltestungen)</li> <li>○ Testkapazitäten: 112 übermittelnde Labore: 123.000 pro Tag, d.h. 730.000 Tests pro Woche</li> <li>○ Es gibt regionale Unterschiede, aber derzeit Kapazitäten nicht ganz ausgenutzt, Rückstau wurde abgebaut</li> <li>○ Große Anzahl von Laboren berichtet über Lieferschwierigkeiten.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Grundsätzlich sollten, gerade bei sinkenden Fallzahlen ggf. alle ARE getestet werden. Thema soll am 16.04. im Krisenstab diskutiert werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Grundsätzlich werden die PH-Teste vom GA angefordert und vom Land bezahlt. Allerdings müssen GÄ z.T. mehr für die Beauftragung der Labordiagnostik zahlen als die Krankenkassen, daher der Wunsch weniger zu testen (z.B. bei klinisch-epidemiolog. Fällen).</li> <li>○ Gerade in der Phase der Lockerung sollten keine Teste vermieden werden.</li> <li>○ Chef des BKamt und Chefs der Staatskanzleien sollen das klären</li> </ul> <p><i>ToDo: Bericht ans BMG per E-Mail an VPräs – der die E-Mail weiterleiten wird mit der Bitte das zu klären. – FG32</i></p> <p><b>! Schätzung der Reproduktionszahl/Nowcasting:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nowcasting-Methode überarbeitet, Stabilisierung der Anzahl der Neuerkrankungen</li> </ul>	
--	---	--





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

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



	<p>entwickelt werden kann. Bei MERS und SARS wurde die Impfstoffentwicklung in Phase II wg fehlender Finanzierung angehalten</p> <p>! 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.</p> <p>! Immunantwort bei älteren Personen: Normalerweise laufen Studien nur mit Probanden zw. 18-60 J., es wäre gut in Phase II auch in höhere Altersgruppen zu gehen, die derzeitige Studie in China wird nur mit gesunden alten Probanden durchgeführt. Post- marketing Surveillance ist daher sehr wichtig.</p> <p>! Anmerkung zur Impfstrategie: z.T. bei Impfungen unerwünschte Wirkungen, die auch bei der Erkrankung vorkommen (dabei aber in größerem Maßstab), wurde auch bei anderen Impfstoffen beobachtet</p>	
<b>3</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> -	
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Mund-Nase-Bedeckung ist weiterhin Thema</p> <p>! KMK und Lehrerschaft hat angefragt zu Unterstützung bzgl. Prüfungen, BZgA entwickelt Pakete mit Informationen zur Unterstützung bei Prüfungen, Einrichtungen sollen aktiv begleitet werden, Materialien sind vorhanden – Abstandhalten, Hygienemaßnahmen – klare Regeln wichtig Absprache mit RKI gewünscht</p> <p>! In höheren Schulklassen Hygienemaßnahmen erst möglich, Vorbereitung ganz konkret vor Ort, wichtig Änderungen in Abläufen, die auch längerfristig eingehalten werden müssen</p> <p>! Klärung der verwendeten Anzahl von Tagen vor Symptomen: Auf dem InfoFlyer der BZgA wird von 2-3 Tagen gesprochen. Es handelt sich aber um die Zeit vor Auftreten von Symptomen in der es zur Übertragung kommen kann – sollte zu 1-3 Tagen korrigiert werden.</p> <p><b>Presse:</b></p> <p>! Viele Anfragen zum Flussdiagramm der Kriterien zum Kontaktpersonenmanagement, ggf. sollte und</p>	<p>BZgA/FG36</p> <p>Presse</p>

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



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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Sitzungsort Teilnehmende:

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

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Frau Roßmann

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



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



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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen nach Altersgruppen, in 12-13 KW erfolgte Änderung der Teststrategie. Es werden immer mehr &gt;80 Jährige getestet, 60-79 Jährige werden nicht in gleichem Umfang getestet. Anzahl positiver Tests nimmt bei &gt; 80 Jährigen zu, das hängt auch mit der häufigen Testung zusammen.</li> <li>○ AG Diagnostik: KBV sieht auch, dass Testung bei bestimmten Bevölkerungsgruppen nicht ausreichend wahrgenommen wird. Das könnte damit zusammenhängen, dass für die Altersgruppe der 60-79 Jährigen zumeist keine Krankenschreibung nötig ist.</li> <li>○ Ab nächster Woche wird es einen Report zu COVID auf der ARS-Seite geben.</li> <li>○ Zu Drive-through Testung und Testungen in GA wird es ab nächster Woche mehr Informationen geben.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Überarbeitung Flusschema IBBS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Vorschlag von Presse: Seite mit aktueller Risikobewertung löschen und stattdessen Verweis auf Situationsberichte, da diese sehr aktuell sind.</p> <p>! Risikobewertung wird aber im Moment im Lagebericht nicht eigenständig bearbeitet, denn die Überlegungen hierzu sollen aus dem Krisenstab kommen und im Lagebericht ergänzt werden. Keine Zustimmung: Bewertung soll zunächst auf extra Seite belassen werden.</p> <p>! RKI-Seiten zu Corona sollen mit Hilfe externer Experten zu überarbeitet werden. Presse steht hierzu im</p>	Presse/Alle



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

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



	<p>der AGI statt, hier sollen Testangebote angesprochen werden. Diese Gruppe soll zur Labordiagnostik Best Practice Beispiele für die AGI darstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Selbsttestung wäre hilfreich und würde Akzeptanz und Zugang erleichtern.</li> <li>○ Fr. Michel hat noch keine Rückmeldung von Hr. Drostens aus KL zur Selbstbeprobungsstudie. Es sind keine Originalproben fürs RKI verfügbar, schnell umgesetzter Ansatz ist leider gescheitert. Gibt es von anderer Seite belastbare Informationen? Falls ja, bitte zirkulieren. Im Moment wurden keine weiteren systematischen Untersuchungen begonnen.</li> <li>○ Zusammenarbeit von FG36 und Abt. 1 um Studie anderweitig weiterzuführen. Proben vom 20.03 könnten rausgenommen und davon ausgegangen werden, dass die anderen stimmen, um zumindest ein paar Informationen rauszuziehen zu können.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Überarbeitung Orientierungshilfe für Ärzte und Orientierungshilfe für Bürgerinnen und Bürger, IBBS</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Infomaterialien zur Nutzung von PSA für medizinisches Personal <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist mit ABBAS abgestimmt und wird veröffentlicht.</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

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

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Sitzungsort Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade (Moderation)
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  -
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Frau Roßmann

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

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



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

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

- Inzidenz 161, + 3.380 neue Fälle
- +299 Todesfälle, Anteil Verstorbenen steigt auf 2,9
- Nowcasting (M. an der Heiden) Anzahl der Fälle geht zurück
- Geschätzte R0 variiert nach BL; MV mit 1,6 (95%KI 1,1-2,1) am größten, das liegt am ehesten an wenigen Fallzahlen, da kleine Veränderungen einen großen Effekt zeigen.
- Alters- & Geschlechtsverteilung: keine großen Änderungen
- DIVI ist seit dem 16.04.2020 für Kliniken verpflichtend und das zeigt sich in den Daten:  
  
Anzahl meldender Kliniken: 1.138; 2.868 Fälle auf IST, davon 2.145 beatmet.  
  
Gesamtkapazität: ca. 29.000
- Nosokomiale Ausbrüche:  
  
15.Meldewoche: 27 mit 181 Fällen, Anstieg/Nachmeldungen möglich.  
  
Ausbrüche sind schwer aus den Meldedaten zu extrahieren und werden unterschiedliche gemeldet. Ab nächste Woche gibt es dafür eine eigene Meldekategorie.  
  
FG37 betreut einige Ausbrüche (ca. 7) und berät telefonisch. Papier zu Ausbrüchen in Krankenhäusern geht heute online  
  
U. Grothe (FG32) und S. Buda (FG36) erstellen ein Papier zu Ausbruchsmanagement (Auftrag Fr. Merkel an Hr. Wieler)
- Fälle unter Personal in med. Einrichtungen: 6.711/6% der Gesamtfälle
- 7-Tage-Inzidenz: wenig verändert; 4 LK mit Inzidenz 101-500 Fälle/100 000 Ew.
- Trend in den BL unverändert;
- Eintrag aus dem Ausland nahezu nicht existent
- EURO-MOMO: Mortalität in einigen Ländern mit



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

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



	○	
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>FG17</b>: weiterhin niedrige Probenzahlen</li> <li>! Mitarbeit an einer Publikation zu Veränderung von Testindikationen und Testkapazitäten in verschiedenen Ländern im Verlauf des Geschehens; Publikation wird zeitnah erwartet</li> </ul>	FG17
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/ Entlassungsmanagement</b></p> <p>○</p>	
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Prüfung des BMAS Anfrage bzgl. Empfehlung des RKI zur Verwendung von MNS/Masken bei Versorgung von COVID-Patienten. Die Bearbeitung erfolgt durch FG14, die Antwort versendet VPräs.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! TK mit BMG und Herr BM Braun zu DEMIS: Vorstellung des Meldewesens, DEMIS und der Beschleunigungsaktion sowie die Beschreibung der Hauptprobleme im ÖGD: Ressourcen und Personal,</li> </ul>	<p>FG14</p> <p>VPräs/alle</p> <p>IBBS/alle</p> <p>FG32</p>

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	20.04.2020, 13 Uhr

### Teilnehmende:

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

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



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

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

! 2 interessante Publikationen:

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

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

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

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



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



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



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

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



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

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

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	21.04.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

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



- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>USA</u>: Bestätigung des abfallenden Trends, &gt;787.000 Fälle, 42.364 Todesfälle, IHME-Projektion zu kumulativen Todesfällen besagt, dass unter den aktuellen Maßnahmen noch mit einem Anstieg zu rechnen ist</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Russland</u>: starker Fallzahl-Anstieg, R0 aktuell ~2; viel Festland-LKW-Verkehr zwischen Russland und Deutschland, bei Maßnahmenlockerung ist gute Beobachtung wichtig, um neuen unbemerk-ten Import zu verhindern – ZIG1 bleibt dran</li> <li>▪ Alle anderen Länder mit R0 ~ 1, gute Perspektive</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Singapur</u>: R0=2,04, bereits besprochen</li> <li>▪ <u>Bangladesch</u>: R0=1,98, wird näher untersucht, auch aufgrund der Rohingya Flüchtlingssituation</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem R0&gt;1: nicht viel neues seit gestern, die Größe der Punkte stellt die nationalen Fallzahlen dar, je heller ein Landespunkt, desto stärker war der Anstieg in den letzten 7 Tagen, Russland hat aktuell den größten hellblauen Punkt, auch kritisch beobachtet: Somalia, Bangladesch <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Australien</u>: ursprünglich als Risikoland angesehen wegen Nähe zum Ursprung der Epidemie, 6.619 Fälle, 71 Todesfälle, Fallsterblichkeit 1%, Inzidenz ~26,5/100.000, 65% der Fälle importiert, &gt;400.000 Testungen (Stand 12.04.), Positivrate 1,5%, Strategie sehr extensiv, weitere Ausweitung geplant, vom 16.-30.04. können sich alle Personen im südlichen Landesteil testen lassen, 83 mobile Teststationen für Aborigines die in Reservate fahren und dort Personen testen, auch PCR-Screening von Abwasser („wastewater surveillance system“) zur räumlichen Bestimmung, hat nichts mit fäkal-oraler Übertragung zu tun; Maßnahmen: nationaler Notstand seit 13.03., meist Reiseverkehrsbezogen, eingeschränkte Reiseerlaubnis innerhalb des Landes, vor allem Fokus auf Influx von Fällen, weiter auch hier genutzte Maßnahmen Schließung von nicht-essentiellen Geschäften und öffentlichen</li> </ul> </li> </ul>	



	<p>Einrichtungen, aktuell &lt;20 neue Fälle/Tag, Maßnahmen sollen bis Mitte/Ende Mai erhalten bleiben, auch damit gute KoNa gesichert ist; Ausnahme: keine Schulschließungen wegen geringer Infektionszahl bei Personen &lt;19 Jahren, Umsetzung von Maßnahmen unterliegt lokalen Behörden, Eltern entscheiden mit, ob Kinder in die Schule gehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schulschließungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Singapur hat auch keine Schulen geschlossen</li> <li>▪ Es gibt ein Papier aus Australien zur Strategie bezüglich der Offenhaltung von Schulen, Andreas Jansen teilt es mit allen</li> <li>▪ Eine wissenschaftlichen Begründung hierzu ist noch nicht identifiziert worden</li> </ul> </li> <li>○ Saisonalität, UV-Einwirkung, Hitzestabilität <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Noch keine Evidenz für Klimaauswirkungen, viele Paper präsentieren Modellierungen mit diversen Ergebnissen! noch keine Aussage möglich</li> <li>▪ Australien und Neuseeland haben gute Surveillanceinstrumente, wenn dort Studien durchgeführt werden sicher mehr Information verfügbar</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19 und Ramadan <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2 Tagen beginnt die Fastenzeit, bis zu 5 Mio. Muslime in Deutschland nehmen auch teil, abendliches Fastenbrechen findet normalerweise in größeren Gruppen und Familien statt</li> <li>▪ Ramadanverschiebung wurde diskutiert, hohes Risikopotential wegen großer Gruppen</li> <li>▪ WHO hat Guideline hierzu publiziert (<a href="#">hier</a>)</li> <li>▪ Sollte RKI sich hierzu positionieren?</li> <li>▪ Nein, kein Hervorheben einer Religion, BMI hat letzten Freitag hierzu Treffen gehabt, generell werden für alle religiösen Gemeinschaften Empfehlungen ausgesprochen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Inzidenz national 173/100.000 Einw.</li> <li>○ Nowcast, auch nach Alters- und Geschlechtsgruppen, aufgrund großer 95%KI in den einzelnen Gruppen schwer zu interpretieren</li> <li>○ Dashboard-Daten können auch abgerufen werden, allerdings ist ggf. Erklärung hierfür</li> </ul>	
--	--	--



	<p>notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IHME Forecast zu Krankenhausressourcen und Todesfällen: s. Folien oder <a href="#">hier</a></li> <li>○ Brandherde erscheinen in den letzten Tagen geringer, möglicherweise ist Wochenendeffekt noch beinhaltet</li> <li>○ DESTATIS Mortalitätssurveillance wird verfügbar</li> <li>○ Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemeinschaftseinrichtungen: Fälle hier sollten beobachtet werden, da hier häufig Kinder und Jugendliche betreut werden</li> <li>▪ Fälle in Einrichtungen wurden gestern in Lagebericht integriert: dies stieß auf große Medienresonanz, solcherart Informationen können nur aus Meldedaten erhalten werden</li> <li>▪ Fälle aus medizinischem Personal sollten wenn möglich mehr untersucht werden</li> </ul> </li> </ul> <p>! DIVI IntensivRegister (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;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</li> <li>○ 1 KKH kann (mehrmals) aus verschiedenen einzelnen Meldebereichen melden (wird noch überarbeitet)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Es wird von ~32-33.000 Betten ausgegangen, ca. 40% hiervon sind frei</li> <li>○ Zurzeit liegt der Schwerpunkt der Fälle in intensiv-medizinischer Behandlung in BW und BY</li> <li>○ DIVI beinhaltet Kategorisierung nach Schwere <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Low-care: nicht-invasive Beatmung</li> <li>▪ High-care: mit invasiver Beatmung, ~8.000 frei</li> </ul> </li> <li>○ Steuerungs-Prognose von intensivmedizinischen COVID-19-Kapazitäten (SPoCK) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modell für dieses neue Projekt ist in Arbeit, es basiert u.a. auf aktueller Kapazität</li> <li>▪ Kick-off Treffen am Donnerstag</li> <li>▪ Einzelfalldaten werden als Modellgrundlagen genutzt</li> <li>▪ Projekt soll über die nächsten 2 Jahre laufen</li> <li>▪ RKI lediglich Koordination, andere TN sind DIVI, IMBI Freiburg, IMI Aachen, BMG-finanziert</li> </ul> </li> <li>○ Intensivmedizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen</li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paper aus USA suggerieren hier mögliche Überlastung, kann dies über DIVI erfasst werden?</li> <li>▪ Daten (neonatologische bzw. Kinderabteilung) sind im Register enthalten aber noch nicht ausgewiesen</li> <li>▪ Eine Erfassung der Altersstrukturen wird möglich sein, aktuell sind es jedoch nur aggregierte Daten, in den nächsten Wochen soll eine Strategie entwickelt werden</li> <li>▪ Die Kapazität hierfür kann aus den vorhandenen Informationen erfasst werden</li> <li>○ Prä-intensivmedizinischer Bereich <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werden klinische Verläufe vor Intensivmedizin auch beobachtet, bzw. wird es Parameter/ prädiktive Werte hierzu geben?</li> <li>▪ Aktuell erhobene Daten beziehen sich ausschließlich auf intensivmedizinischen Bereich</li> <li>▪ Noch nicht aber in Zukunft: Eine Medizin-Informatik Initiative arbeitet an gemeinsamem Datenübertragungs-system, so dass auch andere Daten und Parameter abgeleitet werden können</li> <li>▪ Dies soll auch den stationären Verlauf davor beinhalten mit Anteilen/Charakteristika</li> </ul> </li> <li>○ Sollen elektive Maßnahmen wieder zugelassen werden? Wird Prognose-modellierung hierfür bereits verwendet werden können? Die Hoffnung ist ja, bleibt abzuwarten, ob es geht, der Wunsch ist, diese Grundlage zu legen</li> </ul>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p><b>Molekulare Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie wird diese jetzt aufgebaut: wird sequenziert und wie wird Sequenzierung entschieden?</li> <li>! FG17 leitet Initiative an der verschiedene Bereiche beteiligt sind, Kollaboration mit KL ist auch geplant</li> <li>! Technisches Problem: Vollgenomsequenzierungen aus Proben waren erst nicht möglich, heute TK um diesbezügliche Kapazitäten zu klären</li> <li>! Epidemiologische Begleitung von Proben die im KL auflaufen soll gesichert werden, Vertrag und Kooperationsunterlagen in Fertigstellung</li> <li>! Noch keine Sequenzierungs-Ergebnisse von positiven Proben aus AG Influenza oder Krankenhaus-Kooperation</li> <li>! FG36 (Stefan Kröger) versucht die verschiedenen Bereiche, wo Sequenzierungen in ZBS und Kollaboration mit KL laufen in den Workflow zu integrieren, auch hinsichtlich epidemiologischer Fragestellungen</li> <li>! Nächste Woche wird ausführlicher hierzu berichtet</li> </ul>	FG17/FG36



	<p><b>ACE-2-Rezeptor: wo kommt er vor?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wurde in der Vergangenheit in Enterozyten in der Niere und in der Lunge gefunden</li> <li>! 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</li> <li>! Ggf. gibt es einen Unterschied zwischen Basis- und Erkrankungszustand, möglicherweise Interferon-vermittelt</li> <li>! Es bestehen Hinweise auf neurologische Störungen und Beteiligung von Nervenzellen</li> </ul> <p><b>Bericht aus der Klinik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Präs berichtet von Gespräch mit <b>Herrn?</b> aus klinischem Bereich</li> <li>! Es werden massiv zentralnervöse Störungen bei COVID-19-Patienten beobachtet</li> <li>! Manche Arbeiten beschreiben, dass Rezeptoren auch in Nervenzellen gefunden werden</li> <li>! KKH-Liegezeiten teilweise sehr lang (5 Wochen)</li> <li>! Ein klinisches Register über klinische Verläufe wird unter Kollaboration von Lübeck und Charité erstellt! sehr wichtig um die einzelnen Erkrankungsstadien und kritischen Phasen besser zu verstehen</li> </ul>	<p>FG17/Präs</p> <p>Präs</p>
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nichts neues</li> </ul>	<p>alle</p>
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktualisierung von Merk- und Informationsblättern, Abstimmung zu ambulanter Pflege läuft</li> <li>! Aktualisierung der Empfehlungen für ArbeitgeberInnen</li> <li>! Ramadan: scheinbar noch keine neue Informationen aus dem BMI</li> <li>! Diskussion mit Integrationsbeauftragter bezüglich Aufnahmeeinrichtungen: große Informationsbedarfe, eine pro-aktive Abdeckung dieser ist in Vorbereitung in Form von Piktogrammen und ggf. Videos</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nichts zu berichten</li> </ul> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wünscht Trainingsunterlagen und Information zur Qualifizierung der EpiScouts, ist mittlerweile erledigt</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Bundeswehr</p>
5	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p>	



	<p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Strategie-Papier „Stärkung ÖGD“ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte als Arbeitsauftrag verstanden werden</li> <li>○ Minister ist schnell/reaktiv: RKI sollte zeitnah Empfehlungen verfassen, damit diese vom BMG angenommen werden</li> <li>○ Frist 22.04.: Meldepflicht zu Überlastungsanzeigen, Selbsteinschätzung der (regionalen? und) lokalen Behörden, damit ggf. auch RKI reagieren kann! einfaches Ampelsystem ohne Indikatoren erwünscht</li> </ul> </li> <li>! Bericht und Beschlüsse CDS-Schalte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beschlüsse die sich mit RKI-Themen beschäftigen kommen oft über die Länder und nicht über die Regierung bei uns an</li> <li>○ Kommunikation geht direkt vom Minister aus</li> <li>○ Papiere wurden bei Bundespressekonferenz ausgelegt und wahrscheinlich auf BMG-Homepage veröffentlicht</li> <li>○ Arbeitsebene eventuell nicht immer durch Minister beteiligt</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: RKI LZ (LZ-Leitung?) bittet BMG LZ das RKI über solcherart Dinge zu informieren</i></p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32/Präs/ VPräs
6	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Sprachregelung R (Basis vs. Effektive Reproduktionszahl) / aktuelle Entwicklung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wunsch des BMG, bezieht sich auf bundesweites Kontaktverbot und Stilllegen der Wirtschaft</li> <li>! Matthias an der Heiden hat kommentiert, Bewegungsdaten sollen eingefügt werden (Dirk Brockmann), bevor es zurück ans BMG geht</li> <li>! Es sind jedoch noch andere Komponenten zu berücksichtigen, Papier sollte nicht nur R-bezogen sein/diese nicht überbewerten</li> <li>! Multikomponentenansatz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Absage von Massenveranstaltungen</li> <li>○ Unterbrechen von Übertragungsketten zwischen verschiedenen Bereichen (Kontaktsperre)</li> </ul> </li> <li>! Kommunikationsherausforderung, da R nur einer der Parameter ist, gerade die COVID-19-Kurven bei &gt;80-jährigen, Todesfällen, DIVI-Prognosen zeigen diverse andere Entscheidungskriterien, die mit berücksichtigt werden müssen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transmission (vielleicht auch R)</li> <li>○ Individuelle klinische schwere (Klinikberichte)</li> </ul> </li> </ul>	FG32/FG36



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impact (DIVI System und Todesfälle)</li> <li>! Alle drei müssen berücksichtigt werden und darauf basierend kann über Maßnahmen Abbau oder Zusatz entschieden werden</li> <li>! Walter Haas macht noch einen Zusatz im Papier</li> </ul> <p><i>ToDo: Dirk Brockmann soll die erwünschten Bewegungsdaten einfügen</i></p> <p><i>ToDo: Walter Haas ergänzt im o.g. Sinne, dann soll es zurück ans BMG (Iris Andernach) gehen</i></p> <p><b>Empfehlungen für Erstaufnahmeeinrichtungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Halberstadt Einsatz war aufgrund der Komplexität schwierig, hat aber generische Gedanken angestoßen, die auch heute auf der AGI-Agenda stehen</li> <li>! Im BAMF beschäftigt sich niemand hiermit, es wird als Verantwortung der Länder gesehen (ist dies dokumentiert?)</li> <li>! Interne Abstimmung läuft, Dokument ist noch nicht AGI-reif</li> </ul> <p><b>Wiedereröffnung von Schulen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Dokument ging an BMG, noch keine Rückmeldung, wurde an AGI geschickt und wird dort heute besprochen, Walter Haas nimmt deswegen an AGI teil</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36/FG32</p>
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Letzte Woche hat FG36 ein Motivationsschreiben an AGI Influenza Praxen geschickt, heute werden 27 Proben getestet, (zu) niedriges Probenaufkommen</li> <li>! Kostenübernahme für Testungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es Neuigkeiten nach BMG-Papier „testen, testen, testen“, wer bezahlt für Testungen?</li> <li>○ Alle Anfragen dieser Art ans BMG LZ schicken, dort wird daran gearbeitet, RKI soll sich nicht äußern</li> <li>○ In AG Diagnostik wird Kostenübernahme aktuell und insbesondere für serologische Testungen diskutiert, noch kein finales Ergebnis hierzu</li> </ul> </li> <li>! Rückmeldung von AGI Ärzten: sie würden gerne Patienten beproben, aber Patienten werden umgeleitet und nicht mehr in den primärversorgenden Praxen gesehen</li> </ul>	FG17/alle
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Präsentation/Update zum DIVI-Register, s. oben Lage National</li> </ul>	FG32
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Hygieneempfehlungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	VPräs/FG14



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





	<p>! 1. Charité-App</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragebogen läuft dort (Charité)</li> <li>○ BMG möchte, dass dies auf RKI-Seite eingebunden wird, aber aktuell fehlt die rechtliche Grundlage hierzu</li> <li>○ BMG prüft dies, am Donnerstag gibt es eine TK, RKI-Presse ist involviert</li> </ul> <p>! 2. Datenspende-App:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktiv, Nutzerzahlen sind hoch (~ 1 Mio. haben sich registriert, 300-400.000 Nutzer haben sich verbunden)</li> <li>○ Aktuell wird daran gearbeitet, Ergebnisse zu produzieren, 14 Tage sind notwendig, um Veränderungen zu sehen, Ergebnisdarstellung mit interaktivem Design soll ab Sonntag/Montag erfolgen</li> <li>○ Seit Freitagabend viel Diskussion, Chaos Computer Club fühlt sich in die Entwicklung der Bundesregierung nicht genügend eingebunden und möchte künftig stärker involviert werden</li> <li>○ Kritik ist u.a., dass Quellcode der App nicht veröffentlicht wird, wird auch für andere RKI-Lizenzprodukte nicht veröffentlicht</li> </ul> <p>! 3. PEPP-PT Konsortium:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mediale Macht und mögliche Konsequenzen (s.o. Chaos Computer Club) müssen RKI bewusst sein, wenn es RKI-Produkt herausbringt</li> <li>○ Automatisierte Erfassung von Kontakten durch die App erfolgt großflächig, wenn Element aus einer Kette infiziert wird, werden andere Kontakte informiert</li> <li>○ Konsortium ist groß, auch Zusammenarbeit mit Fraunhofer, manche Player mittlerweile wieder verschwunden, Schweizer Kollegen haben sich mit großer Gruppe gegen das Konsortium gewandt</li> <li>○ Eine RKI Sprachregelung, die sich am Produkt und der Funktionalität des Produkts orientiert ist notwendig</li> <li>○ Außerdem gibt es ein Apple und Google Konsortium</li> <li>○ Heute Vorgespräch mit dem neuem Projektmanager</li> <li>○ Morgen Gespräche mit BMG, PWC zum Datenschutzkonzept</li> <li>○ Zielkomponenten müssen in Einklang gebracht, Datenkonzept und Dokumente strukturiert werden</li> <li>○ 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</li> </ul>	FG21
--	---	------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wurde eine Karte erstellt, auf der die digitalen Projekte veranschaulicht werden</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Anfrage aus BMFSJ zu Beteiligung RKI an Leitfadenerstellung zur Wiedereröffnung KITAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch ist Beteiligung von RKI-Experten</li> <li>○ Weiterleitung an das BMG mit Bitte um Entscheidung, ob RKI sich einbringen soll, BMG soll Kontrolle behalten</li> <li>○ Wenn RKI mitmacht, sollte es in Studien involviert sein</li> <li>○ Abt. 3 soll entscheiden, ob sie ggf. in Kooperation mit externen Studien aufsetzen könnten</li> </ul> <p><i>ToDo: überprüfen ob Anfrage über BMG kam, ansonsten zunächst Weiterleitung an BMG mit Frage ob RKI beteiligt werden soll</i></p>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! 12:00 Wöchentliche Pressekonferenz von ALM (PreAkkreditierte Labore in der Medizin)</p> <p>! 13:00 AGI Telefonkonferenz</p> <p>! 10:00 und 15:30 Pressekonferenzen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Noch offen: Soll großzügiges home office für MA jetzt rückgängig gemacht werden? E-Mail Präs am 16.04. um 16:22</p> <p>! <b>Bitte wenig auf die Agenda morgen um Diskussion zu IfSG-Änderungen zu ermöglichen (VPräs)</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Moderation: Ute Rexroth

### Teilnehmende:

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch TierärztInnen sollen testen dürfen</li> <li>○ Verordnungsermächtigung für eine gesetzliche Verankerung einer laborbasierten Surveillance soll aufgenommen werden, auch ggf. Meldung negativer Labortests und Genesungen</li> <li>○ Immunstatusdokumentation soll analog der Impfdokumentation als mögliche Dokumentation eines Immunitätsnachweises dienen</li> </ul> <p>! Andere, weniger für das RKI relevante Punkte: Entlastung KKH, Finanzierung ausländischer Patienten, mehr Flexibilität für Ausbildungsberufe, ersetzen der Terminologie Quarantäne durch Absonderung, usw.</p> <p>! Kurzfristige Ergänzungen, vor allem auf Wunsch vom BKAm, das BMG zu mehr ÖGD-Unterstützung drängt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI Kontaktstelle für ÖGD</li> <li>○ GA sollen Finanzhilfen vor allem für IT-Modernisierung erhalten</li> <li>○ ÖGD soll Überlastungsanzeige stellen können (wenn GA keine KoNa Kapazitäten haben, Meldung hiervon an RKI, muss auch an Landesbehörden gehen)</li> <li>○ Erhebung und Verarbeitung zusätzlicher Angaben im Meldewesen, z.B. wahrscheinlicher Infektionsweg, einschließlich Umfeld, wahrscheinliches Infektionsrisiko, getroffene Ermittlungen und Schutzmaßnahmen</li> <li>○ Verordnung bezüglich SARS-CoV-Nachweis, elektronische Meldung von Laboren an RKI soll auch ohne Bundesrat-Zustimmung geschehen, letzte</li> </ul> <p>! Einzelne betroffene IfSG-Paragraphen (s. Folien, hier sind nur zusätzliche Informationen vermerkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ §4 Abs. 1 Kontaktstelle ÖGD am RKI: in AGI TK Besorgnis bei den Ländern, es geht nicht darum Funktion der Landesstellen zu übernehmen, sondern aktuell stattfindende Aktivitäten zu stärken, Lehre, Schulungen, SurvNet Support, Vorschlag zu praktischer Umsetzung ist in Arbeit, Kommunikationsweg zwischen Landesbehörden und GA soll nicht unterbrochen werden</li> <li>○ §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</li> </ul>	
--	--	--

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

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

- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 423"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 492"><b>International</b></p> <p data-bbox="341 528 1107 560">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="432 595 1118 627">○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 663 1211 824">▪ <u>USA</u>: Der gestern vorhandene Peak ist wieder verschwunden, unklar um was es sich gehandelt hat (Doppelmeldungen o.ä.). Fallzahlen zeigen weiterhin abwärtszeigende Tendenz, wenn auch nicht mehr so deutlich wie zuvor. Santa Clara County, CA: Bei Autopsien wurden zwei Personen, die am 6. und am 17. Februar 2020 zu Hause starben, positiv auf SARS-CoV-2 getestet (bisher ist man vom 1. Fall am 9. März ausgegangen). Hinweis, dass es Zirkulation schon viel früher gab, ähnliche Hinweise auch aus Afrika. Rockefeller Foundation hat neue nationale Strategie veröffentlicht: 30 Mio Teste in der Woche, berechnete Kosten geringer als Lockdown.</li> </ul> </li> </ul> <p data-bbox="331 1155 1147 1218"><i>ToDo: Strategie der Rockefeller Foundation wird von Hr. Jansen an Krisenstab versendet.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="432 1240 1206 1827">○ Länder mit &gt;7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 1308 1206 1397">▪ Schon in den Tagen zuvor berichtet, keine weiteren Auffälligkeiten. Die meisten Länder pendeln sich bei <math>R_{eff} = 1</math> ein.</li> <li data-bbox="488 1442 1179 1568">▪ <math>R_{eff}</math>: Wenn <math>R_{eff}</math> unter 1 liegt wird nun die Halbwertszeit (decay ? time) berechnet. Sie kann aber nur bis <math>R_{eff}</math> von 0,5 berechnet werden, darunter ist sie unendlich.</li> <li data-bbox="488 1603 1118 1666">▪ <u>Russland</u>: <math>R_{eff}</math> geht etwas herunter, Folgen der starken Maßnahmen</li> <li data-bbox="488 1693 1142 1827">▪ <u>Frankreich</u>: <math>R_{eff}</math> liegt unter 0,5, Frankreich hat allerdings 1800 neue Fälle. Folge des großen Peaks aufgrund der Umstellung der Surveillance-Strategie, muss bei der Interpretation beachtet werden.</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 1863 1107 2020">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="488 1930 1107 2020">▪ <u>Singapur</u>: stark ansteigend, TK mit Singapur durchgeführt, Heime wurden geschlossen, jedoch weiterhin Probleme.</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1/BZgA



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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>In England und Wales Erfahrungen mit solch einem System nicht nur positiv, muss eng verlinkt sein.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.)</li> <li>○ Zu allen Zahlen und Darstellungen siehe Folien</li> <li>○ Estmals ein BL mit Inzidenz über 300: Bayern = 301 Fälle/100.000</li> <li>○ Foliensatz zu Schätzung von R ging an BMG und wird auch an BL verteilt. 2 BL (Saarland und HH) liegen auch im KI unter 1.</li> <li>○ Altersverteilung: Seit drei Wochen stabile Verschiebung der Fallzahlen in höhere Altersklassen</li> <li>○ Eine klarere Definition von Risikogruppen wird häufig angefragt, insbesondere bzgl. Lehrer, ggf. sollte diese präzisiert werden. Die BZgA hat eine Information für chron. kranke Menschen (in Zusammenarbeit mit BMG) erstellt. Fr. Thaiss bietet an das Dokument zu teilen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Notaufnahme-Surveillance: Fr. Schranz wird nächste Woche Daten genauer vorstellen. Vorab: Bei Auswertung nach Triage-Code sieht man, dass weniger leichtere Fälle (Triage Code 5) die Notaufnahmen besuchen (Daten aus AKTIN). Interesse daran diese Daten auch in Lagebericht darzustellen, da viele Nachfragen dazu. Bei Besuchen in Notaufnahmen z.T. auch Besuche aufgrund von KP-Testungen erfasst.</li> <li>○ Mortalitätssurveillance: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Es wäre wichtig bei der gegenwärtigen Diskussion zur</li> </ul> </li> </ul>	Alle
--	---	------

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<p>Ausbruchsuntersuchungen (KP), Aufnahmescreenings etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bevölkerung sollte bei Symptomen, die sie abklären lassen wollen ärztliche Bereitschaft (116117) anrufen. Es sollte nicht ohne Symptome getestet werden.</li> <li>○ In BL z.T. zusätzlich auch andere Hotlines geschaltet</li> <li>○ Ärztliche Bereitschaftshotline ist inzwischen gut aufgestellt, keine großen Wartezeiten mehr, aber nicht überall gut bekannt, sollte ggf. weiter kommuniziert werden</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Zur Beantwortung einer ARD-Anfrage wurden dermatologische Erscheinungen näher betrachtet (von Hr. Jahn und Hr. Buchholz), wird auch in Steckbrief einfließen. Es finden sich bei einigen Patienten Exantheme, Einblutungen etc., Rezeptor auch in Endothelien</p>	FG36
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Mund-Nase-Bedeckung: Nachfragen dazu wo die MNB bezogen werden kann, derzeit wird v.a. in Apotheken nachgefragt</p> <p>! Infopaket für Schulen fertig gestellt (Poster, Erklärfilme etc.), wird zunächst es proaktiv über Arbeitskreis Gesundheit der KMK verbreitet aber danach auch Kachel auf Webseite</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Sehr viele Anfragen zu Risikogruppen, Interesse an BZgA Dokument</p> <p>! Webseite zu Risikogebieten wird offline genommen. Irgendwas auf Webseite zu Fallzahlen</p> <p>! Im Aufbau eine Webseite zu Testkapazitäten mit dem Tabelle aus Lagebericht, wird jeweils Do früh aktualisiert</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>5</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! 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.</p> <p><i>ToDo: Fr. Rexroth sendet erstes Konzept für Kontaktstelle an BMG</i></p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>6</b>	<p><b>Dokumente</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Altersgruppen, es handelt sich um vorläufige Ergebnisse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Oslo wurden die Kitas wieder eröffnet, hier wird eine Studie vorbereitet, so auch in Dänemark und Schweden und Australien.</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Epidemiologen sollen miteinbezogen und Kontakt zu Prof. Rauschenbach vom Deutschen Jugendinstitut soll aufgenommen werden.</li> <li>○ Wer Partner sein könnte, hängt vom Setting der Studie ab. Fr. Thaiss setzt sich hierzu mit Hr. Haas in Verbindung.</li> <li>○ In FG36 wurden intern bereits verschiedene Ansätze diskutiert.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 verschafft sich Überblick über Studien und überlegt, inwiefern das RKI beitragen kann. Vorstellung der Überlegungen Di oder Mi nächste Woche von W. Haas.</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.)</li> <li>○ Nach wie vor noch jeden Tag mehr als 2.000 neue Fälle.</li> <li>○ Bundeslandvergleich, Anteil der Verstorbenen ist relativ unterschiedlich: Berlin hat mit 2% am wenigsten, Saarland mit &gt; 4% die meisten Todesfälle, hängt von Anzahl Testungen und Phase der Infektion ab.</li> </ul> <p><i>ToDo: Statt R0 soll der Begriff „Reproduktionszahl“ verwendet werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Patienten in intensivmedizinischer Behandlung kumuliert sich im Moment nicht, sondern bleibt stabil. Aktuell beatmet werden 73%, verstorben sind 30% der Intensivpflichtigen.</li> <li>○ Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: Es gibt keinen Nenner, ist deshalb schwierig zu interpretieren. Von einem Drittel gibt es keine Information,</li> </ul>	
--	---	--

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schulpaket wurde finalisiert, positive Rückmeldungen</li> <li>! Umgang mit Masken in der Pflege: Reinigung, Desinfektion</li> <li>! Kontakt mit pädiatrischen Gesellschaften zur Maskenpflicht bei Kindern</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlentabelle wurde von der Webseite genommen, jedoch nach vielen Beschwerden, z.B. Dashboard ist nicht barrierefrei, wieder aufgenommen.</li> <li>! FG36 hat Effekte sozialer Distanzierung und warum durch diese die Übertragung zwischen verschiedenen Gruppen gestoppt werden kann, grafisch aufbereitet (<a href="#">hier</a>). Dies könnte zusammen mit der Reproduktionszahl kommuniziert werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 schickt Dokument an BZgA zur grafischen Aufbereitung.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ICOSARI-Daten (<a href="#">hier</a>): 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?</li> <li>! 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 -&gt; Die Indikation zur intensivmedizinischen Behandlung sollte grundsätzlich gut überlegt werden, dies kann nicht alleine an einer Diagnose, Alter oder Vorerkrankungen festgemacht werden (ggf. Ausnahme: Triage-Situationen). Hier handelt es sich um ein grundsätzliches, medizinethisches Thema, das nichts mit COVID-19 im Speziellen zu tun hat. Bürger sollten unabhängig von COVID-19 Patientenverfügungen machen. Im Moment stehen ITS Betten zum großen Teil frei, zum Teil jedoch auch, weil elektive Eingriffe verschoben wurden.</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>FG36</p> <p>FG32/ FG36</p>
5	<b>RKI-Strategie Fragen</b>	

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



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

	! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! 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
<b>12</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 27.04.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute geringerer Anstieg nach dem Wochenende, Nachmeldungen sind möglich bzw. wahrscheinlich</li> <li>○ MV hat die niedrigste Inzidenz bzw. Zuwachs von Neuinfektionen, BY bei beiden die höchste</li> <li>○ Epikurve suggeriert aus den Übermittlungsdaten, dass der Peak vorbei zu sein scheint</li> <li>○ Deutschlandweit ist <math>R=1,0</math>, bei den Bundesländern liegt R in TH und SL am höchsten (1,2), bei kleinen BL ändert sich der Wert dynamischer</li> <li>○ Die Karte der 7-Tages-Inzidenzen erscheint deutlich abgemildert, Straubing und Rosenheim liegen oben mit Inzidenzen deutlich <math>&gt;100/100.000</math></li> <li>○ Bei den 3-Tages-Inzidenzen liegen die höchsten Werte bei knapp über <math>30/100.000</math></li> <li>○ Alters- und Geschlechtsverteilung: keine Änderung im Vergleich zu den letzten beiden Wochen</li> <li>○ 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</li> <li>○ Übermittelte Fälle (Tätigkeit oder Betreuung) in Einrichtungen (medizinisch, Kinderversorgung, Altenpflege, Gemeinschaftsverpflegungen, usw.), wird in Zukunft noch weiter analysiert <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <math>&gt;8.800</math> Fälle bei Personen, die in medizinischen Einrichtungen tätig sind</li> <li>▪ Für diese wurde die Anzahl der genesenen auf ca. 7.200 berechnet, es ist klarzustellen, ob dies auch im RKI-Lagebericht dargestellt werden soll</li> <li>▪ Die Fallzahl unter betreuten (und tätigen) in Einrichtungen für Kinder (§33) nimmt ab</li> <li>▪ Die Fallzahl unter im Altenheimen betreuten (§36) nimmt zu, bei dort tätigen gibt es einen leichten Abfall</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul>	FG36
--	--	------

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relevante Daten werden erst Post-Marketing erhoben</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Es gibt hierzu auch eine AG am BMG, und die Diskussion wird ebenfalls mit den BL geführt</li> <li>○ Noch zahlreiche zu klärende Fragen, z.B. kann/soll DEMIS hierfür benutzt werden? Sind es Impfzentren, läuft es durch den ÖGD oder Arztpraxen wie bei Routineimpfungen?</li> <li>○ Es gibt noch Zeit, aber die Systeme sollten bis Ende des Jahres klar sein</li> </ul> <p>! Vorstellen hiervon bei AGI TK diese Woche</p> <p><b>b) RKI-intern</b> <b>Max-Planck Gesellschaft Reproduktionszahl und Effektivität von Maßnahmen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gruppe möchte sich zu R und Maßnahmeneffektivität äußern</li> <li>! Die genannten Max-Planck Indikatoren ähneln denen der RKI-Deeskalationsstrategie</li> <li>! Deeskalationspapier soll ggf. auf RKI-Webseite publiziert werden</li> <li>! Anfrage ging ans BMG, Antwort steht noch aus</li> </ul>	FG32/ZIG
6	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte Geflüchtete: nicht besprochen</li> </ul>	FG32
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Thema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Selbsttests: in bestimmten Fällen befürwortbar, akuter Kontext? Wurde heute nicht besprochen</li> <li>! „Kölner Papier“ COVID Exit: wurde am Sonntag an Präs geschickt mit einer Gesamtextitstrategie, mehr Informationen zum Laborteil werden noch eingefordert da aktuell eine breite Testung asymptomatischer vorgeschlagen ist</li> </ul> <p><i>ToDo: morgen gibt AL1 ein Update zur Arbeit der AG Diagnostik</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	<p>AL1</p> <p>ZBS1</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

	Informationsübermittlung	
10	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! GKV-Daten: nicht besprochen</li> </ul>	FG32
11	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p><b>BMI Nutzung von Reproduktionszahlen als Parameter für selektive Grenzöffnung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Thema wurde an den Krisenstab geschickt, es handelt sich um eine Initiative auf EU-Ebene</li> <li>! ECDC hat auch selber Modellierungen hierzu gemacht</li> <li>! Morgen gibt es ein Gespräch mit BMI und BMG, das RKI soll vorher eine Stellungnahme mit ein paar Punkten (Fallzahlen, R, geografische Verteilung, usw.) vorbereiten, Maria an der Heiden bereitet dies vor</li> </ul>	FG32
12	<p><b>Internationales (ausnahmsweise, nur freitags)</b></p> <p><b>Konzept zum Umgang mit internationalen Hilfsanfragen (Nordmazedonien, Dom. Rep., etc.)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Es scheint prinzipiell um Güter zu gehen</li> <li>! Vorschlag: Anfragen bezüglich Lieferung von Hilfsgütern außerhalb von Partnerländern würde RKI dem AA zuspielen, wobei die Lieferung von Hilfsgütern aktuell eher stillliegt</li> <li>! Für RKI-Partnerländer sollen diese dem AA gemeldet jedoch nicht vorab abgestimmt werden</li> <li>! Bei Anfragen zu fachlicher Beratung, Austausch auf wissenschaftlicher Ebene, würde dies dem AA über BMG mitgeteilt</li> <li>! MoH oder Parlamentarier-Anfragen laufen zunächst über das AA</li> <li>! handhabe Vorschlag von ZIG soll dem AA vorgelegt werden, um AA unsere Interpretation darzustellen</li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG finalisiert Textpunkte zur Handhabung des Dokumentes zu internationalen Unterstützungsanfragen</i></p> <p><b>Diverse Punkte zu internationaler Kollaboration</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMZ will 3 Mio. Euro zur Unterstützung anderer Länder</li> <li>! 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</li> <li>! 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,</li> </ul>	ZIG





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA

- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;70.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>USA:</b> hauptbetroffenes Land, noch knapp unter 1 Mio. Fälle, &gt;56.000 Todesfälle, in der Fallkurve ist kein Abfall sichtbar, <math>R \sim 1</math>, Mobilität hat in der letzten Woche erneut zugenommen (v.a. driving)</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ <math>R_{eff}</math> für Länder mit &gt;7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: Trendfortsetzung, Maßnahmen in Russland wirken</li> <li>○ <math>R_{eff}</math> für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: keine Auffälligkeiten im Vergleich zu Vortagen</li> <li>○ Länder mit &gt;100 Fällen und <math>R_{eff} &gt; 1</math> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ R-Entwicklung der letzten Tage wird nun mit dargestellt (in grau) um Dynamik darzustellen</li> <li>▪ R in Brasilien steigt an</li> </ul> </li> <li>○ Mobilität Apple für Länder mit &gt;7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Apple-Werte sind aktueller (als Google)</li> <li>▪ Brasilien zeigt auch hier ansteigenden Trend</li> <li>▪ Italiens sehr restriktive Maßnahmen sind gut sichtbar, Lockerungen werden jetzt diskutiert</li> </ul> </li> <li>○ Mobilität Apple für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Singapurs zusätzliche Maßnahmen in Gastarbeiterheimen schlagen sich in der Mobilität (auch in der allgemeinen Bevölkerung) nieder</li> </ul> </li> <li>○ <b>Griechenland:</b> wurde noch nicht besprochen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt;2.500 Fälle, 130 Todesfälle (5,2%), erster Fall am 26.02. kam aus Norditalien</li> <li>▪ Region um die Hauptstadt gefolgt von Westmazedonien ist am meisten betroffen</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

werden auch Städte oder Dörfer unter Quarantäne gesetzt (bisher zweimal geschehen); eine schrittweise Lockerung ist geplant

- <65.000 Testungen, Positivrate 3,9%, es gibt eine gute Dezentralisierung der Kapazitäten mit >500 mobile Testunits
- Drastischer Abfall (70%) der Mobilitätskurve Anfang März, was eine gute Akzeptanz der Maßnahmen in der Bevölkerung zeigt
- Fallzahlen (Epikurve): starker Peak mit 150 Fällen in einem Flüchtlingsheim
- Flüchtlingssituation: 27 Camps mit ca. >150.000 Personen, zusätzlich 26.000 Flüchtlinge in anderen Gebäuden, Hotels und inoffiziellen Camps, viele Camps sind überfüllt, es gibt wenig Gesundheitspersonal, die Situation ist nicht gut koordiniert und es mangelt an allem, wenn es einen Ausbruch gibt kann dies potentiell katastrophale Konsequenzen haben, bisher gab es 3 Ausbrüche in Flüchtlingsunterkünften, die Maßnahmen sind (1) scharfe Ausgangssperren, Besuchsverbot, Schließungen, und (2) Verlegung nach Triage auf das Festland, z.B. gibt es auf Moria 2.300 Personen über 60 mit Vorerkrankungen für die so etwas erwogen wird

! Häufung nicht-diagnostizierter inflammatorischer Syndrome bei Kindern aller Altersgruppen in England in den letzten 3 Wochen

- insgesamt 10 Fälle eines möglicherweise SARS-CoV-2-assoziierten Kawasaki-Syndroms
- ca. 50% der Kinder waren SARS-CoV-2 PCR-positiv
- Kinder hatten keine Vorerkrankungen, aber bei 50% gab es eine COVID-19 Erkrankung in der Familie
- Kawasaki Zusammenhang mit Coronavirus bereits 2005 angenommen
- Es gibt zwei laufende Surveys, DGPI (Deutsche Gesellschaft Pädiatrische Infektiologie) und ESPID
- DGPI
  - Wurde von Walter Haas kontaktiert, bisher sind dort keine vergleichbaren Fälle bekannt, es wird aber verstärkt darauf geachtet werden
  - Studie erfasst hospitalisierte COVID-19-Fälle unter Kindern, es gab ca. 150 Rückmeldungen
  - Zwischenstand zur möglichen Infektionsquelle ist dass dies bei 80% Eltern, bei 10% Großeltern, bei 10% andere Kinder sind, allerdings kann dies möglicherweise von den hospitalisierten Fällen nicht auf das Gesamtgeschehen übertragen werden
  - Grund für Klinikeinweisung war in der Regel



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eine andere als COVID-19, 25% hatten eine Grund-erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DGPI publiziert regelmäßig auf ihrer <a href="#">Webseite</a></li> <li>○ ESPID Survey sammelt auch Daten u.a. zu toxic shock syndrome, hier wird ebenfalls näher darauf geachtet</li> <li>○ Walter Haas ist in Kontakt mit Intensivmedizinern, es gab auch Fälle in Spanien und Italien, noch ist nicht klar, ob/wie dies mit COVID-19 assoziiert ist, in einzelnen Fällen wurde COVID-19 diagnostiziert, bei anderen gar nicht</li> <li>○ 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</li> <li>○ Situation sollte diesbezüglich weiter beobachtet werden</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 156.337 (+1.144), davon 5.913 (3,8%) Todesfälle (+163), Inzidenz 188/100.000 Einw., ca. 117.400 Genesene</li> <li>○ Todesfälle und Todesfallinzidenzen wurden auch in Folien aufgenommen, es gibt große Unterschiede in den BL was verstorbene betrifft (Folie 2)</li> <li>○ In der geografischen Verteilung wird aktuell eine starke Entspannung der Lage sichtbar, auch in den hauptsächlich betroffenen LK</li> <li>○ Altersgruppen-Verteilung: seit KW 10 nimmt Anteil jüngerer Altersgruppen zu, steht möglicherweise im Zusammenhang mit der Mobilität</li> <li>○ Seit gestern sind 10-Jahres-Altersgruppen auch für die Verstorbenen im Lagebericht enthalten</li> </ul> </li> <li>! DIVI Intensivkapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt ~11.000 COVID-19 Fälle auf der Intensiv-station, knapp 2.500 liegen noch</li> <li>○ Generell zurücklaufende Belastung</li> <li>○ Freie high care Intensivbetten die für zu beatmende Personen liegen bei &gt;9.000</li> <li>○ Ca. 60% der Fälle versterben ohne auf einer Intensiv-station zu landen, dies beinhaltet ggf. auch Leute, bei denen die Diagnose nachträglich gestellt wird</li> <li>○ Nicht jeder Todesfall landet in einer Intensivstation, dies scheint altersunabhängig</li> </ul> </li> <li>! Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen (Folie 23)</li> </ul>	FG32
--	--	------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durch die anstehende Gesetzesänderung wird bald hoffentlich weitere Aufschlüsselung (auch nach Art der Einrichtung) möglich</li> <li>○ Daten sind für ca. 1/3 der Fälle verfügbar, die Daten-qualität ist nicht gut da es einige Fehlangaben gibt</li> <li>○ Es werden relative Anteile dargestellt und der Nenner an den unterschiedlichen Tagen ist sehr verschieden</li> <li>○ Die Grafik wird noch farblich angepasst (um Betreuung und Tätigkeit in jeweiliger Kategorie anzugleichen) und mögliche Interpretation diskutiert</li> <li>○ Eine Veröffentlichung der Daten, wenn dies weiter fortgeschritten ist, wäre (ggf. auch international) wünschenswert</li> <li>○ Mehrfachangaben (z.B. ursprünglich Tätigkeit und anschließend Betreuung) sind nicht möglich, weswegen es für §23 (medizinische Einrichtungen) nicht leicht nachvollziehbar ist</li> </ul> <p>! Frage: Sind Zahlen zu Schulen schon nutzbar?</p> <p>! Es muss noch untersucht werden, um wie viele Angaben es sich handelt und wie sich dies im Verlauf entwickelt, die Anzahl der Einrichtungen und der Fälle muss getrennt betrachtet werden</p>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Wunsch, das gestern erwähnte Thema Früherkennungsuntersuchungen ins Pressebriefing aufzunehmen, wenn Kinder-U-Untersuchungen verlegt werden, sollte dennoch der STIKO-Impfkalender umgesetzt werden</p> <p>! Ein nicht zu Text-lastiges Papier mit Hinweisen für ältere ist auf Wunsch in Vorbereitung, es soll verständlichere Hinweise und Informationen beinhalten und wird diese Woche veröffentlicht</p> <p>! Neben MNB sind auch Kontraindikationen immer wieder ein Thema, z.B. Menschen mit COPD, es sind mehr öffentlichkeits-wirksame Publikationen hierzu notwendig, stets mit Verweis auf den behandelnden Arzt</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! O.g. war heute nicht Thema im RKI-Pressebriefing, kommt ggf. am Donnerstag wenn auch das Impfkonzept besprochen wird</p> <p>! Es gab heute ein Problem mit pdf-Downloads von der RKI-</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Webseite, es ist mittlerweile wieder behoben, bei Bedarf ist von der Pressestelle eine Sprachregelung hierzu verfügbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kriterien für Grenzöffnungen (s.u. Transport)</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p><b>Empfehlung zu MNS in medizinischem Setting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt bereits konkrete und als optimal gesehene Empfehlungen hierzu in den RKI-Hygieneempfehlungen</li> <li>! Inhalt: RKI empfiehlt Personal in KKH MNS zu tragen, nicht nur im Zusammenhang mit der Behandlung von COVID Fällen, sondern als generelle Empfehlung</li> <li>! Klare Haltung des RKI: KKH und Arztpraxen sollen sichere Räume sein, Empfehlungen dazu, was im Individualschutz getan werden kann sollte klar auffindbar sein</li> <li>! Diese Empfehlungen sollten noch sichtbarer bzw. an anderer Stelle stärker betont werden</li> <li>! Zusätzlich soll MNS auch für Patienten empfohlen werden, wenn diese es tolerieren können</li> <li>! FG37 überarbeiten ihre in FF erstellten vorhandenen Papiere diesbezüglich</li> <li>! Es soll eine im Rahmen der COVID-19-Pandemie spezifische, kurz gehaltene Erweiterung der bestehenden Basishygiene und KRINKO-Empfehlungen erstellt werden</li> <li>! allgemeine Empfehlung zum Tragen von MNS durch medizinisches Personal und wenn toleriert auch durch Patienten</li> </ul> <p><i>ToDo: FG14 erarbeitet Vorschlag einer Erweiterung der Basis Hygieneempfehlungen für COVID-19 im medizinischen Bereich</i></p>	<p>FG32</p> <p>VPäs/FG14/ alle</p>
<b>6</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte Geflüchtete</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Allgemeines Papier wurde durch das RKI-Team das zur Unterstützung im Harz war vorbereitet</li> <li>! Auftrag wurde inzwischen auch noch von Thüringen erteilt</li> <li>! Dokument wurde mit Bitte um Kommentierung bis morgen Abend an Krisenstab geschickt</li> <li>! Anschließend wird der Entwurf mit der AGI geteilt</li> </ul> <p><i>ToDo: Fertigstellung des Papiers, dann Vorstellen bei der AGI TK</i></p>	<p>FG32</p>

	<p><b>„Kochbuch“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Auftrag von Angela Merkel an Präs</li> <li>! Erstellung einer Guideline für Ausbruchsuntersuchungen</li> <li>! Wurde sehr schnell vorbereitet und nachträglich noch verbessert</li> <li>! Dem Krisenstab sind keine Rückmeldungen bekannt und die Schamfrist ist verstrichen</li> <li>! Dokument sollte für Veröffentlichung vorbereitet werden, dann per E-Mail Abstimmung mit Präs</li> </ul> <p><i>ToDo: Fertigstellung des Kochbuches zur finalen Abstimmung mit Präs und anschließender Publikation auf der Webseite</i></p>	FG32
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Update AG Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die drei Unter-AGs tagen jeweils einmal wöchentlich</li> <li>! Es gibt in etwa 200 Labore die qualitativ hochwertige Diagnostik durchführen können</li> <li>! Der Ringversuch läuft und ist demnächst abgeschlossen, im Juni startet die nächste Runde</li> <li>! Niederschwellige Testung leicht symptomatischer Personen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In AG besteht diesbezüglich Konsens</li> <li>○ Dies ist mit den aktuellen Kapazitäten möglich</li> <li>○ Aktuelle Testkapazität liegt bei 100.000/Tag, aktuell gibt es einen Rückgang der Inanspruchnahme</li> <li>○ Ärzte und KBV haben für niederschwellige Testung ihre Leistungen bestätigt, KBV-Finanzierung ist gesichert</li> <li>○ Es besteht ebenfalls Konsens von Seiten der BL</li> <li>○ 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</li> <li>○ Im Rahmen der Exitstrategie ist eine sensitive Erfassung dessen, was sich in Bevölkerung tut, wichtig, z.B. Taiwan, Süd-Korea testen niederschwellig symptom-basiert bei ARE</li> <li>○ Flussschema für die Bevölkerung wird aktuell durch IBBS überarbeitet, integrieren der niederschweligen Testungsstrategie könnte zu gesteigertem Druck auf Arztpraxen, Telefonhotline, usw. führen</li> <li>○ BZgA kann Kommunikation anpassen, möglicherweise ist die Akzeptanz jedoch anders gelagert, z.B. weniger Testwilligkeit wenn 14-tägige Quarantäne droht</li> <li>○ Krisenstab Konsens zur Anpassung: Testung aller ARE wird nun auch in abgestimmter Form im</li> </ul> </li> </ul>	AL1



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Flussschema für Patienten untergebracht und gleichzeitig in Empfehlungen der BZgA aufgenommen</p> <p>! Testung asymptomatischer Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Generell schwierigeres Thema bisher ohne Konsens</li> <li>○ AG Diagnostik steht aktuell diesbezüglich unter Druck</li> <li>○ Abrechnungsmodalitäten bei der Testung asymptomatischer Personen ist noch völlig unklar</li> <li>○ Wenn asymptomatische mit in den Kreis der zu testenden einbezogen werden muss priorisiert werden</li> <li>○ Erste Priorität wären HCW: Überlegung von Reihenuntersuchung asymptomatischer HCW, es gibt noch nicht viel Anhalt für den Mehrwert so lange Schutzmaßnahmen umgesetzt werden</li> <li>○ Testung weiterer Gruppen außerhalb von HCW wurde in der Ländergruppe nicht für sinnvoll erachtet, für welche Gruppen wäre symptomunabhängige Testung noch sinnvoll?</li> <li>○ KKH Setting: Aufnahme erfolgt klinisch, mögliche Testung in Notaufnahmen wird diskutiert, auch jetzt wenn elektive Operationen wieder gestartet werden</li> <li>○ Einrichtungen: es gibt erste Entwürfe zum Vorgehen in Heimen, z.B. Testung bei Neuaufnahmen in ein Heim um nicht nur auf 14 Tage Quarantäne setzen</li> <li>○ Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen, die wahrscheinlich eine sehr gefährdete Gruppe darstellen, aktuell sind viele Einrichtungen dieser Art noch geschlossen, bei Lockerung sollten ggf. hier Testungen ermöglicht werden</li> <li>○ Im Rahmen der KoNa zur Aufarbeitung eines Transmissionsgeschehens kann Testung asymptomatischer zur Kontaktnachvollziehung wegweisend sein (Umgebungsmanagement durch GA), z.B. in häuslichem Setting, haben Kinder bereits Virus ausgeschieden als sie noch in die Schule gingen?</li> <li>○ MA kritischer Infrastrukturen in engerem (und nicht weiterem) Sinne?</li> <li>○ Kosten der Testungen sollten ggf. mit in die Überlegung mit einbezogen werden, ebenso wie die Möglichkeit, diese Kosten zu senken</li> </ul> <p>! Testungen in KKH sind morgen Diskussionsthema in der AG: Tim Eckmanns stellt die durch FG37 begleiteten Studien vor, Information zu KKH-Patienten sind von großem Interesse, z.B. Testfrequenz, sowie differenzierte Nutzung von Antikörper vs.</p>	
--	--	--

	<p>PCR-Testung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Länder wurden ebenfalls gebeten, ihre best practice Erfahrungen mit einzubringen</li> <li>! Bestehender Lobbyismus: Interesse weniger von Seiten der Labore als von Testherstellern</li> <li>! AL1 nimmt heute an der AGI TK teil, dort wird die Testung asymptomatischer sehr kritisch gesehen, sowohl Testergebnisse bei asymptomatischen sowie NPV, PPV sind schwer zu interpretieren und sollten unbedingt mit anderen Aspekten zur Entscheidung kombiniert werden, man kann nicht alleine auf Testung setzen (z.B. Aufnahme in Einrichtungen)</li> </ul> <p><b>Selbsttests</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul> <p><b>„Kölner Papier“ COVID Exit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zur Kenntnis genommen, nicht erneut besprochen</li> </ul> <p><b>Bericht von FG17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nur wenige Proben sind eingegangen, gestern 20, heute 10, diese werden gesammelt bis sich die Extraktion lohnt, Ergebnisse liegen noch nicht vor</li> </ul>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Thema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! MNS in medizinischem Umfeld (s.o. interne Strategie)</li> </ul> <p><b>GA Überlastungsanzeige</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Soll ab 24.04. gelten</li> <li>! BL/AGI haben sich darauf geeinigt, dass dies zunächst von den GA an die zuständigen Stellen in den Ländern gehen</li> <li>! Die Information kann anschließend niederschwellig an das Funktionspostfach <a href="mailto:epialert@rki.de">epialert@rki.de</a> geschickt werden, es soll kein formales Prozedere sein, sondern ähnlich Amtshilfeersuchen, Informationsübermittlung</li> <li>! Epialert wird ebenfalls für §12 Übermittlungen und internationale Kommunikation im Rahmen der IGV genutzt</li> <li>! Kein GA hat bisher eine Überlastung angezeigt</li> <li>! Grüne bzw. Nullmeldungen werden nicht angezeigt, lediglich, ob ein GA am Anschlag ist und ob Unterstützungsbedarf besteht</li> <li>! Am BMG gab es Unklarheit dazu, ob auch Nullmeldungen eingehen sollen, AGI und RKI-Verständnis war, dass lediglich Überlastung angezeigt wird</li> <li>! Eine Zusammenfassung der eingehenden Meldungen, dies wird nicht publiziert werden</li> <li>! Bei Endbeschluss des Gesetztes wird dies erneut untersucht</li> </ul>	<p>FG32/VPräs</p>



10	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>GKV-Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FF durch Abt. 2 (aktuell nur BKK)</li> <li>! Es werden eventuell noch Daten erhoben für den klinischen nicht ambulanten Sektor,</li> <li>! Mögliche Indikatoren wurden vorgeschlagen, diese werden zur Kommentierung an FG36 gegeben</li> </ul> <p><b>Stand Gesetzgebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 3. Coronagesetz geht diese Woche ins Kabinett, letzte dem RKI vorliegende Fassung wurde mit dem Krisenstab geteilt</li> </ul>	FG32
11	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p><b>Kriterien für Grenzöffnungen, BMI/BMG Treffen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Frage ist, welche Kriterien herangezogen werden könnten, um eine Öffnung innereuropäischer Grenzen zu entscheiden</li> <li>! Ein RKI-Papier für das heutige Treffen der interministeriellen Koordinierungsgruppe wurde erstellt und wird noch mit dem Krisenstab geteilt, Deeskalationsstrategie wurde auch genutzt</li> <li>! Maria und Matthias an der Heiden stellen es dort vor</li> <li>! Der Vorgang ist noch nicht abgeschlossen aber es wurde eine gute Diskussionsgrundlage erstellt</li> <li>! Eine Frage bleibt, in wie weit R als Parameter hierfür dient, sie sollte sicher nicht der einzige Parameter sein, und zusätzlich wesentliche Faktoren in den anderen Ländern müssen ebenfalls erklärt werden, z.B. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz in den 14 letzten Tagen</li> <li>○ R (sollte &lt;1 sein)</li> <li>○ Hinweise auf aktuell breite Viruszirkulation</li> <li>○ Komponenten der antiepidemischen Maßnahmen</li> <li>○ Verfügbare Kapazitäten bezogen auf Labor, ÖGD, Verhaltensmaßnahmen</li> <li>○ Situationsspezifische Empfehlungen für MNB</li> </ul> </li> <li>! Einreisende nach Deutschland sollten außerdem genügend Hinweise erhalten</li> <li>! Barrierefreier Zugang zu medizinischer Testung und Versorgung sollte für Einreisende gesichert sein</li> </ul> <p><b>Effektive Reproduktionszahl</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (zu) viel Diskussion über R in den Medien, auch in der AGI, alle sind sehr darauf fixiert</li> <li>! Es bleibt wichtig zu betonen, dass es ein Schätzwert mit Konfidenzintervall ist, der immer nur 8 Tage berücksichtigt</li> <li>! Die Situation kann sich schnell ändern, deswegen ist es wichtig, dass eine Expertengruppe dies in der Zusammenschau</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>Alle</p>

	<p>bewertet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ist eine RKI Positionierung notwendig, „ab wann reagieren wir“, z.B. wenn mehrere Tage <math>R &gt; 1</math> Alarm, wenn 1 Tag nicht</li> <li>! R ist als Einzelkriterium nicht sinnvoll, andere Kriterien müssen noch stärker in die Diskussion eingebracht werden</li> <li>! Systems der Schwere wäre sinnvoll, es beinhaltet drei Aspekte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transmission</li> <li>○ Klinische individuelle Schwere</li> <li>○ Impact Mortalität auf andere Bereiche im Gesundheitssystem, z.B. welche Gruppen sind betroffen, Fallverstorbenenraten, Impact generell</li> </ul> </li> <li>! RKI hat ein Papier ans BMG geschickt, in dem von 1-2.000 Fällen pro Woche die Sprache war</li> <li>! Das RKI-Deeskalationspapier benennt ebenfalls mögliche Indikatoren, BMG wurde gefragt ob es auf der RKI-Webseite veröffentlicht werden kann, BMG bittet nun um Rücksprache</li> <li>! Johanna Hanefeld kümmert sich um abgestimmte Weiterführung</li> <li>! Es sollte auch definiert werden, wann antiepidemische Maßnahmen erneut zu verstärken sind, „Reeskalationsstrategie“</li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG-L hält Absprache mit BMG zur möglichen Veröffentlichung des Deeskalationspapiers</i></p> <p><i>ToDo: ZIG-L soll ein Reeskalationskonzept vorbereiten</i></p>	
<b>12</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p><b>Durchhaltekonzept</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wurde gestern in der Abt. 3 FGL Runde besprochen</li> <li>! Es gibt regelmäßig Löcher im Schichtplan, welches die Frage aufwirft, wie wir uns allgemein über die nächsten Monate aufstellen</li> <li>! Es gibt auch vermehrt kleine Anfragen, die zum Teil unangenehm sind, sowie generell viele kleine, teilweise schwierige Aufträge</li> <li>! Es muss längerfristig ein Konzept für das LZ erstellt werden, auch um zu definieren, wie das LZ effektiver gestaltet werden kann</li> <li>! Gute und wichtige Idee, erste Überlegungen werden auf Abt. 3 FGL-Ebene unternommen</li> </ul>	FG34
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Heute: BMI BMG Gespräch zu Grenzöffnungen</li> </ul>	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	
-----------	--	--

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	29.04.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt.1
  - Martin Mielke
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA



- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 421"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 495"><b>International</b></p> <p data-bbox="341 528 1107 562">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="432 595 1118 629">○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 663 1193 824">▪ <u>USA</u>: Etwas über 1 Mio Fälle, 58.355 Tote. Sehr heterogenes Bild der Lockerung der Maßnahmen in den einzelnen Bundesstaaten: 7 Bundesstaaten mit <math>R_{eff} &gt; 1</math> wollen Maßnahmen lockern. ZIG1 versucht die Situation in den einzelnen Bundesstaaten genauer darzustellen.</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 853 1203 1077">○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 909 1187 1077">▪ 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.</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 1111 1054 1144">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1178 895 1211">▪ Keine großen Veränderungen</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 1234 1214 1402">○ <math>R_{eff}</math> Trend für Länder mit &gt;7.000 Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1301 1182 1402">▪ Nichts auffälliges, Brasilien geht langsam nach oben, USA pendelt um die 1, in Bundesstaaten jedoch unterschiedlich, in Russland Stabilisierung</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 1435 1203 1592">○ <math>R_{eff}</math> Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1525 1177 1592">▪ in den meisten Ländern <math>R=1</math> erreicht, Weißrussland und Bangladesch verbessert, Maßnahmen greifen</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 1626 1182 1794">○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem <math>R_{eff} &gt; 1</math> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1693 1182 1794">▪ Russland zeigt einen anhaltenden Trend nach unten, Brasilien einen Trend nach oben. Rumänien liegt mit <math>R_{eff}</math> knapp &gt;1.</li> </ul> </li> <li data-bbox="432 1816 1203 2040">○ Mobilitätsdaten: Keine großen Veränderungen, wird nur noch 2x pro Woche gezeigt           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="440 1917 1203 1984">▪ <u>USA</u>: weiterhin ansteigende Mobilität (eher Autos und zu Fuß, weniger öffentlicher Verkehr)</li> <li data-bbox="440 2007 1118 2040">▪ <u>Schweden</u>: auch in Schweden hat sich Mobilität</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1/alle

	<p>reduziert, wenn auch nicht so stark, steigt jetzt wieder an</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Rumänien</u>: verzögert, aber dann auch starker Abfall der Mobilität</li> </ul> <p>○ <u>Rumänien</u>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11.616 Fälle, 663 Todesfälle, Fallsterblichkeit: 5,7%, Inzidenz/100.000 Ew.: 58,8</li> <li>▪ Zwei stark betroffene Regionen (Suceava (1804,0 Fälle/100.000 Ew), Bucharest Stadt (45,9 Fälle/100.000 Ew))</li> <li>▪ Bereits am 16.3. Notstand – d.h. Militär und Polizei aktiviert, sehr restriktive Überprüfung der Maßnahmen</li> <li>▪ Zwei ganze Städte unter Quarantäne (Suceava, Tandarei): Durch nosokomialen Ausbruch in Suceava kann ein Großteil des Geschehens in Rumänien erklärt werden.</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Teststrategie ist nicht sehr überzeugend, ca. 10% Positivanteil, inzwischen erweitert auf Personen mit Vorerkrankungen und 2x monatliche Testung der Pflegeheime</li> <li>▪ Mangel an Ärzten, nur 1700 Beatmungsgeräte, Militär baut mobile KH auf</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Hinweis, dass viele Rumänen auch in Schlachthöfen arbeiten, häufig in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht, sollte man beobachten, da auch in einigen anderen Ländern Ausbrüche bei Gastarbeitern</li> </ul> <p>○ Lancet-Paper zu Transmissionsdynamik in China</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Kinder hatten in der Studie ein ähnlich hohes Infektionsrisiko, aber weniger schwere Symptome, Attack rate bis ca. 50 J. stabil, danach steigt sie an</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übertragung in China wesentlich in häuslichen Kontexten, dort sind asymptomatische Kinder aufgefallen und auch im europäischen Raum Übertragung im häuslichen Kontext.</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ FG36 wird einige Studien zur Rolle von Kindern selbst durchführen bzw. sich beteiligen</li> <li>▪ 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</li> </ul> <p>! Dänisches Preprint-Paper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ In Deutschland testen nur einige Blutspendezentralen ihre Plasmaspender</li> </ul> <p>! Interessant wäre ggf. für die verschiedenen Länder die Bevölkerungsdichte/Anzahl der COVID-Fälle übereinanderzulegen</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.)</li> <li>○ Hr. Spahn wünscht sich aufgrund der Rundungsprobleme bei R zwei Stellen nach dem Komma, wird daher in Zukunft so berichtet</li> <li>○ Auf Wunsch von Herrn Spahn soll zudem R auch für</li> </ul>	FG32/alle
--	--	-----------

die einzelnen BL vom RKI publiziert werden. Gerade in kleinen BL ist es möglich, dass einzelne Ausbrüche große Ausreißer ergeben. Einige BL berechnen ihren eigenen Wert, der aufgrund der anderen Datengrundlage (Meldedaten vs. Nowcast) abweichen kann. Muss mit BL abgestimmt werden und sollte nicht gegen ihren Willen publiziert werden. Falls Länder Veto einlegen, muss das auf politischer Ebene geklärt werden.

*ToDo: FG32 erfragt in EpiLag und in der AGI TK Haltung zur Frage der Veröffentlichung der R-Werte der BL*

- Es soll ab heute eine veränderte Kurve zum Nowcasting verwendet werden (Glättung von 4 Tagen), Berechnung ist einfacher, Daten können besser zur Verfügung gestellt werden.
- Morgen wird für DE die Karte mit der Bevölkerungsdichte der Karte mit der geographischen Verteilung gegenübergestellt, aber wahrscheinlich nicht so sehr große Übereinstimmung.
- Überlegung die Todesfälle im Internet in 5-Jahres-Intervallen darzustellen .
- Informationen über die 22 Verstorbenen unter 40 Jahren sind relevant für weitere Reduktion der Maßnahmen und die Presse. Verstorbene Kinder hatten alle Vorerkrankungen, bis dato keine systematische Erfassung der Informationen bei den <39-Jährigen, könnte gemacht werden.
- Informationen von Kliniker aus Düsseldorf zu Verstorbenen unter 40Jahre, ohne Vorerkrankungen - es gibt Studie von Jefferson zu HCW, die möglicherweise schwerere Verläufe haben, da mit größerer Virusmenge bzw. wiederholt infiziert. Studie zu Todesfällen unter bst. Alter (Einfluss von Viruslast etc.) müsste man jetzt beginnen, ist aber datenschutzrechtlich und auch sonst kompliziert (z.B. keine Daten wann und in welcher Form infiziert).

*ToDo: Hr. Eckmanns soll eine Idee entwickeln, wie man dazu eine Studie durchführen könnte.*

- DIVI Intensivkapazitäten: im Vgl. zum Vortag weniger Patienten intensivmedizinisch behandelt (-52) und beatmet (-29), weiterhin Kapazitäten auf hohem Niveau vorhanden (8989 freie High Care-Intensivbetten)
- Abb. zu den übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen wird von Fr. Diercke überarbeitet.
- Labortestungen:
  - Die Anzahl der übermittelnden Labore ist auf



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>174 gestiegen, Anteil der SARS-CoV-2-Positivtestungen fällt weiter (derzeit 5,4%), absolute Zahl der Testungen etwas angestiegen (durch Retestungen, in Meldedaten weiterhin Abfall)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testkapazitäten liegen bei fast 900.000</li> <li>○ weiterhin Lieferschwierigkeiten, aber inzwischen weniger Labore, und geringerer Rückstau</li> </ul> <p>! SARS-Cov-2 Laborsurveillance (ARS) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 &gt;100-Jährige)</li> <li>○ Bei Laboren, die bei ARS mitmachen werden alle Daten ab Jan. übermittelt</li> <li>○ ARS erfasst 120.000 Teste (ca. 25%) der Gesamttestanzahl von ca. 470.000</li> <li>○ Auch hier Anstieg der Testanzahl bei zurückgehender Anzahl SARS-CoV-2 positiver Teste</li> <li>○ In den meisten Ländern bleibt Testanzahl ähnlich oder steigt an, in wenigen geht sie zurück</li> <li>○ Positivenanteil rückläufig, gesamt wie auch in den meisten BL, in TR nimmt Positivenanteil etwas zu.</li> <li>○ Zeitverzug Abnahme/Testung geht weiter zurück, trotzdem einige Berichte von Personen, die sehr lange auf ihr Testergebnis warten müssen.</li> <li>○ Die Anzahl der Testungen bei &gt;80-Jährigen hat stärker zugenommen, auch in den anderen Altersgruppen leicht. Der Positivenanteil bei &gt;80-Jährigen nimmt weiter ab, möglicherweise nicht mehr so viele Ausbrüche in Altenheimen</li> <li>○ Es wird versucht das System weiter auszubauen. Derzeit nehmen 50 Labore teil. Teilnahme wird in AG Diagnostik aktiv beworben.</li> <li>○ FG37 ist in Gespräch mit Schnittstellenbetreiber, aber die Erfassung der Ct-Werte über ARS ist wahrscheinlich nicht kurzfristig</li> </ul>	
--	---	--

	<p>möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG37 ist im Gespräch mit Herrn Hansen der Uni Bonn, Herr Hansen, CSV-Datei wird bereitgestellt (Daten pro BL, pro Tag pos/neg Teste)</li> </ul> <p>! Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ ICOSARI: Hospitalis. Erkrankte (mit Influenza, Pneumonie und weiteren Infektionen der unteren Atemwege) geht in allen Altersgruppen nach unten, passt zu Rückgang der Positivenrate</li> <li>○ In allen Altersgruppen geht Anzahl der SARI-Fälle nach unten</li> </ul>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Bericht im DLF (Wildermuth) über Gabe von Östrogen in NY an Männer, da Östrogen Schutzfaktor sein soll (aus Journal of Virology?)</p>	
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Auslegung des Risikos im Sinne des Burden of Disease – Methode dazu ist etabliert (Matthias an der Heiden), aber erst zu berechnen, wenn nach den festgelegten Maßstäben community transmission erreicht (diese entspricht nicht der WHO Def.)</p> <p>! Der Begriff soziale Distanzierung sollte durch physische Distanzierung ersetzt werden. Auch die Aussage „die Zahl der Fälle in DE steigt weiter an“ sollte zu „die Zahl der Neuerkrankungen ist rückläufig“ o.ä. geändert werden.</p> <p>! Auch Kommunikation von individuellem Risiko vs. Risiko für die Gemeinschaft sollte bedacht werden.</p> <p>! Der neue Vorschlag sollte allerdings mit Bedacht gewählt werden und nicht zu deeskalierend sein.</p> <p><i>ToDo: Das LZ entwickelt bis morgen neuen Vorschlag zur Risikobewertung.</i></p>	





	<p><i>spätestens morgen Nachmittag in die Abstimmung</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>6</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Aktueller Stand: Flusschema Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hauptänderung: nicht nur Risikogruppen sollen telefonisch Kontakt aufnehmen, sondern alle Personen mit Symptomen</li> <li>○ KBV Hinweise wurden mit aufgenommen</li> <li>○ Da auch subfebrile Temperaturen mit erfasst werden sollen, wird Fieber &gt;38°C wieder gestrichen</li> </ul> <p><i>ToDo: Wenn Änderungen eingebaut worden sind soll das Flusschema an die BZgA zum Gedankenaustausch gesendet werden, spätestens am Montag sollte es im Internet verfügbar sein (IBBS)</i></p> <p>! Aktueller Stand: Flusschema für Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte nochmal vereinfachen werden, da es zu vielen Missverständnissen kommt</li> <li>○ Vielleicht zusammen mit Flusschema für Bevölkerung veröffentlichen</li> <li>○ Vorschlag: Links/Rechts auflösen, Kriterien gleichberechtigter, trotzdem betonen welche Konstellation ist meldepflichtig, Begründeter Verdachtsfall und Fall unter differentialdiagn. Abklärung rausnehmen, Asymptomatische hier nicht aufnehmen</li> <li>○ Hr. Spahn hat darauf hingewiesen, dass im Sinne seines Dokuments „Testen, testen, testen“ die Testung ausgeweitet werden soll, v.a. in Pflegeheimen und KH</li> </ul>	IBBS/VPPräs/ alle
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Update AG Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konsertiertes Entwurf des Konzeptes der AG an dem viele mitgearbeitet haben, niederschwellige Testung symptomatischer Personen, Ausweitung für Pflegeheime</li> <li>○ Änderung der Teststrategie für KH ist komplexer, nächsten Di Diskussion in AG</li> <li>○ Hr. Mielke sendet Dokument zum gegenwärtigen Stand der Gruppe</li> <li>○ Nicht geklärt, ob die Dokumente der AG Diagnostik nur zur Information für das BMG sind, oder noch andere Adressaten haben. Bei Veröffentlichung ist Zustimmung des</li> </ul>	Abt. 1 VPPräs



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>BMG nötig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt eine Studie aus dem Saarland mit sehr weiter Auslegung der Testung – muss beobachtet werden inwiefern das Verbesserung gibt</li> </ul> <p><i>ToDo: In der heutigen AG Diagnostik sollen die Behinderteneinrichtungen genauer betrachtet werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 asymptomatisch. Kontaktpersonen indiziert ist</li> <li>○ Das steht an versch. Stellen im Dokument, aber immer im Bezug zum Dokument zu Alten- und Pflegeheimen, sollte gesondert aufgeführt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Präs fragt nach, ob das Dokument veröffentlicht werden kann.</i></p> <p>! Rel. hoher Anteil falsch positiver PCR-Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussion über das Dokument von INSTAND wurde vertagt</li> <li>○ Es gibt im Rahmen einer Zwischenauswertung von INSTAND einen relativ hohen Anteil von falsch-positiven Ergebnissen – man kann allerdings aufgrund dieses Wertes keine Hochrechnungen machen, wichtig im Detail zu betrachten nach Abschluss des Ringversuches.</li> <li>○ Man muss beachten, dass alle Tests falsch-positive Ergebnisse zeigen, ggf. müsste man empfehlen bei asymptomatischen Personen im Screeningverfahren einen weiteren Test zur Bestätigung zu machen.</li> <li>○ Auch hier zeigt sich die gebotene Sensibilität bei der Kommunikation mit der Bevölkerung.</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Prognose für Intensivbetten in Deutschland (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Prognose zeigt, dass selbst im schlimmsten Szenario (5% und 21 Tage Liegedauer) die Kurve unter der kritischen Grenze bleibt</li> </ul>	FG37
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! SARS-Cov-2 Laborsurveillance (ARS): s.o.</p> <p>! Action: Reporting of COVID-19 transmission classification in</p>	FG36

	TESSy: wird an anderer Stelle geklärt	
<b>11</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bericht des BMI-BMG-Treffens am 28.4. zu Grenzöffnungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Klargestellt, dass R alleine zur Entscheidung der Lockerung von Maßnahmen nicht genommen werden kann, komplexe Lage benötigt komplexe Parameter</li> <li>○ Spürbar war Wunsch nach großer Sicherheit</li> <li>○ bei großen Kapazitäten in DE wird Patientenmigration befürchtet</li> </ul> </li> </ul>	FG32
<b>12</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern Sitzung der STAG: World Health Bank stellt Pandemie-Versicherung ein, da Kosten dieser Pandemie zu groß</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Meldungen/Überlastungsanzeigen von GÄ <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das BMG hat die Erwartung, dass nicht nur gemeldet wird wenn überlastet, sondern grundsätzlicher Status (rot/gelb/grün-System), diese Information soll an Länder weitergegeben werden, Rhythmus (werktgl., jeden zweiten Tag z.B.) und Format unklar</li> <li>○ Im Idealfall in SurvNet integriert, benötigt allerdings Update und Zwischenlösung ist notwendig (ähnlich VOXCO)</li> <li>○ System hätte schon in der letzten Woche starten sollen, CdS erwarten morgen Daten</li> <li>○ Man könnte den CdS Tabelle mit den bis dahin eingegangenen Meldungen der GÄ liefern. Zeitlicher Verlauf sollte auch dokumentiert werden.</li> <li>○ Vorschlag: Nullmeldung 1x pro Woche, bei Überlastung häufigeres Update</li> <li>○ Länder müssen ihre Verordnungen ändern, da sie nur Meldung im Falle von Überlastung in die Verordnungen eingefügt haben.</li> <li>○ Besser schneller ein nicht ganz präzises System liefern, das ggf. noch verbessert wird.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 entwickelt ein System, bespricht es mit Hr. Rottmann und ist verantwortlich für die Implementierung</i></p>	<p>VPräs/FG32/ FG36</p> <p>FG32/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Dauerbetriebsfähigkeit und schriftliche Fragen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es werden zunehmend MA von OEs zurückgerufen, Dauerbetriebsfähigkeit muss gewährleistet bleiben</li> <li>○ Es muss auch bedacht werden, dass weitere MA die Anfragen, die über das LZ reinkommen z.T. sehr kurzfristig beantworten müssen.</li> <li>○ Wichtig wäre, dass am WE nur das bearbeitet werden muss was am WE auch unmittelbar relevant ist.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Anfragen der Ministerien haben zum Teil kurze Deadlines und können vom LZ nicht verschoben werden, hohe Nervosität auf allen Ebenen</li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 13:30 Uhr - Reeskalation, Deeskalation</li> <li>! Technological Control of the COVID-19 Pandemic - The Israeli Test Case</li> <li>! 15:45 Besprechung von Fr. Teichert und Fr. Rexroth mit Hr. Rottman</li> </ul>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag, 30.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	30.04.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walther Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA



- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;70.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>USA</u>: &gt; 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.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 7.000-70.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht viel Neues: Anstieg in Brasilien setzt sich fort, Abnahme der Fallzahlen im Iran.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine großen Veränderungen: in Bangladesch, Weißrussland weiterhin Anstieg. Über Katar soll nächste Woche berichtet werden, hier gibt es eine große Anzahl Arbeitsmigranten.</li> </ul> </li> <li>○ R eff. Trend für Länder mit &gt;7.000 Fällen/ letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Russland: Annäherung an den Wert 1 durch stringenter Nachverfolgung der Strategie.</li> </ul> </li> <li>○ R eff. Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/ letzte 7 Tage: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nichts Neues</li> </ul> </li> </ul> <p>! Schwere Fälle bei Kindern - Update</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abfrage in mehreren Ländern: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frankreich mind. 25 Fälle in den letzten 3 Wochen in Region Ile-de-France, teilweise SARS-CoV-2 positiv</li> <li>▪ UK mind. 12 Fälle, teilweise positiv; normalerweise 8/100.000 Kinder unter 5 Jahren pro Jahr.</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belgien: mind. 10 Fälle</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laut einer Abfrage der DGPI würden 3 Fälle in Deutschland passen. Bei einer EWRS-Abfrage hatten die meisten Länder weniger als 10 Fälle.</li> <li>○ 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?</li> <li>○ 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,</li> </ul> <p><i>ToDo: Bei DGPI nachfragen, ob europäische Auswertungen geplant sind.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 wendet sich diesbezüglich ans ECDC.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Französische nationale Exit-Strategie: „Protéger–Tester–Isoler“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umsetzung der Strategie nur, wenn es am 07.05. weniger als 3.000 Fälle/Tag gibt.</li> <li>○ Phasen der Lockerung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Phase ab 11.05.: Öffnung Kitas, Grundschulen..</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ende Mai Evaluation der Maßnahmen und Entscheidung, ob ab 02.06. die 2. Phase eingeleitet werden kann.</li> <li>▪ Maßnahmen werden regional angepasst.</li> <li>▪ Flankierend: Maskenpflicht in öffentlichen Verkehrsmitteln, Hochfahren der Tests, Handy-App zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung.</li> <li>○ Umsetzung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Grün kategorisierte Departements können ab 11.05. Lockerungen umsetzen.</li> </ul> </li> <li>○ Gesundheitswesen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Isolierung von bestätigten Fällen zu Hause oder in zugewiesenen Hotels</li> <li>▪ „Brigaden“ zur Nachverfolgung und Testung von Kontaktpersonen</li> <li>▪ Masken werden von Arbeitgebern bereitgestellt und von staatlicher Seite verkauft.</li> <li>▪ 700.000 Tests/Woche</li> <li>▪ Kosten werden zu 100% von der Gesundheitsversicherung übernommen.</li> </ul> </li> <li>○ Nicht vor 01.09.: Sportveranstaltungen, Versammlungen &gt; 5.000 Personen, Hochzeiten</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ SurvNet übermittelt: 159.119 (+1.478), davon 6.288 (4,0%) Todesfälle (+173), Inzidenz 190/100.000 Einw., ca. 123.500 Genesene</li> <li>○ Bundesländer: wenig Fälle in MV</li> <li>○ Epikurve ist am Abflachen; Genesene nehmen einen großen Teil der Epikurve ein.</li> </ul>	FG32
--	--	------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reproduktionszahl wird nun mit 2 Nachkommastellen angegeben, die Berechnung wurde vereinfacht.</li> <li>○ Die Daten zur Schätzung der Reproduktionszahl werden von Medien angefragt. Es handelt sich um Anfragen großer Medien. Die Zahlen sollen nicht im Internet veröffentlicht werden, sondern nur auf Anfrage mit Erläuterungen herausgegeben werden.</li> <li>○ Geschätzte Reproduktionszahl nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Kriterien für zu kleine Fallzahlen festlegen, FF Hr. an der Heiden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Einwand: R auf Bundeslandebene runterzurechnen macht bei sinkenden Fallzahlen wenig Sinn, sinnvoller wäre es die Inzidenz zu betrachten. Die Berechnung wurde vom Minister angewiesen. Nur falls die Länder nicht zustimmen, kann davon abgesehen werden. Muss mit Ländern besprochen werden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher gab es von keinem LK eine Überlastungsanzeige, aber auch keine Negativanzeigen, das Konzept ist noch in der Überarbeitung.</li> <li>○ Neu ist die Übersicht über Todesfälle bei &lt; 40-Jährigen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt 23 Todesfälle bei &lt; 40-Jährigen: 15 waren hospitalisiert, 9 auf ITS, 3 mit Beatmung. 19 sind an, 2 mit COVID-19 verstorben, bei 2 ist die Ursache unbekannt. 13 hatten eine Vorerkrankung, bei 10 wurde die Angabe nicht erhoben/war nicht ermittelbar</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Sinnvoll wäre eine eigene Kategorie für Säuglinge bis 1 Jahr.</li> <li>○ DIVI Intensivkapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Intensivmedizinische Behandlung eher abnehmend, Kapazitäten bleiben gleich.</li> </ul> </li> <li>○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Lagebericht werden nun auch die Hospitalisierten und Genesenen ausgewiesen.</li> </ul> </li> <li>! Mortalitätssurveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ EUROMOMO: fast durchgängig großer Peak, Schweden hat sehr eindruckliche Exzessmortalität.</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: wenn verfügbar von RKI-Homepage aus verlinken, Presse</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.“</li> <li>! Die Änderungen wurden so beschlossen.</li> </ul>	Alle
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neben laufenden Themen, wie Masken, Impfungen und Kinder gibt es zunehmend Anfragen aus Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Bedarfen.</li> <li>! Das Merkblatt für Ältere ist in Finalisierung und kann Anfang</li> </ul>	BZgA



	<p>nächster Woche eingestellt werden.</p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! COVID-Seite wird überarbeitet und soll nächste Woche vorgestellt werden.</li> <li>! Mortalitätssurveillance gemeinsame PM von DESTATIS und RKI: siehe aktuelle Lage national</li> </ul>	Presse
<b>5</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Strategie Deeskalation – Reeskalation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Kommentierung bis 17 Uhr</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Papier von nicht-universitäten Instituten bestätigt Überlegungen des RKI und ist eine gute Unterstützung nach außen. RKI hatte einen gewissen Einfluss darauf.</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	ZIG/ Alle
<b>6</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>„Kochbuch“ zur Veröffentlichung bereit?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Email von Hr. Holtern mit Zustimmung verakten</i></p> <p><b>Erlass zur Anpassung der Testkriterien zur Verdachtsabklärung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frist bis 02.05.; Erlass nimmt Bezug auf die derzeit zur</li> </ul>	<p>FG17/ ZBS1</p> <p>AL1</p>



	<p>Verfügung stehenden Testkapazitäten. Die Einschränkungen bei der Testung sollen aus allen Papieren rausgenommen werden. Ziel ist eine niederschwellige Testung. Aus dem Papier für Ärzte wurde die Einschränkung schon entfernt. Das Papier für die Bevölkerung ist in Abstimmung bei der BZgA.</p> <p>! Ein Papier für Pflege- und Altenheime sowie Behinderteneinrichtungen liegt in Version 4 vor. Die Version 5 soll am Samstag ins Internet gestellt werden. Dort ist eine schrittweise Öffnung der Nutzung der freien Testkapazitäten enthalten, die Einschränkungen wurden rausgenommen. Einrichtungen für Behinderte wurden noch nicht ausreichend berücksichtigt.</p> <p>! Die Öffnung der Testung sollte je nach Indikationsstellung schrittweise vorgenommen werden, die nächste Gruppe wären Krankenhäuser. Ein Screening im Krankenhaus-Kontext steht nächste Woche auf der Agenda.</p> <p>! Im „Kochbuch“ Testen in Ausbruchssituationen wird auch empfohlen Asymptomatische zu testen.</p> <p><i>ToDo: Bericht ans BMG mit Darstellung des gegenwärtigen Standes</i></p> <p>! Universitäten: Hr. Schaade hat mit Hochschulverband wegen eines Papiers zu Hochschulen gesprochen. Arbeitsmediziner und Hygieniker der Universitäten sollten das Papier schreiben, dieses könnte vom RKI gegengelesen werden.</p> <p>! Schulen: Übertragung von COVID durch Kinder wird von FG36 zusammengetragen und ausgewertet. Wenn mehr Ergebnisse vorliegen, kann mehr dazu gesagt werden. Personal in Schulen gehört zum Teil Risikogruppen an.</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
8	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Bisher ist, vom Einsatz von medizinischem Personal abgesehen, Zeit das relevante Kriterium. Sollte auf negative Tests umgestellt werden?</p> <p>! Dagegen spricht, dass die Testung zu einem Zeitpunkt nicht als zuverlässig angesehen wird. Auch sind Personen zum Teil lange asymptomatisch und werden trotzdem positiv getestet.</p> <p>! Votum: Entlasskriterien bleiben so bis gesicherte Erkenntnisse aus weiteren Studien von FG37 und ZBS1 vorliegen.</p> <p>! Eine positive Testung nach einem länger als 14 Tage zurückliegenden Symptombeginn ist häufig ein Problem bei medizinischem Personal. Diese benötigen auf jeden Fall 2 negative PCR-Ergebnisse, bevor sie wieder eingesetzt werden können. 2 negative Ergebnisse hintereinander zu erhalten, dauert häufig deutlich länger als 14 Tage. Sollte es eine</p>	<p>FG37/ ZBS1/ FG14</p>



	Möglichkeit geben, früher wieder arbeiten zu können? Auch hier müssen zunächst Studien abgewartet werden. Für den privaten Bereich gilt auch für HCW das Zeitkriterium.	
<b>9</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! 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
<b>10</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! 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
<b>12</b>	<b>Internationales (ausnahmsweise, nur freitags)</b> ! Gemeinsam mit WHO Euro wird zurzeit eine Remote Mission in Armenien durchgeführt. In 1. Maiwoche werden 2 weitere Termine stattfinden; bei Interesse an Teilnahme melden. ! Eine 2. Mission mit diesem Format wird Moldawien betreffen. ! Zurzeit erhöhte Anzahl Anfragen aus Südamerika, gehen gleichzeitig an die SEEG. Die Charite hat eine relativ große Spende für die Unterstützung von Südamerika von der Gates-Stiftung bekommen, eine Absprache hierzu findet heute statt. ! Südafrikaner sind sehr interessiert an einer Kooperation. ! Es sind international vergleichbare Seroprävalenzstudien geplant. Hr. Lampert ist eingebunden und erste Diskussionen haben bereits stattgefunden. ! Internationale Dienstreisen sind noch nicht wieder erlaubt. Einsätze von SEEG sind teilweise sehr arbeitsaufwändig und ungewöhnlich kurz (Testung vor Abflug, Absehen von Quarantäne im Partnerland, Einsatz von Militärflugzeugen).	ZIG
<b>13</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <b>Überlastungsanzeige der GAs</b> ! Konzept wird überarbeitet und dann geteilt. ! Die Erläuterung zu R, die heute im Lagebericht erscheinen wird, soll vorab an Presse geschickt werden.	FG32  Presse



	<p><i>ToDo: Erläuterung vorab an Presse schicken</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Am Aussehen der Webseite soll im Moment nichts geändert werden.</li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AGI TK <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokument zu Visieren als Mund-Nasenbedeckung wird in der AGI von Hr. Thanheiser vorgestellt: Es handelt sich nicht um einen adäquaten Ersatz von MNS.</li> </ul> </li> <li>! TK mit Hr. Rottmann und Fr. Teichert (BVÖGD) zu Containment Scouts <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>! HSC TK (Montag)</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Dokument zu Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen wird heute veröffentlicht.</li> <li>! Nächste Sitzung: Samstag, 02.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt.1
  - Martin Mielke
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen



- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 427"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 495"><b>International</b></p> <p data-bbox="339 528 1107 562">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 595 1015 629">○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 663 1182 792">▪ 1,1 Mio Fälle, keine großen Änderungen, stabiles Level, leicht abfallende Tendenz, in den einzelnen Bundesstaaten weiterhin heterogenes Bild, NY abfallender Trend</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 819 1098 853">○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 887 1182 976">▪ Trends haben sich fortgesetzt, Maßnahmen in Brasilien erst vor einer Woche eingeführt, Mitte nächster Woche sieht man frühestens Effekt</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1010 951 1043">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1077 1142 1167">▪ Kein auffallendes Signal, Peak in der Kurve Serbiens beruht auf Meldeartefakt (Serbien in den 5 Tagen zuvor nichts gemeldet)</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1200 1110 1234">○ R eff. Trend für Länder mit &gt;7.000 Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1267 1150 1335">▪ Russland geht auf R eff = 1 zu, Effekte der deutlichen Verstärkung der Maßnahmen</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1368 1166 1402">○ R eff Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1435 1206 1503">▪ Anstieg in Serbien zeigt, dass man den R-Wert nicht ohne absolute Zahlen diskutieren kann</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1525 967 1559">○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt;1           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1592 1190 1682">▪ Guinea-Bissau R eff=15, da Anstieg von 70 auf 250 Fälle, aufgrund von Clustern in Regierung, Premier und drei weitere Minister + Entourage infiziert</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1715 1046 1749">○ Studie zu Schulen in New South Wales, Australien:           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1783 1158 1850">▪ Schulen weiterhin geöffnet, Studie von März bis Mitte April</li> <li data-bbox="443 1883 1206 2038">▪ 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)</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1/alle

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Australische Studie ist in Übersicht für BMG vom 29.04.2020 drin, nicht alle Kontaktpersonen wurden abgestrichen, sondern nur 288 symptomatische Personen</li> <li>○ Science Studie: Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontakt und Transmissionsstudie in Wuhan und Shanghai, tägliche Kontakt während des Lockdowns wurden um das 7-8-fache reduziert</li> <li>▪ Proaktive Schulschließungen können die Spitzeninzidenz um 40-60% senken und die Epidemie verzögern</li> </ul> </li> <li>○ Schweizer Review im Preprint: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 120 Studien angeschaut, 8 verwendet, publication bias, da asymptomat. Übertragung medienwirksamer, ggf. mehr veröffentlicht</li> <li>▪ 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%</li> <li>▪ In Modellierungsstudien ca. 50% durch präsymptomatische, Anteil der asympt. Personen ist deutlich geringer</li> </ul> </li> <li>○ Eindeutige Schlussfolgerung zu dem Unterschied der Infektiösität bei unterschiedl. Symptomatik (Husten vs. asymptomat.) ist noch nicht möglich, komplexes Thema da es viele Einflussfaktoren gibt.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Geringerer Anstieg wahrscheinlich weniger Diagnostik und Meldung am Feiertag</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG32/alle</p>
--	---	------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Schwankungen sorgen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein nicht arbeitstägliches Berichten des R wäre besser gewesen, da damit die Schwankungen, die in der Interpretation komplex sind, hätten vermieden werden können, kann aber nicht mehr verändert werden, da sonst falsche Schlussfolgerungen gezogen würden.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. an der Heiden berechnet die Mittelwerte des R und stellt diese zur internen Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DIVI: 1219 Kliniken/Abteilungen beteiligt <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeit 2105 Patienten in intensivmed. Behandlung</li> <li>▪ Aufnahme der pädiatrischen Intensivbetten wäre wichtig und sollte während der Öffnungen der Schulen und Kitas beobachtet werden</li> <li>▪ Es gibt eine Studie im PH Journal wonach selbst bei moderaten Szenarien pädiatr. Intensivbetten überlastet werden könnten</li> <li>▪ Derzeit kann der Wert noch nicht ausgewiesen werden, Vorarbeit nötig, dazu ist Unterstützung notwendig</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do: Präs spricht Hr. Grabenhenrich an, er soll den Unterstützungsbedarf formulieren (externe Zuarbeit auf Honorarbasis wenn möglich)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Überlastungsanzeigen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überlastungen der GÄ werden erfasst, wird als Folie mit Karte eingefügt.</li> <li>▪ Derzeit haben 10-11 BL gemeldet.</li> <li>▪ Bedarf der Unterstützung in Thüringen und Sachsen-Anhalt: Ilmkreis, SK Weimar, SK Gera und LK Harz, es muss aber noch geklärt werden, ob die Unterstützung durch das Land oder das RKI kommen soll.</li> <li>▪ Ein offizielles Amtshilfeersuchen ist aus Berlin eingegangen zu einem Ausbruch in einem Alten- und Pflegeheim und ein weiteres aus Sachsen zu einem Ausbruch in einer geriatrischen Einrichtung.</li> <li>▪ FG37 versucht in der Regel telefonisch zu unterstützen, bei der derzeitigen Anzahl zu leisten, bei erhöhter Anzahl könnte es problematisch werden .</li> <li>▪ Die meisten Containment Scouts wurden auf die Länder verteilt, muss an AGI nochmal kommuniziert werden, dass der Großteil der Mitarbeiter verteilt worden ist.</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Es müssen noch weitere Containment Scouts eingestellt werden, die zu Ausbrüchen gesendet werden können (ggf. als Aushilfe ohne Senior). Wird von Fr. Schuckert geklärt.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! FG36 schlägt vor die Geruchs- und Geschmacksstörung auch in weitere Dokumente aufzunehmen</p> <p><i>ToDo: FG36 erarbeitet einen Entwurf und bringt ihn als Vorschlag in Krisenstab ein.</i></p>	
<b>3</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Kollateralschäden: Insbesondere alte und hochalte Personen in häuslicher Pflege oder entsprechenden Einrichtungen formulieren, dass sie die Kollateralschäden der sozialen und physischen Distanzierung als schlimmer empfinden als ihre Angst vor einem möglichen Tod an COVID-19.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es Ergebnisse von Serostudien, die die Immunitätslage bei Alten und Hochalten untersucht hat?</li> <li>○ Derzeit keine Studien, die differenziert diese Altersgruppen betrachtet haben. Die repräsentative Studie des RKIs wird später dazu Aussagen machen können.</li> </ul> <p>! Diverse Fragen auch zur Studie von FG36 mit DJI und Unterstützungsangebot bzgl. des Ethikvotum für die Blutentnahmen bei gesunden Kindern im Kindergartenalter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Studie ist noch in der Planungsphase, Entscheidung erst nächsten Mi mit DJI, danach gerne Besprechung der Fragen der BZgA, Unterstützungsangebot für Ethikfragen wird dankbar angenommen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Leitfaden für den ÖGD zu Ausbrüchen wurde veröffentlicht</p> <p>! Montag wird es eine Online-Vorab-Veröffentlichung zum Tag der Händehygiene von Hr. Hübner geben (mit Gewichtung auf COVID-19).</p>	<p>BZgA/VPräs/ FG36</p> <p>Presse</p> <p>Präs/alle</p>



	<p>! Spiegel-Artikel mit RKI-Kritik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auf eine so große Kritik sollte das RKI antworten, geplant ist Pressebriefing von Hr. Wieler</li> <li>○ Hr. Wieler lässt Artikel zunächst rechtlich prüfen</li> <li>○ Beratung zudem mit einer Agentur, die zwei Angriffe zuvor schon hat präventiv abwehren können</li> <li>○ Fr. Buchberger verfolgt schon länger Zeit die Kritik im Internet und überprüft, ob die fraglichen Dinge wirklich unklar formuliert waren.</li> <li>○ Generell ist ein Strategiewechsel in der Politik zu verzeichnen, der Konsens zw. Opposition und Regierung wurde aufgekündigt.</li> <li>○ Ab 1. Juni werden 3 Wissenschaftler/Wissenschaftlerinnen eingestellt, die sich ausschließlich mit Wissenschaftskommunikation beschäftigen werden, Kommunikation soll offensiver gestaltet werden.</li> <li>○ Verantwortung für zwei Kritikpunkte liegt beim BMG: MNS statt FFP2 und die verlangsamte Reaktion zu den Risikogebieten.</li> </ul> <p><i>ToDo: Die Leitung wird zusammen mit Fr. Buchberger die Kritik Punkt für Punkt durchgehen und Ursachen benennen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Das RKI muss sich mehr mit Wissenschaftlern aus dem Ausland vernetzen bzw. die bestehende Vernetzung sichtbar machen und strategisch denken. Jede wissenschaftliche Studie des Hauses sollte möglichst mit einem inländ. und ausländ. Partner durchgeführt werden, um diese Vernetzung zu zeigen.</li> <li>○ Die Äußerung von Hr. Lauterbach zur Evidenzlage und zur politischen Umsetzung der Infos aus der Wissenschaft sollten genau betrachtet werden. Das RKI sollte klar stellen: was ist die wissenschaftl. Evidenz und was die politische Auslegung der Fakten, die das RKI umsetzt.</li> <li>○ Es gab einen Vorwurf von Hr. Kräuslich, dass wir uns nicht mit anderen Wissenschaftlern abstimmen würden. Die Abstimmungen im Bereich Virologie auf nationaler Ebene haben v.a. mit Hr. Drosten stattgefunden. Aber es gibt viele</li> </ul>	
--	---	--

	<p>Abstimmungen auf nationaler Ebene mit anderen Fachgesellschaften, mit KH, mit den Ländern und stark auch auf internationaler Ebene (ECDC, STAG, viele informelle Anfragen bei der ZIG etc.). Sollte transparenter dargestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Pressepanel sollte anders besetzt und gestaltet werden, um Hr. Wieler aus der Schusslinie zu nehmen.</li> <li>○ Es sollte mehr über Positives berichtet werden, im internat. Kreis gibt es derzeit nur pos. Feedback.</li> <li>○ Ein Thinktank sollte gebildet werden, Unterstützung von außen notwendig.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
5	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Beschluss des Verfassungsgerichts Saarland zur verhängten Ausgangsbeschränkung (2 Dokumente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine am gleichen Tag wie die Schweizer Studie publizierte Science-Studie hat genau das Gegenteil gezeigt</li> <li>○ Derzeit gibt es noch keine gesicherte Evidenzlage</li> <li>○ Problematik der Kausalität der Sterbefälle – das ist nicht möglich in den Einzelfällen zu belegen oder widerlegen, da es sich immer um ein Multikomponentengeschehen handelt</li> <li>○ Grundsätzlich wird infrage gestellt, ob COVID-19 überhaupt relevant ist, sollte juristisch überprüft werden, welche fachlichen Fragen sich draus ergeben.</li> </ul> <p><i>ToDo: Das LZ sendet das Urteil an L1 zur Kenntnis und Bewertung.</i></p> <p>! Sinnhaftigkeit Einkauf von 40 Mio. serologische Testkits von Roche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es kam eine Anfrage vom BMG (Hr. Holtherm) ohne Frist zur Bewertung des Einkauf von 40 Mio. serologische Testkits von Roche. Das Ziel von Hr. Spahn ist für DE genügend Testkits zu</li> </ul>	<p>VPräs/FG37/ FG36</p> <p>Präs/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kaufen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Roche Test basiert auf Gesamt-Ig-Nachweis, soll sehr hohe Sensitivität haben, ggf. geringere Spezifität</li> <li>○ Insgesamt über 200 verschiedene Teste auf dem Markt – nach Medizinproduktrecht kann das BfARM nicht viel ausrichten wenn CE-Zertifizierung vorhanden ist.</li> <li>○ Das PEI betreibt ein akkreditiertes Testlabor und beschäftigt sich mit den Fragen der Qualität der Teste (Hr. Nübling), bevor solche Investitionen gemacht werden, sollte mit dem PEI und dem BfARM Rücksprache gehalten werden. Zusätzlich sollte im Besten Fall noch die Expertise der Fachgesellschaften (Hr. Drosten, Hr. Schmitt-Chanasit etc.) eingebunden werden.</li> <li>○ RKI kann sich nur zu epidemiologischen Aspekten äußern.</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr Wieler wird Hr. Holtherm um einen Erlass zu dieser Frage an das RKI, das PEI und das BfARM bitten.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Roche Test ist, wie auch alle anderen vorhandenen Teste an Erkrankten validiert, es liegen keine Daten zur Serokonversion bei asymptomat. Infizierten vor.</li> <li>○ RKI hat &gt;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.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p><b>!</b> Anfrage ZIG2 (Charbel El Bcheraoui) zu Analyse von Timeliness</p> <p>Hat sich erledigt.</p>	FG32
6	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>!</b> Flussdiagramm für Bevölkerung und Orientierungshilfe für Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Flussdiagramm für die Bevölkerung wird Anfang der Woche mit BZgA abgestimmt sein und wird spätestens Dienstag publiziert.</li> <li>○ Die Orientierungshilfe für Ärzte benötigt eine stärkere Überarbeitung, damit es längere Zeit verwendet werden kann.</li> </ul>	VPräs/IBBS/alle







## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>entschieden nur Parameter zu nehmen für die Daten vorhanden sind und übermittelt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grds. sollte Reeskalation primär auf lokaler Ebene stattfinden, Überprüfung/Überblick auf nationaler Ebene</li> <li>○ Implizit sind im Papier für die lokale Ebene die Indikatoren beschrieben.</li> <li>○ Einordnung im Gesamtbild sollte noch gestärkt werden (Indikatoren und Maßnahmen auf LK Ebene etc.)</li> <li>○ Die Tabelle sollte ggf. gestrichen werden</li> <li>○ Zu R sollte ergänzt werden, dass R immer im Zusammenhang mit der absoluten Fallzahl beurteilt werden muss.</li> <li>○ Sind 30% freie ITS Betten als statischer oder dynamischer Wert dargestellt, sollte man entsprechend des Geschehens beurteilen.</li> <li>○ Verwendung der 14-Tages Inzidenz? Im Lagebericht und Dashboard wird 7-Tages-Inzidenz angegeben.</li> <li>○ Antikörper- oder Antigenteste nicht einzeln, sondern besser Hinweis/Diagnostik auf akute Infektion.</li> <li>○ Es ist nicht empfehlenswert in diesem Papier jetzt abschließend zu regeln, dass die Daten und Werte nur für Analyse auf Bundesebene verwendet werden.</li> <li>○ Klinische Gesamtschwere (Prinzip im Pandemie- und COVID-19-Rahmenplan) sollte klar kommuniziert werden, nicht disease burden, sondern Transmission, Parameter klinisch individueller Schwere, Impact auf Gesundheitssystem (inkl. KH)</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Gemeinsamer Artikel der AG der IGV benannten Flughäfen zu Temperaturmessung als Entry Screening</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die AG der IGV benannten Flughäfen besteht aus GÄ und Landesbehörden der IGV Flughäfen, BMVI, BMG und dem RKI</li> <li>○ 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</li> <li>○ Das ECDC bereitet eine Stellungnahme für Europa vor</li> </ul>	FG32
--	--	------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die AG würde als einheitliche Empfehlung für DE gerne einen Artikel auf Deutsch (EpiBul) formulieren in der von der Temperaturmessung Abstand genommen wird.</li> <li>○ 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</li> <li>○ Es gibt keine Einwände gegen eine Publikation.</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1: Probenstatistik seit Montag: 493 Proben, 9,13% pos</p> <p>! FG17: Fallzahlen für SARS-CoV-2-Nachweis gehen runter, keine Influenza-Nachweise, Rhinoviren nachgewiesen.</p>	ZBS1 FG17
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Remdesivir</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ DE hat 1000 Einheiten Remdesivir von GILEAD erstanden</li> <li>○ IBBS und BfARM einer Meinung, dass das Medikament im Rahmen einer Studie eingesetzt werden sollte, um zu verstehen wann es am besten eingesetzt wird, wahrscheinlich durch aktuelle Entwicklung kein Placeboarm. BMG muss aber noch überzeugt werden.</li> <li>○ GILEAD hat im Rahmen der America First Politik 1,5 Mio Therapiesätze für die USA gespendet.</li> <li>○ Die Beschaffung für die 1000 Therapiesätze für DE durch das BMG war kompliziert, wird nur in 100er Einheiten geliefert.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	IBBS/VPPräs
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! s.o.</p>	FG32
<b>12</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	04.05.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt.1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog

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



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>USA</u>: Weiter abnehmende Fallzahlen in USA; ca. 1.2 Millionen Fälle, davon ca. 68.000 Todesfälle. Die Karte zur Verteilung der Fälle zeigt, dass deutlich mehr Bundesstaaten eine ansteigende Falltendenz haben. Es haben einige Staaten Lockerungen zugelassen, sodass es hier ggf. auch ein Anstieg geben wird.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Russland</u>: Es gab gestern über 10.000 neue Fälle. Primär ist dieser Anstieg durch eine starke Erhöhung der Testungen zu erklären. Die bisherigen täglichen Testungen von 100.000 wurden verdoppelt, wodurch mehr Fälle gefunden werden. Die verstärkte Testung findet insbesondere in Stadtgebieten wie Moskau statt.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Chile</u>: Es gibt einen starken Peak. Dies wird beobachtet und soll die Tage besprochen werden.</li> <li>! <u>Singapur</u>: Es ist positiv zu erwähnen, dass durch die Containment Maßnahmen in den betroffenen Arbeitersiedlungen es zum Abfall der Fallzahlen gekommen ist. Die Maßnahmen scheinen Erfolg zu haben und der Trend ist rückläufig.</li> </ul> </li> <li>○ R eff. Trend für Länder mit &gt;7.000 Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Russland</u>: Der große Fallanstieg hat aufgrund bereits schon vorher hohen Fallzahlen zu keiner Änderung des R eff. Geführt. Die restriktiven Maßnahmen gelten bereits seit 6 Wochen, so dass die Ansteckungsrate abnehmen sollte.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt;1 <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Tadschikistan</u>: Tadschikistan war lange mit Turkmenistan das einzige Land in der Region ohne Fälle. Es gab nun eine WHO Mission vor Ort und viele Neumeldungen, sodass das R sehr groß ist.</li> </ul> </li> <li>○ <u>Spanien</u>: Die Exit Strategie in Spanien ist in 4 Phasen mit einer Mindestdauer von 2 Wochen unterteilt. Wenn 4 bestimmte Marker nach der Mindestdauer erfüllt sind, gibt es die nächste Phase. Marker für Übergang sind die Kapazität des Gesundheitswesens (d.h.</li> </ul>	ZIG1/alle

	<p>Primärversorgung, Auslastung der Kliniken und Verfügbarkeit der ICU-Betten), epidemiologische Marker (d.h. Diagnosen, Ansteckungsquote und weitere Indikatoren), die Einhaltung der Schutzmaßnahmen am Arbeitsplatz, in Geschäften und im ÖPNV (durch z.B. sentinelmäßige Überprüfung) sowie die Auswertung der Mobilitäts- und sozioökonomischen Daten. Für die Indikatoren zu Epidemiologie &amp; Kapazität des Gesundheitswesens werden keine Schwellenwerte festgelegt; die Analyse erfolgt unter Berücksichtigung aller Einflussfaktoren für die Epidemie. Die Entwicklung der Strategie dauerte 7 Wochen und wurde von einem multidisziplinären Team erstellt; die erste Phase beginnt heute. Die Phasen sehen auch vor, dass es z.B. für Einkaufen es Slots pro Alter gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 2 Studien: <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p>
--	--	-------------

**National**





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Insgesamt gibt es einen langsameren Anstieg sowohl bei den Fallzahlen als auch bei dem Anteil der Verstorbenen. Der Anteil der Verstorbenen liegt immer noch bei 4,1%.</li> <li>! Aufgrund der Feiertage werden jedoch weniger Fälle diagnostiziert und gemeldet. Auch am Wochenende haben alle Bundesländer übermittelt.</li> <li>! Positiv ist zu erwähnen, dass nur 3 Bundesländer 3-stellige, 6 nur 2-stellige und 7 nur 1-stellige neue Fallzahlen berichten.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! DIVI Intensivregister: Der Anteil der in intensivmedizinischen Betreuungen ist zurückgegangen. Die Kapazitäten sind stabil geblieben und der Anteil an freien Intensivbetten hoch. Der Peak mit den meisten Intensivpatienten war am 17/18.04., was ca. 1 Monate nach Erkrankungsbeginn ist.</li> </ul> <p>! Amtshilfeersuchen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gab ein Gespräch mit Cuxhaven: Auf einem Kreuzfahrtschiff (Mein Schiff) wurden unter den knapp 3.000 Crewmitgliedern mit 166 Nationalitäten 3 Personen SARS-CoV-2 positiv getestet. Das RKI wird unterstützen.</li> </ul>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Herr Jansen berichtet in der Präsentation zur internationalen Lage bereits über verschiedene Studien. Das ist sehr hilfreich und es sollen gerne auch unter diesem TOP andere Kolleginnen und Kollegen zu anderen Themen (z.B.</p>	VPräs

	<p>Virologie) Veröffentlichungen (2-3 pro Sitzung; gerne mit einer Folie) vorgestellt werden. Hierzu bitte rechtzeitig das Lagezentrum informieren, damit dieses die Organisation übernimmt.</p> <p>! Aufnahme der Geruchs- und Geschmacksstörung in weitere Dokumente: Ein Vorschlag wurde bereits mit den Krisenstab geteilt. Es steht noch ein Austausch mit FG32 aus, wie dieser Parameter in die Falldefinition aufgenommen werden könnte, denn an der Änderung der Falldefinition hängt einiges dran (SurvNet Update). Mit IBBS wurde bereits besprochen, wie das Symptom im Flussschema mit aufgenommen werden könnte. Es könnte zur eigenen Einschätzung hilfreich sein (zumindest bei den Dokument für Bürger) in einer Fußnote zu beschreiben, wie man solch eine Geruchsstörung selber feststellt (z.B. durch Angabe eines Geruchsstoffes). In der HNO ist sowas ein diagnostisch gängiges Verfahren. Die Frage ist nur, ob man das bevölkerungsweit als Screening etablieren kann, ohne dass es einen Hype um den Kauf des spezifischen Duftstoffes auslöst.</p>	FG36
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Telefonberatung: Die Lockerung der Maßnahmen wirkt sich auf weitere Themen aus. Bisher war die Anfrage bzgl. anderer, nicht COVID-19 spezifischen Themen wie z.B. Glücksspiel, HIV, STI zurückgegangen. Seit der Lockerung gab es wieder einen Anstieg bei diesen Themen (insbesondere beim Thema STI)</p> <p>! Anmerkung RKI: In dem BZgA Video zur Mund-Nasen-Bedeckung gibt es Szenen die Personen z.B. auf dem Fahrrad mit MNB zeigen. Dies kann eine falsche Botschaft senden. MNB sollen in Geschlossenen Räumen getragen werden. Laut BZgA soll die Szene jemanden darstellen, der nicht mit dem ÖPNV, sondern mit dem Fahrrad zur Arbeit fährt; sonst gibt es Szenen in geschlossenen Räumen. Viele Personen haben jedoch sowieso schon den Eindruck, dass das Corona Virus in der Luft schweben würde und es gibt viele Personen, die Maske auf dem Fahrrad tragen. Das Video vermittelt einen falschen Eindruck für die Bevölkerung. Das dauerhafte/vermehrte Tragen von Masken kann auch Schaden bringen. Es sollten besser Szenen in Geschäften etc. gezeigt werden.</p>	BZgA/FG14



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Es hat sich gezeigt, dass 90% der Bürgeranfragen an die BZgA sich auf das richtige auf- und absetzen der Maske, desinfizieren etc. beziehen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! HSC SC Communicators' Network Treffen: Laut ECDC und WHO sollte die Keymessage bei der De-Eskalation sein, dass die Pandemie noch nicht überstanden ist, sondern nur in eine neue Phase übergegangen ist und die Bevölkerung sich weiter an bestimmte Regeln halten muss. Es wird von vielen Ländern als Problem gesehen, dass eine Lockerung von Maßnahmen erleichternd für die Bevölkerung gesehen wird und dass Basisgrundregeln nicht mehr beachtet werden.</p> <p>! Zu dem neuen Paper von Streeck et al. zur Studie in Gangelst soll es bis heute Abend eine Zusammenfassung und Bewertung geben. Abteilung 2 hat die Federführung. Dies ist auch für das nächste Pressebriefing relevant.</p> <p>Streeck geht davon aus, dass es schon 1,8 Millionen Infizierte in Deutschland gibt. Die Übertragbarkeit der Zahlen aus der Studie aus Gangelst auf ganz Deutschland ist jedoch fraglich und wurde bereits kritisiert.</p>	<p>Presse</p> <p>VPPräs/Abt. 2</p>
5	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Bewertung der Sinnhaftigkeit des Einkaufs von serologischen Tests: Herr Holthern wurde von Herrn Wieler bereits gebeten, die Anfrage als strukturierte Anfrage (Erlass) dem RKI zuzusenden. Bislang gibt es noch keine Rückmeldung hierzu. Die Anfrage ist ggf. heikel, da es viele Anbieter von serologischen Tests gibt und der Kauf bei nur einem Hersteller hätte große Auswirkungen auf den Handel. In der heutigen BMG-TK wurde berichtet, dass Herr Spahn und Herr Söder bei Roche gewesen sind, um sich bzgl. Tests zu informieren. Ein Immunitätsausweis (§ 28) soll zunächst aus dem neuen Gesetzentwurf herausgenommen werden und weiter diskutiert werden.</p>	<p>Alle</p>

## b) RKI-intern

### BMG Vorschlag zur Strategie: Indikatoren

- ! In einer TK von Herrn Wieler, Frau Merkel, Herrn Spahn und weiteren Teilnehmenden kam das Gespräch auf Schwellenwerte zur De-Eskalation zu sprechen. Herr Wieler hat sich dagegen ausgesprochen, da die lokalen Gegebenheiten betrachtet werden müssen. Wenn ein Landkreis unter einem bestimmten Schwellenwert ist, kann die Arbeitsbelastung trotzdem sehr hoch sein. Aus fachlicher Sicht unterstützt der Krisenstab die Entscheidung, keine Schwellenwerte festzulegen. Die Stärke des Föderalismus ist die lokale Beurteilung des Zustandes inklusive Ressourcen und Wissen. Dies ist nicht zentral möglich. Maßnahmen müssen individuell angepasst werden. Trotzdem wird irgendwas benötigt, um zu sagen, dass Maßnahmen ausgeführt werden müssen. Es ist schwierig bundesweite Prüfsignale festzulegen; es gibt aber die Möglichkeit, dass die Stadt- und Landkreise ihre eigenen Daten inklusive prozentuale Abweichung nach oben/unten beobachten. Ggf. kann eine externe Expertise zur Beurteilung dazu geholt werden (entweder durch RKI oder Landesbehörde). CAVE: Landesbehörde mit einbeziehen.
- ! Eine De-Eskalation muss zwar auf lokaler Ebene entschieden werden, aber auf nationaler Ebene muss ein Überblick über die Situation herrschen. Das RKI macht dies schon indirekt durch z.B. das Ausweisen von besonders betroffenen Landkreise (im täglichen Lagebericht, Dashboard). Da es schwer ist, einen Wert zu finden, der sensitiv genug ist, um die Situation vor Ort zu erfassen, sollte die vor Ort Bewertung ausschlaggebend sein.
- ! Es gibt bereits verschiedene Möglichkeiten Signale den Gesundheitsämtern mitzuteilen (SurvNet, kumulative Inzidenz), so dass diese frühzeitig Maßnahmen bei Auffälligkeiten treffen können. Die Signale Berichte sind aufgrund von mangelnden Serverkapazitäten gerade pausiert, sollen aber bald wieder zur Verfügung stehen, sodass Berichte wieder an die Landesbehörden gehen können. Alternativ gibt es den Cube. Wichtig ist es bei allen Instrumenten, die



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kommunikationswege zu klären, insbesondere wie die Landesbehörden miteinbezogen werden können.</p> <p><i>ToDo: AL3 und FG32 (Diercke) klären, welche sinnvollen, sensitiven Signale für die lokale Ebene zur Verfügung stehen könnten (mit Anregung die Signale abzuklären)</i></p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen durch BL aufgrund missverständlicher Formulierung bei CdS-Beschluss (dass ab dem 1.5.2020 beim RKI Ressourcen abgerufen werden können): Es gibt aktuell einige Amtshilfeersuchen; aber vermutlich ohne Bezug zu den CdS-Beschlüssen: ein großes Pflegeheim Berlin, in Cuxhaven ein großes Schiff. Einladungen wären wahrscheinlich auch ohne die Einladung, Amtshilfeersuchen zu stellen, eingegangen.</p>	FG32
<b>6</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1:</p> <p>! 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.</p> <p>! 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.</p> <p>! Optimierung NT Test: Das Protokoll hierzu sieht aber grundsätzlich.</p> <p>! FG17: Seit der Krisenstabssitzung von Samstag gibt es nicht viel zuzufügen. Es gibt viele Aufgaben/Fragen zur Beantwortung.</p> <p>! AG Diagnostik: Die AG arbeitet weiter konstant. Es gibt ein kumulatives Protokoll der TKs. Schwerpunktthemen diese Woche sind das Vorgehen in Krankenhäusern sowie</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p> <p>AL1</p>

	<p>der Umgang mit dem Krankenhauspersonal. Es gab bereits ein gutes Gespräch mit der Universitätsklinik Köln, in dem das symptom-basiertes Vorgehen, Aufnahmescreening (Pooling der Proben) sowie ein stichartiges Modell, wie man Personal untersuchen kann, besprochen wurde. Die Ideen aus Köln sollen als best practice Beispiel der AG zugesendet werden. Allgemeine Anforderungen zu Antikörpertest sind im aktuellen Konzept bereits miteingearbeitet.</p>	
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Einsatz von COVID-19-positivem Personal für COVID-19-Patienten in Altenpflegeheimen (in Ausnahmefällen bei relevantem Personalmangel): Bei der Anfrage geht es um den Einsatz von Personal bei einem Ausbruch in Altenheimen und die Frage, ob man bei starkem Personalmangel so vorgehen kann wie es im Krankenhaus in so einer Situation vorgeben ist. Im Krankenhaus können asymptomatische COVID-19 Mitarbeitende im Falle von einem Personalmangel COVID-19 positive Patienten betreuen. Wichtig ist aber nicht nur die Trennung der Patienten, sondern auch des Personals und der Personalströme, da z.B. MNS in Pausen nicht getragen wird. Theoretisch ginge das auch in Altenheimen; jedoch sollte das RKI hierfür keine generelle Empfehlung ausgeben. In Altenheimen gehören alle Personen zu einer vulnerablen Gruppe. Es muss auf lokaler Ebene im Einzelfall entschieden werden.</p> <p>! Verkürzung der Quarantäne von Kontaktpersonen bei relevantem Personalmangel auf 7 Tage: Dies ist möglich, wenn das Personal jeden 2. Tag oder täglich getestet wird.</p> <p>! Massive Coronagefahr in klimatisierten Räumen (Büros/Gaststätten etc.): In einem Papier des CDC wurde beschrieben, dass sich Personen in einem Restaurant mit COVID-19 infiziert haben. Es wird vermutet, dass keine Aerosole, sondern Tröpfchen durch den Luftstrom der Klimaanlage weitergetragen wurden. Wenn in Deutschland Restaurant wieder aufmachen, stellt sich die Frage, ob diese auf ihre Klimaanlage verzichten. Es gibt vom BMAS einen Text zu SARS-COV-2, in dem diese Übertragungswahrscheinlichkeit als gering eingestuft wird.</p>	<p>FG32/FG37</p> <p>VPräs/FG14</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Generell ist ein Luftaustausch (z.B. durch Frischluft) gut. Die Hypothese des CDC ist daher nicht nachvollziehbar. Ein Kausaler Zusammenhang ist zwar möglich, aber nicht wirklich dargelegt. Ggf. sind die Gäste im Restaurant auch aufgestanden etc. und haben sich anderes infiziert. Es besteht aus RKI-Sicht daher kein Handlungsbedarf. Die Frage zur Aerosolübertragung kann morgen noch weiterbesprochen werden.</p>	
<b>10</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! <u>Tracing App</u>: SAP und Telekom haben deutlich formulierten Auftrag erhalten, innerhalb Mai das Produkt fertigzustellen. Ein RKI Team versucht neu darstellen Architektur der Projektes zu erfassen (ggf. Vorstellung Donnerstag im Krisenstab). Es bedarf einer Klärung von Fragen an die Gesundheitsämter, um die Architektur zu kreieren. Es muss u.a. die Auswirkung der App auf Gesundheitsämter geklärt werden. Für die Vielzahl der erwarteten Nutzer wird ein ausreichend großes Call Center für bestimmte Fragen (technische Eben, Sachebene) benötigt.</p> <p>! <u>Datenspende App</u>: Es gibt inzwischen über 500.000 Nutzer. Sowohl die Meiden als auch die Nutzer wollen Informationen zu den Daten haben. Es gibt bereits eine Internetseite mit Informationen zu dem Projekt. Es sollen z.B. eine Landkarte/Fieberkarte erstellt werden, Pulswerte abgelesen Fieberkarte muss online gestellt werden. Das Modell, welches eingesetzt wird, ist auf Influenza geeicht. Fieber ist ein Parameter, der nicht immer auftaucht. Herr Brockmann ist dabei, dies aufzuarbeiten.</p> <p>! <u>Quarantänetagebuch</u>: Dies wird auch mehr vom BMG gefordert, um Anforderung an Gesundheitsämter etwas zu entschärfen. In einigen Gesundheitsämtern (z.B. Offenbach,</p>	FG21

	<p>Schwerin) wird diese App pilotiert.</p> <p><i>ToDo: Herr Schmich will Herrn Brockmann mitteilen, dass er herzlich willkommen ist, den Krisenstab über seine Projekte zu informieren</i></p> <p><i>ToDo: Damit genügend Zeit bleibt, die Themen „Internationales“ und „Update digitale Projekte“ zu besprechen, sollen diese bereits am Anfang der Agenda stehen.</i></p>	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 05.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	05.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt.1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Rühle
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! L1
  - Joachim-Martin Mehlitz

- 
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage:</b> 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.</li> <li>○ <b>Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage:</b> Es zeigt sich eine Fortsetzung bekannter Trends. Hervorzuheben ist, dass sich in Russland keine Entspannung abzeichnet, aber auch kein zusätzlicher Anstieg eingetreten ist.</li> <li>○ <b>Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:</b> 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.</li> <li>○ <b>R eff. Trend für Länder mit &gt;7.000 Fällen/letzte 7 Tage:</b> In Indien ist trotz restriktiver Maßnahmen ein Anstieg festzustellen. Dies sollte nochmals im Verlauf evaluiert werden.</li> <li>○ <b>R eff. Trend für Länder mit 1.400 bis 7.000 Fällen/letzte 7 Tage:</b> Chile verzeichnet einen deutlichen Anstieg.</li> <li>○ <b>Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt;1:</b> Die Reproduktionszahl für Brasilien nimmt ab, währenddessen sie für Russland</li> </ul>	ZIG1/alle

moderat ansteigt.

! Detailanalyse: **Chile**

- Neben Kuba gilt Chile als Vorzeigeland südlich der USA, welches bis März 2020 für sein Krisenmanagement als auch sein im südamerikanischen Vergleich gutes Gesundheitssystem (2,2 Betten/1.000 Einwohner = ca.  $\frac{1}{4}$  von unseren Kapazitäten) gelobt wurde, aber seither wird ein exponentieller Anstieg der Fallzahlen verzeichnet und ein weiterer Anstieg (ggf. mit R Richtung 2) projiziert. Mit heutigem Stand gibt es 20.643 Fälle bei einer geringen Fallsterblichkeit. Seit Mitte April liegt laut WHO in Chile eine Community transmission vor. Die meist betroffenen Regionen sind die Metropolregion sowie Araucania und Magallanes. Der Positivanteil von 9,5% ist im europäischen Vergleich hoch, aber niedrig in Südamerika.
- Warum ist die Epidemie in Chile bei guten System-Voraussetzungen trotzdem nicht unter Kontrolle? Mögliche Erklärungen wären ein Anstieg der Testungen (aber konstant bei 5.000 bis 10.000 Tests pro Tag geblieben), eine Änderung der Surveillance (tatsächlich werden inzwischen auch asymptomatische Fälle in die offiziellen Meldezahlen integriert, was aber nur etwa 10% des Anstiegs erklären kann; es werden alle Kontakte von Erkrankten gescreent; wenn Kontakt zu einem Fall und CRP+, dann wird dieser Kontakt gezählt) und unzureichende Infektionsschutzmaßnahmen (am wahrscheinlichsten).
- Bei Auswertung der Epikurve in Hinblick auf politische Maßnahmen wird ersichtlich, dass die getroffenen Maßnahmen nicht ausreichten bzw. zu kurzzeitig eingesetzt waren (nächtliche Ausgangssperre ab Mitte März vom Zeitfenster 22:00-5:00 unzureichend, Quarantäne ab 25.03.2020 auf 30-40% des Landes beschränkt, Versammlungsverbote nur für Versammlungen mit mehr als 500 Personen, Schließung nicht-essentieller Geschäfte nur empfohlen). Innerhalb einer Region gab es unterschiedliche Quarantäne-Verordnungen. Die Maßnahmen erscheinen nicht kohärent und zu kleinteilig und haben zu Verunsicherung der Bevölkerung sowie zu



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Protesten (mit Teilnahme von mehr als 500 Personen) in der Metropolregion geführt. Zwischenzeitlich war ein Carnet COVID-19 Immunitätspass geplant, der von der WHO abgelehnt wurde; stattdessen gibt es seit 2 Tagen Freilassungsscheine, die die Angabe enthalten, dass eine Quarantäne beendet wurde, und bei denen es Anzeichen gibt, dass sie auf einem Schwarzmarkt gehandelt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen/Todesfälle (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell 163.860 Fälle (+685), davon 6.831 (+139) verstorben</li> <li>○ Insgesamt ist trotz des langen Wochenendes kein großer Anstieg im Vergleich zum Wochenende zu verzeichnen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Die bundesweite Reproduktionszahl ist seit gestern leicht gesunken. In der heutigen EpiLag wurde die Änderung der Berechnungsgrundlage diskutiert.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Hinsichtlich der 5- und 3-Tages-Inzidenz sticht der LK Steinburg (SH) hervor; dort ist ein Ausbruch in einem fleischverarbeitenden Betrieb in Itzehoe bekannt geworden, bei dem 49 von 108 Personen positiv getestet wurden, die aktuell ohne Kohortierung untergebracht sind. Weder eine Überlastungsanzeige noch ein Amtshilfeersuchen sind ans RKI herangetragen worden.</li> <li>○ 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).</li> <li>○ Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell knapp 2000 COVID-19 Patienten in intensivmedizinischer Behandlung; die Kurve zu Krankenhausstandorten, COVID-19 Fällen und freien High Care Betten hat sich seit gestern nicht wesentlich geändert.</li> <li>○ Die Tabelle zu den übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in einer Einrichtung weist viele Fälle in Einrichtungen § 36 aus,</li> </ul>	<p style="text-align: center;">Alle</p>
--	--	---



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>aktuell sind aber noch (?) keine Schulen betroffen (§33). Bei den nach §23 IfSG erfassten, in medizinischen tätigen Einrichtungen Personen zeigen sich keine großen Veränderungen hinsichtlich Geschlecht- oder Altersverteilung. Aus der Abbildung zu übermittelten Fällen nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen geht ein zeitversetzter Kurvenverlauf in den 3 genannten Subgruppen (tätig nach §36 IfSG, tätig nach §23 IfSG, betreut nach §36 IfSG) hervor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinsichtlich der von Herrn Brockmann bereit gestellten Analysen zur Mobilität ist ein deutlicher Einbruch ab Mitte März 2020, dann ein Anstieg der Mobilität ab Anfang April 2020 zu beobachten.</li> <li>! Amtshilfeersuchen: Amtshilfeersuchen nehmen zu. In der aktuellen Liste ist das Ersuchen aus Cuxhafen bezüglich des Kreuzfahrtschiffes MeinSchiff noch nicht enthalten. An Bord sind ca. 3000 Leute aus ca. 160 Staaten. Aktuell sind Maria an der Heiden und Timm Schneider zur Unterstützung vor Ort.</li> <li>! 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.</li> <li>! Hinsichtlich des Schlachthof-Ausbruchs in SH ist eine getrennte Unterbringung zu empfehlen. Zwar liegen aktuell weder eine Überlastungsanzeige noch ein Amtshilfeersuchen vor, dennoch sollte proaktiv eine Beratung angeboten werden.</li> <li>! Mortalitätssurveillance wird im Verlauf der Woche vorgestellt werden.</li> <li>! Berechnung des Mittelwerts von R: ist aktuell nicht u berichten, ggf. aber ab Mitte/Ende Mai</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> Lagezentrum soll klären, inwiefern die pädiatrischen Intensivbetten in die Erhebung bzw. den Bericht des DIVI-Intensivregisters aufgenommen werden; U Rexroth wird hinsichtlich des Ausbruchs in SH Beratung anbieten.</p>	
--	--	--

<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> Nicht besprochen	
<b>4</b>	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <p>! Das Lagezentrum bittet um Zusendung von Beiträgen zu Studienergebnissen (Studie, ppt-Folie) bis 45 Minuten vor Beginn der Krisenstabssitzung.</p> <p>! Für einen protektiven Effekt von MMR-Impfungen gegen COVID-19 gibt es aktuell keine Anhaltspunkte.</p> <p>! Es werden aktuell Studien durchgeführt, die BCG als protektiven Faktor bei COVID-19 untersuchen, aber Ergebnisse stehen dazu noch aus.</p> <p>! Es wird Interesse an der Einordnung einer koreanischen Studie geäußert, in der eine hohe Zahl an Re-Infektionen berichtet wurden. Die Autoren hätten zwischenzeitlich ihre Ergebnisse relativiert. Zusätzlich ist die Frage der Persistenz und der protrahierten Verläufe der COVID-19-Infektionen von Interesse.</p> <p><i>ToDo: Neues aus der Wissenschaft anstelle von Erkenntnisse über Erreger als TOP aufnehmen</i></p>	alle
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> Nicht besprochen	alle
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Welthändehygienetag wird als Anlass für Werbung für Händehygiene genommen. Dazu wurde am 30.04.2020 eine Pressemitteilung veröffentlicht. Händehygiene ist laut Bürgeranfragen immer noch nicht verinnerlicht. Zunehmend kommen Anfragen zu Immunität, Kombinationstestung, Abständen zwischen Rachenabstrichen und Serologie sowie zu Re-Infektionen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Anlässlich des Tags der Händehygiene wurde im gestrigen Bulletin eine Übersicht, u.a. von Frau Schwebke, veröffentlicht.</p> <p>! Heute findet ein Webex Seminar mit Matthias an der Heiden</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>





	bzgl Nowcasting und Reproduktionszahlen statt.	
<b>7</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein: CDs-Schalte Schwellenwert Inzidenz 35/100.000 Einwohner?</b></p> <p>! Die Landesbehörden sind aktuell aufgefordert, einen Bericht zu kommentieren, der die Inzidenz von 35/100.000 Einwohner als möglichen Schwellenwert definiert. Allerdings ist ein einzelner Schwellenwert wenig zielführend, u.a. da die LK unterschiedlich groß (50.000 bis 300.000 Einwohner) sind und das Infektionsgeschehen durch Ausbrüche in Alten- und Pflegeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Indikatoren bereit zu stellen wird aus fachlicher Sicht weitgehend abgelehnt, jedoch werden diese nachdrücklich von politischer Seite eingefordert (eine diesbezügliche Weisung ist jedoch nicht erfolgt). Die genannte Inzidenz kommt aus einer Diskussion zwischen BM Braun und BM Spahn.</p> <p>! Kommt das RKI der politischen Forderung nicht nach, besteht das Risiko, dass politische Entscheidungsträger selbst Indikatoren entwickeln und/oder das RKI bei ähnlichen Aufträgen nicht mehr einbindet. Gleichzeitig besteht auch die Möglichkeit, gegenüber der Politik die lokalen Bedingungen stärker zu kommunizieren und mehr Transparenz herzustellen, um dadurch oberen Entscheidungsträgern im Bund und in den Bundesländern Sicherheit zu geben, dass sie erfahren, ob die Lage vor Ort unter Kontrolle ist oder nicht. Bei fehlender fachlicher Grundlage für die Entwicklung der gewünschten Indikatoren müsse dies klar kommuniziert werden, um die Glaubwürdigkeit des Instituts nicht zu gefährden.</p> <p>! Ziel ist grundsätzlich eine Virussuppression zu erreichen, so dass klassische Infektionsschutzmaßnahmen ausreichen. Daher sollten eher Prüfwerte für den ÖGD auf LK-Ebene definiert werden (bei deutlich niedrigeren Inzidenzen, z.B. 5/100.000 Einwohner). Solche Prüfwerte sollten nicht</p>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>

	<p>automatisch mit einer Maßnahme wie Schulschließungen verknüpft werden, sondern lediglich der Überprüfung der Lage dienen. Dass diese Prüfwerte politisch für andere Zwecke genutzt werden könnten, ist nicht vermeidbar. Eine ähnliche Diskussion wurde bereits in der Deeskalations-AG geführt, mit ebenfalls deutlich niedrigeren Schwellen (2,5/100.000 Einwohner). Prüfsignale sollten möglichst früh einsetzen und könnten auf unterschiedlichen Level (LK, BL, Bund) definiert werden. Letztlich richtet sich die politische Forderung auf eine neue Definition der besonders betroffenen Gebiete, die ursprünglich für die Testkriterien entwickelt wurden. Die 7-Tages-Inzidenz bietet sich dafür an.</p> <p>! Auf Basis der Vorarbeiten der Deeskalationsstrategie-AG sollen Prüfwerte auf LK-Ebene definiert werden. Zusätzlich sollen weitere Prüfwerte für die Landes- und Bundesebene erstellt werden, wenn in einem BL mehr als X LK oder 3 benachbarte LK den Prüfwert überschreiten bzw. wenn mehr als 3 BL die Prüfwerte überschreiten.</p> <p><i>ToDo: Fr. Hanefeld erstellt eine Übersicht bis heute 18 Uhr</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b> Die Diskussion bezüglich der Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit wird verschoben.</p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Hinsichtlich der Orientierungshilfe für Bürger ist eine Rückmeldung mit geringfügigen Änderungsvorschlägen seitens BZgA eingegangen.</p> <p>! Hinsichtlich des Flusschemas für Ärzte gibt es folgende Änderungen: Alle Personen mit respiratorischen Symptomen sollen getestet werden, zusätzlich solche mit Geschmacks- und/oder Geruchsverlust.</p> <p>! Zur Diskussion steht, ob zwischen Empfehlungen für Testkriterien und Meldepflicht als Verdachtsfall differenziert werden soll. In der Vorlage werden Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall und akuten respiratorischen Symptomen jeglicher Schwere als Verdachtsfall gemeldet, dagegen Personen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall bei jeglichen mit COVID-19-</p>	<p>IBBS/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>vereinbaren Symptomen nicht.</p> <p>! Angesichts der Weiterentwicklung digitaler Tools zur Kontaktpersonennachverfolgung und frühzeitigen Erkennung von Verdachtsfällen sollte ggf. bei namentlichem Kontakt zu einem bestätigten Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen ebenfalls eine Verdachtsmeldung erfolgen. Wichtig ist aber auch den erhöhten Arbeitsaufwand der niedergelassenen Ärzte bei Änderung der Meldepflicht zu berücksichtigen. Diese können bereits niederschwellig Verdachtsfälle testen. Eine Schätzung der Anzahl möglicher neuer Verdachtsfälle bei Anpassung der Meldeverordnung ist schwierig; Verdachtsfälle werden nicht ans RKI übermittelt. Auch wenn das GA regelmäßig Kenntnis hat, ob Kontaktpersonen symptomatisch werden, so sind einige Personen, die Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall hatten, ggf. nicht erfasst. Nach Abstimmung ist die Mehrheit der Teilnehmenden für eine Änderung des Flusschemas, so dass auch Personen mit Kontakt zu einem bestätigten COVID-19 Fall und jeglichen mit COVID-19 vereinbaren Symptomen als Verdachtsfall meldepflichtig sein sollen.</p> <p>! Der Hinweis „meldepflichtige Verdachtsfälle“ sollte im Layout so platziert werden, dass der Bezug zum roten Kasten deutlicher wird.</p> <p>! Ein Erlassbericht hinsichtlich Testungen ist bereits an BMG versandt worden, einschließlich Information der Bürger über niederschwelliges Testangebot. Abstimmung mit AGI und KBV steht noch aus, so dass aktuelles Dokument noch nicht auf der Webseite erschienen ist.</p> <p>! Aus informellen Quellen ist bekannt geworden, dass das BMG mit dem Erlassbericht nicht zufrieden gewesen ist und eine eigene Synopse für unterschiedliche Testempfehlungen erstellt. Eine Klarstellung des Bedarfs für eine einseitige Synopse soll über Frau Korr erfolgen.</p> <p><i>ToDo:</i> B Rühle überarbeitet das Flusschema für Ärzte bis morgen. Im Rahmen der heute angesetzten TK Testen in der Pflege wird mit Frau Korr/BMG der Bedarf für eine einseitige Synopse aller Empfehlungen eruiert.</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p>	

	Nicht besprochen	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Es wird angefragt, inwiefern das Votum eines Ethikkommittees für Ausbruchsuntersuchungen notwendig ist. Anlass ist die Anfrage eines Pädiaters, der bei Ausbruchsgeschehen in 2 Kitas serologische Untersuchungen bei Kindern durchführen möchte.</p> <p>! Dabei ist eine Unterscheidung zwischen Aufgaben im Rahmen der Diensttätigkeit (abgedeckt durch IfSG) und wissenschaftlichen Studien vonnöten; letztere gehen mit einer ausführlichen Begründung und langen Bearbeitungsdauer einher. Generell sollte bei invasiven Eingriffen ein Ethikvotum eingeholt werden, insbesondere bei Kindern. Allerdings würde eine lange Bearbeitungsdauer, die ggf. aber durch enge Zusammenarbeit mit der Charité verkürzt werden könnte, ggf. die eigentliche Ausbruchsuntersuchung verhindern. Bei Amtshilfeersuchen durch ein GA ist aber davon auszugehen, dass das RKI auch ohne Ethikvotum tätig werden kann, um eine Ausbruchsuntersuchung durchzuführen (analog zu Ausbruchsuntersuchungen bei Masern). Solange die Untersuchung zusammen vom GA und RKI durchgeführt wird, ist sie am ehesten vom IfSG abgedeckt und benötigt kein eigenes Ethikvotum. So ist die aktuelle Ausbruchsuntersuchung in Südsachsen (inkl. einer serologischen Untersuchung) ohne Ethikvotum geplant.</p> <p>! Bei Anfragen zu Ausbruchsuntersuchungen sind auch die entsprechenden Fachgesellschaften miteinzubinden, im vorliegenden Fall die Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.</p> <p><i>ToDo:</i> Hr. Mehlitz wird die Thematik aufbereiten und Rückmeldung geben.</p>	FG36/L1/ alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 wird verschoben</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! mdB um Beitrag / Einschätzung bis 06.05. DS; PCR Tests am Flughafen Wien wird verschoben</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Mein Schiff 3 Cuxhaven (s. TOP 1 Nationales)	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b>  Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  ! AGI TK  ! BMG-interner Austausch zum Thema "Testen in der Pflege" auf Fachebene (M Mielke, T Eckmanns)  ! Sitzung des interministeriellen Krisenstabes (U Rexroth)  ! Mini-Workshop für interessierte Journalisten zur Reproduktionszahl R / M an der Heiden	alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nicht besprochen	
	<b>Nächste Sitzung:</b> Mittwoch, 06.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	06.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt.1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche



- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 349 568 387"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 427 512 456"><b>International</b></p> <p data-bbox="339 495 1054 524">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 557 1187 685">○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 620 1187 685">▪ USA sind weiterhin ein Hotspot &gt;1,2 Mio Fälle, &gt;70.000 Todesfälle, seit April neue Fälle leicht zurückgegangen</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 707 1187 871">○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 770 1187 871">▪ In Brasilien und Russland gibt es weiterhin eine starke Zunahme der Fallzahlen. UK ist seit 3 Wochen konstant und in den anderen Ländern zeigt sich eine Abnahme.</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 898 1198 994">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 965 1198 994">▪ Starke Zunahme u.a. in Bangladesch, Ägypten, Südafrika.</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1021 963 1122">○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt;1           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1088 839 1122">▪ Keine Änderung zu gestern.</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1149 1203 1906">○ Studie zu Genesenen, wieder positiv getesteten Patienten aus Südkorea:           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1249 1203 1314">▪ 263 Patienten aus Südkorea , die nach Entlassung erneut positiv getestet wurden</li> <li data-bbox="443 1346 1187 1447">▪ RNA Fragmente konnten bis zu 2 Monate nachgewiesen werden, aber mit kulturellen Tests konnten bei diesen Patienten kein lebendes Virus gefunden werden.</li> <li data-bbox="443 1478 1187 1543">▪ PCR zum Verlaufmonitoring nicht geeignet. Bedarf von anderen Parametern zur Verlaufskontrolle.</li> <li data-bbox="443 1574 1171 1675">▪ Auch die Frage wie lange jemand infektiös ist sollte nochmal diskutiert werden. Labordaten von ZBS1 sind dafür wichtig.</li> <li data-bbox="443 1706 1203 1906">▪ PCR-Nachweis aus Speichel gut möglich. Ct-Werte sind testabhängig und können nicht so einfach zur Deutung der Infektiosität verwendet werden (Ct-Werte &gt;25 kann nicht gleichgesetzt werden mit nicht mehr infektiös), Verwendung von IgG-Nachweisen ist auch Thema in AG Diagnostik.</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1933 1155 2027">○ Saisonalität:           <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 2002 1155 2027">▪ Fallzahlen gehen in Europa bis auf Schweden und UK</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1/alle





	<p>runter, Anstieg in Afrika (bei geringen Testzahlen) – Einfluss von Saisonalität?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saisonalität schließt das veränderte Verhalten der Bevölkerung in der Saison und die Eigenschaften des Virus mit ein.</li> <li>▪ Entwicklung der Wellen in den Ländern geschieht unter dem Einfluss von massiven Maßnahmen, schwierig systematische Unterschiede zw. Ländern der Nord- und Südhalbkugel zu identifizieren.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Es gibt eine aktuelle Studie der London School of PH, dass das Klima keine Rolle spielt, Studie wird von Hr. Karo geteilt</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Das Volumen des derzeitigen Pendlerverkehrs und die Einflüsse hiervon könnten vorab betrachtet werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: INIG wird den Prozess zur Bestimmung von Risikogebieten optimieren, vorab Kriterien bestimmen und operationalisieren.</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Problemen bei der Validierung der Daten aus Hamburg am RKI, ca. 200 Fälle zu wenig. Diskrepanz seit 2-3 Tagen. Hamburger GÄ verwenden Octoware, die Labormethode kann bei der Software nicht eingegeben werden, es wurde zuvor eine Lösung gefunden die Fälle trotzdem zu validieren. Diese Lösung funktioniert derzeit nicht mit der neuen SurvNet-Abfrage. Die Hamburger GÄ übermitteln die richtigen Zahlen, die Abfrage muss umgestellt werden, damit alle Fälle als valide identifiziert werden können. Der auf der Folie dargestellte</li> </ul>	FG32/alle
--	---	-----------



	<p>Kommentar muss auch auf der Webseite dargestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ R in SH derzeit etwas erhöht, ggf. durch Fälle auf Schlachthof im Kreis Segeberg.</li> <li>○ 7-Tages Inzidenz: LK Greiz in TR bei Gotha hat 84 Fälle/100.000 Einwohner, Ausbrüche in Altenheimen</li> <li>○ 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)</li> <li>○ GÄ sollten nochmal darauf hingewiesen werden, dass die Eingabe der wahrscheinlichen Quelle sehr wichtig ist. Daten könnten ggf. automatisch ausgewertet werden.</li> <li>○ In Reeskalationsstrategie wie sie an das BMG gesendet wurde, wurde Folgendes empfohlen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich soll jeder Fall überprüft werden.</li> <li>▪ Bei Inzidenz von 25/100.000 Einwohner muss der LK Ursache des Geschehens klären.</li> <li>▪ Bei Inzidenz von 50/100.000 Einwohner muss zusätzlich die Landesstelle schauen, wie sich das Geschehen erklären lässt.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37/AL1/ AL3</p>
--	---	--------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Presse heute früh stand allerdings, dass die Maßnahmen bei einer Inzidenz von 50/100.000 Einwohner hochgefahren würden, sollte kein Automatismus sein.</li> <li>▪ Im Papier ist klargestellt, dass qualitative Analyse durchgeführt werden muss, es ist aber unklar wie die Politik die Empfehlung umsetzt</li> <li>▪ Fr. Glasmacher hat zusätzlich nach den LK mit &gt;50 Fällen gefragt.</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Hamouda bespricht die Thematik mit Fr. Glasmacher.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dank an Hr. Faber für die tägliche Erstellung der Graphiken der kumulativen Inzidenzen. „Daumenkino“ zu COVID-19 Fällen wird versendet (Folien <a href="#">hier</a>).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ DIVI: Die Aufnahme der pädiatrischen Intensivbetten in die Erhebung/den Bericht wird umgesetzt.</li> <li>○ Labordaten ARE (Folien <a href="#">hier</a>): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Teste bleibt bundesweit in etwa gleich, aber Anzahl SARS-CoV-2-positiver Nachweise geht runter</li> <li>▪ In allen BL sieht man einen Rückgang des Anteils der positiven Testungen (deutlicher bei besserer Abdeckung in großen BL), Saarland herausgenommen, da zu wenig Testungen</li> <li>▪ Zeitverzug zw. Entnahme und Testung im Labor ist etwas über einen Tag.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: FG37 führt Berechnung durch und stellt sie nächste Woche im Krisenstab vor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Altersstatifizierung sieht man, dass in der Altersgruppe &gt;80j sehr viel getestet wird, mittlere</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------------------



	<p>Altersgruppen ähnlich häufig und Kinder weniger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivtestungen gehen herunter, weniger Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Labordaten VOXCO-Umfrage: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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%)</li> <li>▪ Anzahl der Testungen ist deutlich gesunken, auf Niveau von vor KW12, Anteil der Positiven auf KW10-Niveau</li> <li>▪ Kapazitäten sind gestiegen: von ca. 860.000 (KW17) auf 965.000 (KW18)</li> <li>▪ Rückstau ca. 3000 Proben in 30 Laboren</li> <li>▪ Lieferprobleme betreffen Abstrichtupfer, Pipettenspitzen und Extraktionskits</li> </ul> </li> <li>○ Grippeweb, ARE-Konsultationsinzidenz und Positivenrate und ICOSARI: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AGI so gut wie keine Aktivität, ILI und ARE ganz leicht angestiegen, aber deutlich unter Vorjahren</li> <li>▪ ARE-Konsultationen: 250.000 Personen mit ARE waren in Haus- oder Kinderarztpraxis, aber in allen Altersstufen rückläufig</li> <li>▪ ARE-Positivenrate: Trotz Motivations Schreiben und positiven Aussagen von Ärzten etc. ist der Probeneingang sehr zögerlich, untersucht wurden 30 Proben und kein respiratorischer Erreger wurde gefunden.</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Kapazitäten für Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen: Noch nicht von allen Rückmeldungen, morgen in AGI nochmal Erinnerung, wird mit BMG geteilt</li> <li>○ Amtshilfeersuchen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei dem Geschehen auf dem Schlachthof in SH ist keine Hilfe notwendig.</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mein Schiff 3 in Cuxhaven: <ul style="list-style-type: none"> <li>! 2900 Menschen auf dem Schiff, KP1 und KP2 nicht zu differenzieren, gemeinsame Feiern vor wenigen Tagen.</li> <li>! Zunächst Info, dass BMI die Quarantäne an Land verhindert, aber laut BMI wollten LK und NI die Personen nicht an Land gehen lassen. Inzwischen ist das Land/der LK bereit die Personen an Land zu lassen, Entscheidung sollte aber von woanders kommen und die Koordination von anderer Stelle erfolgen.</li> <li>! Es gibt ein Angebot eines Immobilienservice die Personen in deren Wohnungen unterzubringen (verteilt über DE, z.T. nahe des Frankfurter Flughafens).</li> <li>! Die Heimatländer aller Personen müssen informiert werden.</li> <li>! Pläne der TUI 1000 Personen mit Charterflügen nach Hause zu senden, kann aus fachlicher Sicht nicht empfohlen werden.</li> <li>! Quarantäne auf Schiff wird ebenfalls nicht empfohlen aus Erfahrung mit Diamond Princess: Situation auf Schiff relativ beengt (Personenanzahl höher als Anzahl Crew normalerweise), ggf. Verbreitung des Virus über Belüftung oder andere Übertragungen in Enge des Schiffes.</li> </ul> </li> </ul>	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
4	<b>Neues aus der Wissenschaft</b> ! Fragen zu Aerosolen in Alltagssituationen (vertagt auf Donnerstag)	FG14
5	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Die Aktualisierung der Risikobewertung wird Montag diskutiert.	AL3
6	<b>Kommunikation</b> BZgA ! Rückmeldungen von Bevölkerung v.a. zu MNB, derzeit v.a. Visiere	BZgA



	<p>bei Kontraindikation für MNB – Schutzwirkung identisch? Verweisen auf eingestellt Infos (RKI, BZgA).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Studie aus Kompetenznetz: keine belastbare Hinweise auf Wirksamkeit von MNB – sollte nochmal diskutiert werden.</li> <li>! Informationen zu genaueren Handhabung der BL für die einzelnen Regelungen, morgen in AGI? Wo werden Hinweise in Ländern Hinweise auf offiziellen Seiten gegeben?</li> <li>! Verunsicherung in Teilen der Bevölkerung bezüglich vermehrter Kontakte, v.a. wenn Personen auf engem Raum zusammenleben (WGs z.B.).</li> <li>! Thema Maskenbenutzung im Freien und die Frage zu Wohngemeinschaften bedarf einer größeren Diskussion.</li> <li>! Man sollte intensiv auf Bedeutung des Abstands hinweisen.</li> <li>! Aktueller Stand der Bürgerinfos zum Testen: Auf Fachebene Kommentierung abgeschlossen, Hinweise sind berücksichtigt worden. Die Aussage „Gute Genesung“ war Bruch in Diktion des Merkblattes. Informationen sollen Testangebot für Bevölkerung flankieren.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tagesschau hat kurz vor Krisenstab zu fehlerhaften Testzahlen von letzter Woche getwittert.</li> <li>! R-Seminar für Journalisten mit Hr. an der Heiden und Fr. Degen, 70 Datenjournalisten haben sich eingewählt, sehr positiv aufgenommen. Geplant war kleine Webseite zu Nowcast mit Beispiel-Rechnung für R. Hr. Schaade möchte diese Seite zuvor sehen.</li> </ul> <p><i>To Do: Presse sendet die Pläne zu der Nowcast-Seite an VPräs.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In Lagebericht berichteter R-Wert (und auch alle weiteren Daten, die nicht auf dem Dashboard stehen) sollen für 24 Stunden in der Kommunikation nach außen verwendet werden, bis der nächste Lagebericht versandt ist. Hintergrund: Hr. Spahn hat den R-Wert des vorherigen Tages berichtet und Hr. Wieler kurz danach in seinem Pressebriefing den aktuellen Wert des Tages.</li> </ul>	<p>Presse</p> <p>VPräs</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Indikatoren für die besonders betroffenen Gebiete in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es sollte überlegt werden, wie wir intern darstellen können, wenn Infektketten durch Mobilität zw. den BL in dem anderen</li> </ul> </li> </ul>	FG36



	<p>BL weitergehen – bzw. wie der Einfluss der Mobilität zw. den BL generell in DE ist. Derzeit nicht erfasst.</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Empfehlung zur Doppeltestung bei geringer Prä-Test Wahrscheinlichkeit? (nicht besprochen)</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Aktualisierung Papier für Großveranstaltungen (nicht besprochen)</p> <p>! Papier für Gemeinschaftsunterkünfte (nicht besprochen)</p> <p>! Flusschema Bevölkerung (nicht besprochen)</p> <p>! Orientierungshilfe für Ärzte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gab 4 noch nicht geklärte Stellen im Papier: <ol style="list-style-type: none"> <li>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).</li> <li>2. 2. KBV-Vorschlag für Testung: Betonung der Risikogruppen wegnehmen, da man bei einer Ergänzung einen Schwerpunkt sieht. Sensibilität für Risikogruppen ist vorhanden, es soll darauf hingewirkt werden, dass alle getestet werden. Vorschlag vom Krisenstab angenommen. Ergänzung wird weggenommen und „alle“ fett gedruckt.</li> <li>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.</li> </ol> <p><i>ToDo: FG32 gibt Rückmeldung an AGI.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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)</li> </ol> </li> </ul>	IBBS
<b>7</b>	<b>Labordiagnostik</b>	AL1



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! PCR Tests am Flughafen Wien</li> <li>○ Stellungnahme von Fr. Rexroth schon an BMG gesendet, da nicht ersichtlich, dass Aufgabe von LZ auch an Hr. Mielke vergeben.</li> <li>○ Fr. Rexroth sendet Hr. Mielke versendete Stellungnahme und kann seine Stellungnahme zusätzlich an das BMG senden.</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neue Strategie für Entlasskriterien notwendig (wird am Donnerstag diskutiert)</li> </ul>	IBBS
<b>9</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Feinere Differenzierung Risikogruppen (nicht besprochen)</li> <li>! Mund-Nasen-Bedeckung in Schulen (nicht besprochen)</li> </ul>	FG32
<b>10</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AU-Auswertung: BKKDV Monatlicher Krankenstand: Sonderauswertung SARS-CoV2 (nicht besprochen)</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einschätzung des RKI zu PCR Tests am Flughafen Wien (s.o.)</li> <li>! Differenzierte Grenzöffnung anhand von Indikatoren – wieder Ausweisung internationaler Risikogebiete? (s.o.)</li> <li>! BfARM nimmt Empfehlung zur Dekontamination von Masken zurück</li> </ul>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 1000. Aufgabe des LZ an Michaela Diercke verteilt</li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! WHO TK mit IHR NFP</li> <li>! Informal OECD Health Committee Seminar</li> </ul>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Donnerstag, 07.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	07.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 275 564 309"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 349 512 383"><b>International</b></p> <p data-bbox="331 416 1054 450">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 483 1198 611">○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 544 1198 611">▪ USA weiterhin am stärksten betroffen, seit April leichter Rückgang</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 633 1198 761">○ Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 694 1198 761">▪ Starke Zunahme in Brasilien und Russland, in Brasilien auch sehr viele Todesfälle</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 790 1198 918">○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 851 1198 918">▪ Die Lage in Asien und Afrika entwickelt sich, auch wenn die berichteten Fallzahlen nicht so hoch sind.</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 947 1198 1832">○ Gesamtzahl der Todesfälle in EU <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="443 1014 1198 1115">▪ Die meisten Todesfälle gab es in UK, Italien, Spanien und Frankreich und auch in Belgien (mehr als 8000 Todesfälle), obwohl es ein relativ kleines Land ist.</li> <li data-bbox="443 1144 1086 1211">▪ Seit 3 Wochen sind die Todesfälle in der EU auf niedrigem Niveau.</li> <li data-bbox="443 1240 1150 1341">▪ Fall-Verstorbenen Anteil in Frankreich am höchsten, Belgien hat höchste Mortalität pro 100.000 (70 Todesfälle/100.000 Einwohner)</li> <li data-bbox="443 1370 1198 1606">▪ Grund für hohe Mortalität in Belgien ist, dass Todesfälle bei bestätigten COVID-Fällen, aber auch bei Verdachtsfällen gezählt wurden: in KH Fälle mit Laborbestätigung oder Thorax-CT, außerhalb des KH Fälle mit Laborbestätigung oder klinischen Kriterien für COVID-19. Mehr als die Hälfte der Fälle aus Pflegeheimen berichtet (5% bestätigt, 95% Verdachtsfälle)</li> <li data-bbox="443 1635 1166 1702">▪ Keine Untersuchung zur Auswirkung der Maßnahmen auf Mortalität bekannt.</li> <li data-bbox="443 1731 1166 1832">▪ Die USA zeigen ebenfalls eine sehr hohe Mortalität und Sterblichkeit bei jüngeren Menschen, Diabetes scheint eine große Rolle zu spielen.</li> </ul> </li> <li data-bbox="379 1865 1198 1966">○ Auch bei Ländern, die DE voraus sind im Epidemie-Verlauf ist derzeit keine deutliche zweite Welle sichtbar, allerdings z.T. immer noch unter starken Maßnahmen.</li> </ul>	<p data-bbox="1243 342 1385 376">ZIG1/BZgA</p> <p data-bbox="1243 477 1369 510">FG32/alle</p>



	<p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Fälle und Todesfälle: große Unterschiede in den BL (1,2 in MV – 15,7 in BY) , Einfluss des Alters der Bevölkerung wahrscheinlich.</li> <li>○</li> <li>○ Großes Interesse an Kurve „Fälle nach übermitteltem Todesdatum“ (DESTATIS, etc.). DESTATIS geben diese Woche ihre Daten heraus und werden dazu eine Presseerklärung abgeben.</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz steht jetzt sehr im Fokus, im Lagebericht und Dashboard schon lange berichtet. Wird jetzt z.T. auch von anderen berechnet.</li> <li>○ Qualitative Daten zur Unterfütterung der Inzidenzdaten werden zusammengetragen und weitergeleitet.</li> <li>○ Befürchtet wird politischer Druck auf GÄ, was wiederum ggf. das Testverhalten negativ beeinflusst.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ DIVI: Kapazitäten weiterhin vorhanden, Patientenzahl geht langsam zurück</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ fragt schriftlich beim BMG an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Amtshilfeersuchen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuxhaven: Gesundheitsministerium von NI hat</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>Amthilfeersuchen zurückgezogen, GA möchte aber gerne noch weiter Unterstützung und klärt das mit dem Ministerium. Team wartet auf Entscheidung und reist heute ggf. zurück. Insgesamt ein sehr politischer Einsatz, könnte möglicherweise noch fachlicher werden. Politische Entscheidung: Personen bleiben an Bord, sollen soweit möglich innerhalb kürzester Zeit in ihre Länder verteilt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SH: Amtshilfeersuchen von fleischverarbeitendem Betrieb, weitere Informationen folgen</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p>! SARS-CoV-2 receptor ACE2 is an interferon-stimulated gene in human airway epithelial cells and is detected in specific cell subsets across tissues (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SARS-CoV-2 Spikeprotein (S) bindet an ACE2 noch effizienter als SARS-CoV S. Typ II Serinprotease TMPRSS2 spaltet S, ermöglicht Eintritt in Zelle.</li> <li>○ Ziel der Studie: Identifizierung der ACE2-exprimierenden Zellen und in welchen Zellen Coexpression (ACE2+/TMPRSS2+)</li> <li>○ Analyse von Singe-cell RNA-sequencing data sets</li> <li>○ Lungengewebe: Zilienzellen und Typ 2 Pneumozyten sind ACE2+/TMPRSS2+</li> <li>○ Epithelien der oberen Atemwege: sekretorische Becherzellen sind ACE2+/TMPRSS2+ - u.U. Erklärung für Anosmie</li> <li>○ Zusätzlich ACE2 und TMPRSS2 Coexpression im Ileum</li> <li>○ 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</li> <li>○ ACE-Hemmer laut am Di vorgestellter Studie aus NEJM protektiv</li> <li>○ Die Bundeswehr betreibt einen Journal Club: Pool von Personen, die die Literatur scannen und Kurzzusammenfassungen schreiben, bei Interesse aus dem Krisenstab sollte Fr. Roßmann direkt kontaktiert werden.</li> </ul>	<p>FG12</p> <p>FG14</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Aerosole in Alltagssituationen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza wurde in Aerosolen des Atems nachgewiesen.</li> <li>○ Künstlich hergestelltes Aerosol (mit SARS-CoV-2 / SARS-CoV) in etwa 3h in der Luft stabil, Tröpfchenkerne sinken langsam ab.</li> <li>○ MERS in Aerosolen: Office-Bedingungen: 25 °C, 79%RH -&gt; 60% verbleibend nach 60 Minuten; 38°C, 24 % RH -&gt; 4,7% verbleibend nach 60 Minuten.</li> <li>○ 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</li> <li>○ Aerosolemmission sehr unterschiedlich zw. Menschen, höhere Lautstärke = größere Aerosolproduktion, untergeordnete Rolle von versch. Sprachen</li> <li>○ Natürliche Belüftung/hohe Luftaustauschrate kann Infektionsrisiko absenken.</li> <li>○ Umgebungskontamination durch Aerosole spielen im Büro wahrscheinlich keine große Rolle.</li> <li>○ Fazit: &gt;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).</li> <li>○ Aufruf wichtige neue Infos über SARS-CoV-2 an Hr. Jahn zu senden, damit der Steckbrief aktuell gehalten werden kann.</li> </ul> <p>! In Papier, das sich mit Aerosolfreisetzungen bei Zahnärzten befasst sollte ein Satz umformuliert werden, derzeit wird empfohlen nur bei bestätigten COVID-Patienten FFP2 zu tragen, sollte erweitert werden.</p> <p><i>ToDo: Hr. Haas spricht Änderungswunsch mit FG14 ab.</i></p>	FG36
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Wird Montag besprochen.</p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Anfragen von Musikschulen – Spielen von Blasinstrumenten würde man als genauso risikobehaftet bewerten wie Singen.</p> <p>! Anfragen von versch. Gewerken (Schlachter, Baugewerbe) BZgA</p>	BZgA/VPräs/ FG32

	<p>hat an Innungen und Dachverbände verwiesen.</p> <p>! Anfragen von Kitas: In Abhängigkeit vom Träger konkrete Hinweise vorhanden, muss aber individuell entschieden werden (Gruppengrößen/Raumgrößen), z.T. Anweisungen von Kultusbehörden vorhanden.</p> <p>! Bitte an BZgA und RKI aus EpiLag noch stärker zu formulieren, dass jeder mit respirator. Symptomen getestet werden sollte</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Heute war vorerst das letzte regelmäßige Pressebriefing – ab jetzt nur anlassbezogen</p> <p>! Testzahlen sind in Presse nicht weiter aufgegriffen worden</p> <p>! Auf Internetseite wird Dashboard in Übersicht nehmen Strategiepapiere zusammenfassen unter Strategie- und Krisenpläne</p> <p>! Dank für Unterlagen zur Schulung der Containment-Scouts, ärztliches Personal und Gesundheitsaufseher wurden damit geschult, zudem Schulung der Militär-Musiker</p>	<p>Presse</p> <p>Bundeswehr</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Neuer Grenzwert der Bundesregierung: 50 Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In EpiLag besprochen (wo zu finden, wer berechnet), qualitative Ergänzung der Zahlen, Automatismen und Formalisierungen werden nicht befürwortet.</li> <li>○ In EpiLag aufgerufen von Ausbrüchen und Amtshilfeersuchen zu berichten, sowie die Informationen für die Fälle in Meldesoftware vollständig auszufüllen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Abbildung mit zusätzlicher Schwelle von 35/100.000 wird von FG32 und Hr. Faber erarbeitet.</i></p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Indikatoren für innerdeutsche Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Beschluss von gestern steht, dass Mobilität ggf.</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eingeschränkt wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Wichtig ist dabei, dass die Quellen/Expositionsorte möglichst gut abgebildet und dokumentiert werden.</li> <li>○ Cluster sollten gut erfasst und verortet werden, unterhalb der LK-Ebene</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Setting als Zusatzinfo (von FG37 schon für KKH betrachtet) wird so operationalisiert, dass es auch in Linelist (für Lagebericht etc.) verfügbar ist.</li> </ul> <p>! Strategie-Ergänzung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird eine Strategie-Ergänzung benötigt, damit allgemein ein gleiches Verständnis da ist? Zum Teil scheint das Ziel der nächsten Phase nicht auf allen Ebenen klar zu sein und es gibt Rückfragen nach Zielwerten.</li> <li>○ „Testen, testen, testen“ ist im Grunde eine implizite Strategieergänzung, die von Politik vorgegeben wurde. Insgesamt heikel, da die Politik Vorgaben gemacht hat, mit denen in manchen Punkten nicht ganz übereingestimmt wird. Diese müssen aber soweit möglich in Strategie integriert werden.</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>VPräs/alle</p>
--	--	-------------------

	<p>Abstandsregeln eingehalten werden müssen. Insgesamt ist es eine neue Strategie, die auch kommuniziert werden sollte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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“</li> <li>○ Die Veränderung des Flussdiagramms ist ein guter Zeitpunkt auch eine neue Strategie vorzustellen.</li> <li>○ 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</li> <li>○ Strategie-Ergänzung muss mit BMG abgestimmt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 bereitet bis nächste Woche eine erste Version der Ergänzung zum Strategiepapier vor.</i></p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Papier für Gemeinschaftsunterkünfte <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>! EpiBull-Artikel zu Temperaturscreenings am Flughäfen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll sehr schnell veröffentlicht werden, geht an den gesamten Verteiler Krisenstab zur Kommentierung.</li> </ul> </li> <li>! Differenzierung der Risikofaktoren im Steckbrief <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ In ICOSARI werden Daten zu Vorerkrankungen ausgewertet, Kollektiv ist aber begrenzt, da derzeit Rückgang der Fälle</li> <li>○ Kleinteiliger auch mit sehr großer Multicenterstudie nicht zu beantworten.</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> <li>! Veranstaltungspapier:</li> </ul>	<p>FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte überarbeitet werden, keine feste Personengröße, Charakteristik der Veranstaltung, Abstandsregeln und Dokumentation der TN sollen aufgenommen werden.</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1: Seit Montag 400 Proben untersucht, 30 Proben SARS-CoV-2 positiv getestet.</p> <p>! FG12: Gestern keine Proben und heute 10 Proben untersucht, keine positiv für SARS-CoV-2.</p> <p>! Abt.2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit Fokus auf Hotspot-Studien, Beginn am 19.06. (Pressetermin) in Hohenlohe, dann nach 3-4 Wochen Testung in Rosenheim, insgesamt werden 2000 Personen mit 2 Bussen beprobt.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Zusätzlich Vernetzung mit verschiedenen Partnern: Es gibt viele Projekte auf Gemeindeebene und von anderen Institutionen, Versuch die Ergebnisse ggf. zusammenzufügen.</li> </ul> <p>! FG37:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die HCW-Studie soll nächste Woche beginnen, zunächst 280 HCW im Klinikum Marzahn von Stationen auf denen COVID-Patienten und -Verdachtspersonen liegen.</li> <li>○ Zunächst wird mit GA getestet (vom GA im Rahmen des Ausbruchs angeordnet).</li> <li>○ Wenn Ethikvotum vorhanden und Datenschutz geklärt, wird in zweiter Phase getestet.</li> </ul>	<p>ZBS1</p> <p>FG12</p> <p>AL2</p> <p>FG37</p>
<b>8</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Neue Strategie für Entlasskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeitige Variante basiert auf zeitlichen und symptom-basierten Kriterien. Viele Nachfragen zu verlängerten RNA-Positivität bei HCW, Immunität bzw. genesene Patienten, die wieder in KKH aufgenommen und erneut SARS-CoV-2-RNA-positiv getestet werden</li> <li>○ Serologische Kriterien sollten ggf. auch in Kriterien für Entlassung aufgenommen werden</li> <li>○ Anzucht wird von 200 Proben durchgeführt (mit z.T. geringen Ct-Werten), werden 7 Tage kultiviert. In ca. 2 Wochen</li> </ul>	<p>IBBS/ZBS1/ FG36/FG37</p>

	<p>endgültige Aussage möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Serologie nicht von allen Patienten vorhanden, aber Qualität der serolog. Teste sehr unterschiedlich, Ergebnisse von außen schwer einzuschätzen.</li> <li>○ Graphische Aufarbeitung der Entlasskriterien wird erstmal nicht veröffentlicht.</li> </ul> <p>! Gestrige Diskussion über rasch abfallende IgG-Werte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 130 Plasmaprobe, PCR-positiv wurden getestet, abfallende IgG-Werte – Angebot die Proben in ZBS1 zu testen (NT)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Untersuchungen zu T-Zell-Immunität bei Hr. Thiel am BCRT/Charité.</li> </ul> <p>! Geplantes Surveillance-System mit Charité über Webcast benötigt noch Datenschutz-Clearing. Apps haben allerdings höhere Priorität. Schwierig den Partnern zu vermitteln.</p>	
<b>9</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>	
	! Nicht besprochen	
<b>10</b>	<b>Surveillance</b>	
	! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>	FG32
	! Mein Schiff 3 Cuxhaven (s.o.)	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b>	FG32
	! Statistik Lagezentrum (nicht besprochen)	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>	alle
	! AGI TK	
	! TK der AG IGV-benannte Flughäfen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>	
	! Nächste Sitzung: Samstag, 09.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	11.05.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Ulrike Grote (Protokoll)
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P4
  - Dirk Brockmann
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Johanna Hanefeld



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

- Andreas Jansen
- ! BZgA
- Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Die Dynamik ist extrem groß. Es gibt weltweit über 4 Millionen Fällen, davon 282.727 Verstorbene</p> <p>! Die Top 3 Ländern in Hinblick auf bestimmte Kriterien (z.B. 7 Tage Inzidenz) sind die USA, die russische Föderation und Brasilien</p> <p>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brasilien: Brasilien ist eines der Länder mit dem stärksten Anstieg. Ein großes Problem sind die sozialen Randgruppen wie die indigene Bevölkerung.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Ghana: Hier gibt es einen extrem starken Anstieg der Fallzahlen. Im Laufe der Woche nimmt die INIG Afrika mehr in</li> </ul>	ZIG1



	<p>den Fokus (auch z.B. Südafrika, in dem es nach den Lockerungen der Maßnahmen wieder zu einem Anstieg der Fallzahlen kam)</p> <p>! Studie: Bei einer repräsentativen Untersuchung zur Seroprävalenz im Kanton Genf nahmen über 1.300 Teilnehmer aus 633 Haushalten teil. Die Schweiz ist durch die erste Erkrankungswelle mehr oder weniger durch. Am Ende dieser ersten Welle wurden in drei Wochen die Seroprävalenz gemessen: 1 Woche 3,1%, 2. Woche 6,1% und 3. Woche 9.7%. Es wurden keine Unterschiede in Seroprävalenz von Erwachsene und Kinder gefunden.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern wurden nur wenig Fälle (357 Fälle, 22 Todesfälle) übermittelt, was ggf. der Effekt vom Feiertag/Wochenende sein kann.</li> <li>○ Der Anteil Verstorbenen liegt bei 4,4%.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Es gibt täglich an das BMG einen Bericht mit einer Karte mit den Landkreisen mit einer 7-Tages-inzidenz von &gt;50 bzw. &gt;35 Fälle pro 100.000 Ew.</li> <li>○ Keine wesentlichen Änderungen bei Geschlechts-/Altersverteilung</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Amtshilfeersuchen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	FG32/FG37
--	---	-----------





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mein Schiff 3: Die Repatriierung von 1.200 Crewmitgliedern läuft bis heute. Dem Wunsch des RKI, für die internationale Kommunikation miteinbezogen zu werden, wurde noch nicht nachgekommen. Das niedersächsische Ministerium hat im Alleingang eine fachliche Beratung abgegeben dass die Crewmitglieder als Kontaktpersonen der Kategorie 2 gelten.</li> </ul> <p>! Überlastungsanzeigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG32 hat Rücksprache mit der Bundeswehr gehalten. Die Bundeswehr möchte nicht, dass alle Überlastungsanzeigen an sie weitergegeben werden, denn dann können sie auch nicht agieren. Die Bundeswehr möchte zunächst mit dem BMG klären, auf welche Weise auf die Containment Scouts der Bundeswehr zurückgegriffen werden soll.</li> <li>○ Das BMG wünscht sich eine tägliche Berichtserstattung. Sollte dies wirklich durchgesetzt werden, wird eine Berichtserstattung zusammen mit der Berichtserstattung zu den besonders betroffenen Landkreisen erfolgen. Eine Rückmeldung zum Umgang mit den Überlastungsanzeigen steht noch aus.</li> <li>○ Für das Land Berlin sollen ca. 30 Containment Scouts eingestellt werden. 25 sollen die Berliner Gesundheitsämter unterstützen. Weitere 4 sollen direkt für das RKI abgestellt werden; diese können jederzeit auch zur Unterstützung zu anderen Gesundheitsämtern geschickt werden. Zur Koordination gibt es einen Containment Scout am RKI. Es stellt sich heute heraus, wie viele die Berliner Gesundheitsämter tatsächlich aufnehmen werden. Die Einstellung soll Ende der Woche/Anfang nächster Woche erfolgen.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! <u>Mobilitätsdaten</u>: Es gibt eine Internetseite (<a href="http://rocs.huberlin.de/covid-19-mobility/de/data-info/">http://rocs.huberlin.de/covid-19-mobility/de/data-info/</a>), auf der tagesaktuell Mobilitätsströme in Deutschland dargestellt werden. Es gibt bereits 2 Berichte zu den Daten. Momentan stellt eine Firma diese Daten noch unentgeltlich zur Verfügung stellt, bisher unentgeltlich. Nun will die Firma jedoch eine Lizenz für 12 Monate (25.000€ pro Monat) für die Daten haben. Die Mutterkonzerne würden die Daten ggf. so zur Verfügung stellen. Das BMG hat großes Interesse an dem Projekt und wünscht sich ein Dashboard mit mehr Informationen. Google hat ähnliche Daten, allerdings sind dieses Aufenthaltsdaten und nicht Mobilitätsdaten. Bei den Mobilitätsdaten, die tagesaktuell sind, werden Bewegungsprofile</p>	P4/FG21



erfasst (Arbeit vs. Urlaub). Das Angebot der Lizenz umfasst mehr als die bisher genutzten Daten. Es gäbe dann auch z.B. Mobilitätsdaten zwischen den Landkreisen und auch auf Gemeindeebene nützliche Metainformationen.

*ToDo: D. Brockmann wird das Angebot der Firma an den Krisenstab senden und sich ggf. noch mal mit dem BMG oder RKI-Leitung zur Finanzierung austauschen.*

! Datenspende: Wearables messen im Idealfall meist alle 15 Minuten mindestens zwei Sachen: den Puls und die Anzahl der Schritte. Der Prozess des Datenflusses für die Datenspende App ist relativ automatisiert. Es gibt mehr als eine halbe Millionen Nutzer, die täglich gemittelten Pulsdaten, Schrittzahlen etc. liefern. In der jetzigen Phase werden Algorithmen getestet, die bei der Abklärung der Symptomatik helfen sollen. Hierfür werden z.B. die tagesgemittelten Pulsdaten ausgewertet und die pro Kopf Nutzer Dichte angeschaut. Es soll eine Baseline/Kalibrierung für die Daten, die übermittelt werden, erstellt werden, um somit Verhaltensänderungen zukünftig zu entdecken (z.B. weniger Bewegung). Es solle eine Untergruppe von Spendern identifiziert werden, die Auffälligkeiten zeigen. Im nächsten Schritt sollen zusammen mit der Firma, die die App betreibt, und der Universität Basel weitere Informationen zum Stand der Infektion erhoben werden.

Wenn jemand diese Baseline für eine längere Zeit (z.B. 2-3 Tage) überschreitet, gibt es ein Signal. Die Kalibrierung und somit der Einsatz als Surveillancetool soll spätestens im Sommer fertiggestellt werden. Schon jetzt sind aber die Daten aus der Datenspende App auf der Internetseite sichtbar: <https://corona-datenspende.de/>

! Aktuelle Situation zur Corona WarnAPP (Folie Dashboard [hier](#)): Bei dieser App erhält ein Anwender eine Benachrichtigung, wenn er/sie sich in der Nähe von einer infizierten Personen aufgehalten hat zusammen mit einer Risikobewertung. Die App wird von der Telekom/SAP erstellt; das RKI liefert einen Input zur Epidemiologie, Kommunikation und den bisherigen RKI-Dokumenten zu COVID-19. Die App soll voraussichtlich am 07.06. (plus 3 Tage Puffer) zur Verfügung gestellt werden. Durch den straffen Zeitplan müssen FAQ und weitere Texte parallel entstehen. Diesen Mittwoch sollen die Texte bereits abgegeben werden. Die Involvierung von Gesundheitsämtern ist nicht vorgesehen, um das Projekt so schmal wie möglich zu halten. Das Projekt soll im Detail nächste Woche noch mal im Krisenstab besprochen werden.



	<i>ToDo: Um mehr Klarheit bzgl. der Kommunikationsströme zu erhalten soll P. Schmich das Konzept zur App mit dem Krisenstab teilen.</i>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p>! Studie, Zhao et al. „RAPID reconstruction of SARS-CoV-2“ (Folien <a href="#">hier</a>): In der Studie von Volker Thiel et. al. (Virologie Bern) wird über eine Methode zur rekonstruierendes Coronavirus auf Basis von cDNA machen. Erste genomische Sequenzen wurden bereits am 10./11. Januar veröffentlicht. Die Arbeitsgruppe konnte einen Monat später bereits rekombiniertes Sars-CoV-2 mit Hilfe der synthetischen Virologie erstellen. Dies rapide Entwicklung ist nur möglich gewesen, da die Arbeitsgruppe sich schon lange damit befasst. Große RNA-Virusgenome, wie z. B. von Coronaviren, sind aufgrund ihrer Größe und gelegentlichen Instabilität umständlich zu klonen und in E. coli-Wirten zu manipulieren. Daher wird TAR (Transformation-associated recombination)-cloning in Hefe zur Hilfe genommen. Ein Vergleich der Vermehrungskurve zeigt, dass sich das rekonstruierte Virus und das Wildtypenvirus im Vermehrungsverhalten nicht unterscheiden. SARS-CoV-2 wurde in 12 cDNA Fragmente unterteilt und das gleiche Schema angewendet. Die Methodik hat breiten Anwendungszweck und kann z.B. auch auf andere Coronaviren oder Zikavirus. angewendet werden.</p> <p>! Cleary et al, “Efficient prevalence estimation and infected sample identification with group testing for SARS-CoV-2” (Hr. Schaade, E-Mail Mo. 08:08 Uhr) – <i>vertagt auf Dienstag</i></p>	FG17
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Anstieg R: Der Anstieg von R auf über 1 am Wochenende hat für enorme Aktivitäten auf BMG Seite geführt. Daher gibt e morgen ein anlassbezogenes RKI-Pressebriefing. Darüber hinaus muss bis heute 15 Uhr eine Stellungnahme an das BMG gehen. M. an der Heiden hat hierfür noch weitere Analysen gemacht (z.B. ob Zusammenhang zu Ausbrüchen). Es sieht so aus, als würde der R-Wert wieder zurückgehen.</p> <p>! Ansprechpartner für PEI/Hersteller Impfstoffe für Phase-2-Studien in Gegenden mit hoher Prävalenz (Hr. Schaade, E-Mail Mo. 09:06 Uhr) – <i>vertagt auf Dienstag</i></p> <p>! Überlastungsanzeigen – bitte um Klärung der Koordinierung und Priorisierung: Dies wurde in Abt 3 FGL Runde besprochen.</p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen bezügl. Containment Scouts/BW, Ärzte ohne Grenzen) – <i>vertagt auf Dienstag</i></p> <p>! Schlachthof in LK Enzkreis/Pforzheim – <i>vertagt auf Dienstag</i></p> <p>1) Amtshilfeersuchen wurde vom GA angekündigt, Gemeinschaftsunterkünfte werden von anderen Personen mitbelegt (Arbeitnehmende in anderen Branchen).</p> <p>2) Weiteres Vorgehen/Absprache mit BMAS?</p>	AL3
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p>	BZgA/Presse /FG32



	<p>! Die Umfrage der BZgA zur subjektiven Informiertheit (Cosmowelle) zeigt positive Ergebnisse.</p> <p>! Aus dem ÖGD gab es eine konstruktive Rückmeldung, dass RKI und BZgA Material gemeinsam genutzt werden.</p> <p>! Die BZgA hat diese Woche in Kooperation mit regionalen Tageszeitungen eine Aktion. Bürger können die BZgA mit Fragen kontaktieren, die im Anschluss, die dann in den Tageszeitungen veröffentlicht werden.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Es gab abgesehen vom Spiegel auch vom NDR Kritik, dass RKI Zahlen nicht zur Verfügung stellt bzw. sich hinter dem Datenschutz verbarrikadiert. Es scheint, dass diese Medien sowieso vorgefertigte Meinungen haben - unabhängig von der Bemühung des RKI auf die Anfragen zu antworten. Die Anfragen des NDR betreffen häufig Meldedaten und sind mit aufwendigen Auswertungen verbunden. Das RKI versucht alle Medienvertreter gleichzeitig zu informieren und will eigentlich keine extra Auswertungen für einzelne Medienvertreter vornehmen. Angefragte Auswertungen können für alle sichtbar im Lagebericht aufgenommen werden.</p> <p>! Lagebericht: vielleicht könnte die Zusammenfassung überarbeitet werden. Es gibt vieles, was in der Zusammenfassung steht, was sich wenig ändert (z.B. Alters- und Geschlechtsverteilung). Es wäre besser, wenn die interessanten Fakten prägnanter am Anfang stehen (z.B. R-Wert). M. Degen hat sich bereits einige Gedanken hierzu gemacht.</p> <p>! Ebenso ist angedacht, den Lagebericht unter die Rubrik „Übersicht“ auf der RKI Internetseite zu ziehen, da es viele Aufrufe des Berichts gibt. Momentan ist er noch unter der Unterkategorie „Fallzahlen und Epidemiologie -&gt; Fallzahlen in Deutschland und weltweit“ zu finden.</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Thesenpapier Schrappe/Pfaff: <i>Nicht besprochen</i></p> <p>! „Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich“:</p>	FG37, Abt. 1, FG14



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Dokument wurde von FG37 erstellt und an den Krisenstab verschickt. Von Abt. 1 gab es eine Rückmeldung gegeben und die Bitte, einen gemeinsamen Sprachgebrauch zu finden (z.B. „Monitoren von Symptomen“ und „Surveillance von COVID-19“). T. Eckmanns und M. Mielke setzten sich hierfür noch einmal zusammen. Sobald die Begrifflichkeiten geklärt sind, soll das Dokument an das BM gehen und kann anschließend auf der RKI-Internetseite hochgeladen werden.</li> <li>○ FG14 hat von einem Krankenhaushygieniker die Bitte zur Zusendung der Vorversion, nach der er seinen Planung gemacht hat, erhalten. Frage, ob prinzipiell ein Archiv von Dokumenten möglich wäre. Die RKI-Pressestelle hatte das bereits heute diskutiert. Momentan ist aber nicht klar, wie die gepflegt und umgesetzt werden könnte. Die Entscheidung, was archiviert werden soll ist nicht einfach.</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Anfrage Baden-Württemberg zum Vorgehen Profifußball/Brief an Hr Wieler: Die Frage bezog sich auf die Entscheidung, wann und ab wann nicht mehr jemand in Quarantäne gehört. Gewünscht ist ein bundeseinheitliches Vorgehen. Hierzu gibt es morgen eine Telefonkonferenz mit Baden-Württemberg zur Abstimmung. An dieser TK werden verschiedene RKI OEs teilnehmen. Die Aussage, die getroffen wird, bezieht sich auf mehr Situationen als nur auf den Profifußball.</p> <p>! ZBS1: Letzte Woche gab es knapp 650 Proben, wovon 34 positiv waren. Die Positivrate nimmt ab. Da es momentan an Feiertagen und am Wochenende nur wenig Proben gibt, wird das Labor von ZBS1 Sonntags nicht und an Feiertagen nur mit einer Schicht besetzt sein.</p>	AL1/ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Karten 7T Inzidenz &gt;50/&gt;35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): <i>vertagt auf Dienstag</i></p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p>	



	<p>! Kennzahlen Lagezentrum (Folien <a href="#">hier</a>): Das Lagezentrum (bzw. vorher die Koordinierungsstelle) ist nun seit 18 Wochen in Betrieb. Es wurden gut 1.800 Schichten absolviert. Anfangs gab es nur rund 19 Schichten 8und weniger Positionen im Lagezentrum). Im Durchschnitt gibt es 100 Schichten pro Woche. Es gibt einen Pool von ca. 150 geschulten Mitarbeitenden; nicht alle sind im Lagezentrum regelmäßig aktiv. Eine Auswertung pro Person folgt. geschult im Pool. Es gab bisher fast 46.000 E-Mails; über 1.000 Aufgaben wurden verteilt.</p>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! ÖGD Webinar: Mittwoch (13.05.2020; 14-15 Uhr). Es werden viele Themen abgedeckt, die auch immer im Krisenstab besprochen werden (z.B. Meldewesen, Testkriterien). –Bitte Rückmeldung an das Lagezentrum, wer teilnehmen könnte , um Fragen zu klären. M. Mielke benennt jemanden aus seiner Abteilung. U. Rexroth schickt die Themenliste an den Krisenstabverteiler.</p>	FG32
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Dienstag, 12.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	12.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt.3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - Andreas Jansen
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Frau Roßmann





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Zu den Top 10 Ländern nach täglichen Fallzahlen gehören weiterhin USA, Russland, Brasilien.</p> <p>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: In Russland gibt es bisher ca. 221.300 Fälle, davon knapp über 2.000 Todesfälle. Die Anzahl neuer Fälle stabilisiert sich bei ca. 10.000 pro Tag; es ist nicht mehr von einem exponentiellen Anstieg auszugehen. Ab 12.05.2020 werden Maßnahmen gelockert und Ausgangssperren aufgehoben, während physische Distanzierung bestehen bleibt. Die Testkapazitäten wurden auf 300.000 erhöht.</p> <p>! In den USA sind bisher 1,3 Mio. Fälle, darunter ca. 80.700 Todesfälle, aufgetreten. Im Weißen Haus besteht inzwischen Pflicht zum Tragen eines Mundschutzes.</p> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <p>! Im Vergleich zum Vortag gibt es keine großen Änderungen. Brasilien zeigt weiterhin einen starken Anstieg. Im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland ist noch kein Abfall der Fallzahlen zu beobachten, sondern eine Plateau-Phase, was angesichts der angestrebten Lockerungen von Maßnahmen kritisch zu beleuchten ist.</p> <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:</p> <p>! Ein starker Anstieg ist u.a. in einigen afrikanischen Ländern, darunter Ägypten, Nigeria und Südafrika, zu verzeichnen. Beginnend mit der heutigen Präsentation zu Ägypten sollen einzelne Länder Afrikas in den kommenden Tagen näher untersucht werden.</p> <p>! Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt;1:</p> <p>! Die Abbildung ist weitgehend unverändert. Die Größe der Punkte richtet sich nach der Anzahl der Fälle in den letzten 7 Tagen. Für Brasilien und Russland zeigen sich jeweils im Trend leicht abfallende Reproduktionszahlen, aber der Verlauf ist abzuwarten.</p> <p>! EMRO-Nord-Afrika:</p> <p>! Nord-Afrika wird einer anderen WHO-Region zugeordnet als</p>	ZIG1

der restliche afrikanische Kontinent. Ägypten hat verglichen mit anderen Ländern Nordafrikas in der EMRO-Region die höchste absolute Fallzahl, jedoch Marokko eine höhere Inzidenz. Verglichen mit anderen Ländern der EMRO-Region (Iran, Saudi-Arabien, Pakistan, Katar, VAE) sind die Fallzahlen in Ägypten geringer.

! Ägypten:

! Ägypten verzeichnet innerhalb der Kategorie der Länder mit 1.400 bis 7.000 Fällen hohe Fallzahlen. Aktuell sind ca. 9.800 Fälle aufgetreten, darunter ca. 500 Todesfälle (5,4% Fall-Verstorbenen-Anteil).

! Maßnahmen umfassten Grenzschießung und Reiserestriktionen, eine nächtliche Ausgangssperre, die Schließung von Geschäften nach 17 Uhr und soziale Distanzierung. Bedingt durch Ramadan finden Hauptaktivitäten erst abends statt. Die Einrichtung COVID-19-spezifischer Krankenhäuser ist prinzipiell sinnvoll, aber durch geringe Bettenkapazitäten beschränkt. Die Laborkapazitäten liegen bei 100.000 Testungen in 40 Laboren, wobei der Positivanteil 10% beträgt. Dies ist aus deutscher Sicht relativ hoch, aber in Hinsicht auf die von der WHO angegebenen Spanne von 3 bis 12% vertretbar.

! Die bisherigen Maßnahmen sind unzureichend umgesetzt; vielfach finden Versammlungen statt, Geschäfte sind nach 17 Uhr geöffnet, die Ausgangssperre wird nicht konsequent eingehalten. Das Nowcasting projiziert zudem einen Anstieg der Fallzahlen.

! Trotzdem prüft die Regierung aus ökonomischen Bestrebungen heraus Lockerungen, u.a. Aufnahme des Hotelbetriebs ab Mitte Mai und die Vorgabe ab Juni, „mit dem Virus zu leben.“ Seitens der Ärzteschaft wird in Ägypten ein Lockdown gefordert (ähnlich zu Protesten in Chile), während die Regierung Compliance einfordert.

! Nachtrag zu Rumänien: Politische Maßnahmen hatten sich primär auf 2 stark betroffene Regionen und die Roma-Minorität bezogen. Die Testkapazitäten im Land sind weiterhin sehr gering (mit einem Positivanteil über 20%). Es ist von einer Untererfassung der tatsächlichen Fälle auszugehen; das abgebildete Plateau entspricht wahrscheinlich nicht der Realität.

! Die Erkenntnisse bezüglich des Verbreitungswegs des Erregers sind noch nicht hinreichend gefestigt. Hinsichtlich Ägyptens wird diskutiert, ob der Erreger über deutsche Touristen eingeführt wurde. Ob der Erreger von Starnberg aus nach Norditalien eingeführt wurde, ist ebenfalls noch nicht abschließend geklärt. In einer französischen Publikation wird eine frühe Zirkulation des Virus im Dezember 2020 diskutiert.

FG32/FG37



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Die Bundeswehr untersucht aktuell das Auftreten von respiratorischen Infekten im Zusammenhang mit den Militärfestspielen in Wuhan, bei denen einige Athleten massiv erkrankt waren. Die Ergebnisse werden im Verlauf dem Krisenstab vorgestellt.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Es liegen aktuell ca. 170.500 Fälle vor, dabei wurden seit gestern weniger als 1.000 Neuinfektionen übermittelt. Trotz des durch das Wochenende bedingten Zeitverzugs handelt es sich dabei um einen verhältnismäßig geringen Anstieg. Etwa ein Drittel der neu übermittelten Fälle sind Nachmeldungen, die im Zusammenhang mit einem SurvNet Update sowie Validierungsproblemen nach Eingabe in Octoware stehen.</p> <p>! Der gestrige R-Wert lag bei 1,07. Mit heutigem Datenstand liegt die Reproduktionszahl bei 0,94, während die Reproduktionszahlen in den Bundesländern zwischen 0,5 (Berlin) und 1,6 (Hamburg) schwanken. Die Berechnung des Mittelwerts soll ab 13.05.2020 7 Tage berücksichtigen. Nach Anweisung des BMG sollen die R-Werte nach beiden Berechnungen in Text und Abbildung dargestellt werden, um möglichen Pressevorwürfen vorzubeugen. Dabei soll die Abbildung für die letzten 7 Tage eine historische Dokumentation der im Lagebericht publizierten R-Werte darstellen (mit Vergleich beider R-Wert-Berechnungen), nicht die aktuelle Neuberechnung, bei der die R-Werte der letzten Tage von den im Lagebericht publizierten R-Werten abweichen können. Dazu müssen die Abbildungsbeschriftungen entsprechend angepasst werden.</p> <p>! Die Karten weisen eine hohe 7-Tages-Inzidenz im LK Coesfeld, LK Greiz, LK Sonneberg und SK Rosenheim aus. Die z.T. geringe Einwohnerzahl ist dabei zu berücksichtigen. In Coesfeld wurde aufgrund des Ausbruchs die Lockerung der Maßnahmen verschoben.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob die Darstellung der Hotspots nach Rücksprache mit den zuständigen Landesbehörden in den Lagebericht mitaufgenommen werden kann. Dies würde im Einklang mit der zunehmend qualitativen Berichterstattung im Rahmen der EpiLag stehen; z.B. wurde heute über unterschiedliche Screening-Maßnahmen bei Schlachthof-Mitarbeitern berichtet. Im Lagebericht wird bereits über Ausbrüche berichtet, dabei sollten aber weder eine Inzidenz von 35/100.000 noch andere „Grenzwerte“</p>	
--	--	--

	<p>ausschlaggebend sein, da sich das RKI bisher gegen die Erstellung solcher Indikatoren ausgesprochen hat. Die Berichterstattung über Hotspots wie Greiz oder Sonneberg könnte einerseits die dortige Lage überbetonen (ähnliche Ausbrüche könnten ggf. auch andernorts bei entsprechenden Screening-Maßnahmen entdeckt werden), andererseits aber auch zum Verständnis beitragen, dass die erhöhte Inzidenz in einem Kreis durch bestimmte Ausbrüche bedingt ist. Z. T. besteht die Sorge, dass das Herausstellen einzelner Kreise der Compliance entgegen wirkt. In MV wird aktuell diskutiert, ob Personen aus besonders betroffenen Gebieten der Aufenthalt in Hotels oder Ferienwohnungen verweigert wird. Dieser politischen Diskussion sollte von fachlicher Seite widersprochen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Alters-/Geschlechtsverteilung aller Fälle ist unverändert; bei den Fällen von Schlachthof-Mitarbeitern handelt es sich eher um jüngere Männer.</li> <li>! Es sind keine neuen Todesfälle bei Kindern übermittelt worden.</li> <li>! Hinsichtlich der Tabelle und Abbildung zur Tätigkeit / Betreuung in verschiedenen Einrichtungen ist zu berücksichtigen, dass die Variable nicht den wahrscheinlichen Ort der Ansteckung, sondern lediglich die Zugehörigkeit zu bestimmten Einrichtungen erfasst. Daraus können sich Konsequenzen hinsichtlich Maßnahmen bezüglich dieser Einrichtungen ergeben. Außerdem wird nicht differenziert, ob grundsätzlich eine Betreuung vorliegt oder ob diese auch auf die vorangehenden 2 Wochen zutrifft. In der Abbildung der übermittelten Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen fällt ein deutlicher Anstieg des Anteils der mit einer Tätigkeit nach §42 assoziierten Fälle auf; darunter fallen u.a. die Mitarbeitenden der Schlachthöfe. Bei Schulöffnungen ist ein Anstieg der Fälle nach §33 zu erwarten.</li> <li>! Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell ca. 1.500 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung; die Kapazitäten sind weitgehend unverändert.</li> <li>! 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.</li> <li>! Es wird angeregt, eine Detail-Untersuchung der Lage in Berlin durchzuführen. Es gibt in Berlin unter Großstadtbedingungen relativ wenige Fälle bei guten Testbedingungen, jedoch melden</li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Medien, dass Maßnahmen zur physischen Distanzierung, v.a. bei jungen Leuten, nicht ausreichend umgesetzt werden.</p> <p>! Aktuell verfügbare Daten erlauben keine differenzierte Aussage zu Zahnärzten.</p> <p>! Hinsichtlich der Ausbrüche in Schlachthöfen wird seitens der Bundeswehr ergänzt, dass weniger die Arbeitsbedingungen, sondern eher die Unterbringung vor Ort (Stichwort: Ghettoisierung) ausschlaggebend seien, die eine Übertragung begünstigen.</p> <p><i>ToDo:</i> FG37 erstellt Detailauswertung mit ARS-Daten für Berlin.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p>! Cleary et al, "Efficient prevalence estimation and infected sample identification with group testing for SARS-CoV-2": z.K.</p> <p>! Im Pressebriefing vom 12.05.2020 wurde nach Daten zu protektiver Wirkung von Rauchen bei COVID-19 gefragt. Laut bisheriger Evidenz ist Rauchen ein Risikofaktor für schwere Verläufe einer COVID-19-Infektion.</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Das Wording der Risikobewertung soll morgen diskutiert werden.</p>	AL3
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Auf die aktuellen Telefonaktionen gibt es gute Resonanz. Dabei sind 2 Trends zu beobachten, erstens eine Verunsicherung angesichts der Lockerungen und der zum Muttertag geänderten Regeln, und zweitens die Rückmeldung bezüglich Behinderteneinrichtungen, die z.T. geöffnet seien, die häusliche Situation drohe dort zu eskalieren. Am Ende der Telefonaktionen sollen der ggf. vorhandene Informationsbedarf evaluiert werden.</p> <p>! Die Thematisierung des „Möglichen“ ist wichtig; dabei können Beispiele für Restaurantbesuche o.Ä. helfen, die nun vorhandenen Möglichkeiten besser auszuschöpfen.</p> <p><b>Presse</b></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

	<p>! Nachfragen zu alten Versionen von Dokumenten können an Presse bzw. Webmaster weitergeleitet werden, solange es html-Versionen gibt. Archivierungsmöglichkeiten werden aktuell diskutiert.</p> <p>! Am 11.05.2020 hat zwischen 17 und 18 Uhr eine Einzelperson vor dem Gebäude am Nordufer demonstriert.</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Anfrage Lufthansa nach der Wiederaufnahme der Ausweisung von Risikogebieten (Senat setzt grundsätzliche Quarantänepflicht für aus dem Ausland Einreisende außer Vollzug)</p> <p>! Es wird zunehmend angefragt, ob zukünftig wieder Risikogebiete ausgewiesen werden, was z.B. von der Lufthansa befürwortet wird. Grundsätzlich wäre es sinnvoll, einen Automatismus zu entwickeln und diesen mit BMG und AA abzustimmen, damit keine Einzelfallentscheidungen mit entsprechendem Verzug und ggf. dem Anschein von Subjektivität getroffen werden müssen. Es besteht die Sorge, dass bei Definition einer absoluten Zahl, Inzidenz oder auch Maßnahmen ein Flickenteppich im Reiseverkehr entsteht. Eine allgemeine Reiseempfehlung, z.B. bei Rückkehr aus betroffenen Ländern und Vorhandensein von Symptomen sollte Kontakt mit GA aufgenommen werden, wäre denkbar; jedoch wird dann eine Liste betroffener Länder erfragt werden. In Kontakt mit BMG, ECDC und WHO sollte dafür geworben werden, dass ECDC und/oder WHO entsprechende Empfehlungen entwickeln. Jedoch ist möglich, dass ECDC sich dieser Problematik nicht annehmen wird, weil es bereits keine fachliche Befürwortung von Grenzsicherungen gab. Gleichzeitig ist zu berücksichtigen, dass das ECDC eine subnationale Ausweisung der Transmission wünscht, die seitens des RKI noch nicht erfolgt, so dass eine gleichzeitige Aufforderung ans ECDC, Kriterien für Risikogebiete zu entwickeln, ggf. schwierig sein könnte. Innerhalb der EU wird ein EU-weit abgestimmter, phasenweise verlaufender Ansatz bei Grenzöffnungen propagiert.</p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen bezüglich Containment Scouts (Bundeswehr, Ärzte ohne Grenzen):</p> <p>! Aktuell steht die Bundeswehr laut Aussage des BMVG für Unterstützung der GÄ nicht zu Verfügung, da bisher ausgebildete Containment Scouts internen Zwecken dienen,</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>weitere Scouts noch nicht ausgebildet sind und Klärung mit BMG hinsichtlich möglicher Zusammenarbeit angestrebt wird. Dementsprechend können Anfragen auf Bundesebene aktuell nicht bedient werden und es muss auf die Landesebene zur Neu-Verteilung vorhandener Containment Scouts verwiesen werden. Gegenüber dem BMG ist zu signalisieren, dass das RKI über eingeschränkte Kapazitäten zur Unterstützung verfügt.</p> <p>! In Berlin werden sog. Koffer-Scouts eingestellt. 2 Berliner GÄ würden 5 bzw. 4 Containment Scouts einstellen, die 50% der Arbeitszeit bundesweit eingesetzt werden können. Die Rückmeldung weiterer GÄ in Berlin steht noch aus. Zusätzlich sind am RKI ein Koordinator und 4 Containment Scouts vorgesehen. Aufgrund mangelnder Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen können diese aber aktuell noch nicht eingestellt werden.</p> <p><i>ToDo:</i> Osamah Hamouda hält Rücksprache mit Herrn Reichenbacher, um die Einstellung der 5 Containment Scouts am RKI zu beschleunigen.</p> <p>! Kritik konstruktiv nutzen: Es wird diskutiert, ob und wenn ja, wie und wann externe Kritik am RKI ans BMG weitergeleitet werden könnte. Mediovorwürfe richten sich z.B. auf unzureichende Kommunikation mit der breiten Öffentlichkeit oder auf fehlende Durchführung von Studien (warum führt das RKI nicht Studien wie die Heinsberg-Studie durch?). Grund dafür sind möglicherweise strukturelle Defizite oder mangelnde Kapazitäten (Es besteht z.B. kein Mandat des RKI für Kommunikation mit der Bevölkerung, entsprechend auch keine eigene Kommunikationsabteilung). Dies müsste laut VPräs im Rahmen eines After Action Reviews evaluiert werden, daher ist es ggf. zu früh, um während der Lage ans BMG mit Kritikpunkten heranzutreten. Gleichzeitig ist es sinnvoll, externe Kritik zu dokumentieren, um diese ggf. im After Action Review aufzugreifen und durch eigene Betrachtungen zu ergänzen. Es wurde bereits zu Beginn der Lage eine <a href="#">Interne Sammlung</a> angelegt.</p> <p><i>ToDo:</i> Herr Schaade bespricht dieses Anliegen mit Frau Buchberger und fragt, ob sie die externen Kritikpunkte sammeln kann.</p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Thesenpapier Schrappe/Pfaff: z.K.</p> <p>! Gemeinsame Stellungnahme der Arbeitsgruppe der nach den</p>	FG32

	<p>Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) benannten Flughäfen zu Temperaturmessung und anderen Methoden an Flughäfen (vorläufiger Titel)</p> <p>! Laut Stellungnahme, die Temperaturmessung im Rahmen eines Entry-/Exit-Screening sowie Massentestungen (wie am Flughafen in Wien) thematisiert, soll bis Ende dieser Woche veröffentlicht werden. Ausführungen zur Mund-Nasen-Bedeckung werden separat erörtert. Das Dokument wird vorab mit dem BMG geteilt. Der Krisenstab hält eine Veröffentlichung noch in dieser Woche für möglich.</p> <p>! Hinsichtlich des Dokuments zum Umgang mit COVID-19 in Gemeinschaftseinrichtungen gab es 22 Stellungnahmen vor, die nur z.T. konstruktive Rückmeldungen enthalten. Die 7. Version wird aktuell erstellt und dem BMG zu Verfügung gestellt.</p>	FG32
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Hinsichtlich der nun verfügbaren Antikörpertestungen wird eine tabellarische Darstellung der Laborkonstellationen und Entscheidungsmöglichkeiten angeregt. Aus alleiniger Durchführung eines Antikörpertests sei keine Aussage über Meldetatbestand möglich. Es wird klargestellt, dass auch jeder indirekte Erregernachweis, der Hinweis auf eine akute Infektion gibt, meldepflichtig ist und damit die Meldepflicht damit breit gefasst ist. Die Falldefinition muss nicht geändert werden, um den Umgang mit Antikörpertestungen abzubilden; stattdessen sollte ein separates Dokument oder eine Ergänzung zu den FAQ erwogen werden, um Beispielkonstellationen darzustellen. Dafür könnten die Labore häufige Konstellationen benennen.</p> <p><i>ToDo:</i> Herr Mielke erarbeitet Beispielkonstellationen von Laborergebnissen, die auf eine akute Infektion hinweisen und einen Vorschlag für FAQ</p> <p>! Eine Darstellung der Testkapazitäten nach Bundesland wird begrüßt.</p> <p><i>ToDo:</i> Tim Eckmanns berichtet morgen über Darstellung der ARS-Daten zu Testkapazitäten und stellt Folien für Vortrag zu Teststrategien beim wissenschaftlichen Beirat zur Verfügung.</p>	Abt. 1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Karten 7T Inzidenz &gt;50/&gt;35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): Zur Optimierung der Signalerkennung sollen zunehmend Trends beurteilt werden, die abbilden, welche Kreise durchgehend bzw.</p>	FG32 / FG 35





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>nur sporadisch hohe 7-Tages-Inzidenzen haben. Hierbei stellt sich grundsätzlich die Frage, welche weiteren Indikatoren in der derzeitigen Lage genutzt werden sollen, z.B. der Anteil der Fälle mit bekannter Herkunft, der Anteil der Fälle, die bereits Kontaktpersonen waren, der Anteil der Fälle, die im Zusammenhang mit Ausbrüchen stehen. Im Rahmen der AGI und der EpiLag wurde bereits mehrfach um die vollständige Ermittlung dieser Daten gebeten. RKI-intern erstellt Dirk Schuhmacher ein entsprechendes Benchmarking. <i>Weitere Diskussion vertagt auf Donnerstag</i></p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Teilnahme am Forschungsrat am 13.05.2020</p> <p>! Teilnahme am Gesundheitsausschuss am 13.05.2020</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	13.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Ute Rexroth

### Teilnehmende:

- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmanns
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Frau Roßmann





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Dazu gehören weiterhin Russland (&gt;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 Positivrate liegt bei 12 bis 15%, damit oberhalb der WHO-Empfehlung. Ggf. könnte der abnehmende Trend in den Fallzahlen durch geringere Testungen begründet sein.</p> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <p>! Im Vergleich zum Vortag gibt es keine großen Änderungen. Der Anstieg in Brasilien und die Plateau-Phase im Vereinigten Königreich dauern an.</p> <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag:</p> <p>! Ein starker Anstieg ist in Nigeria zu verzeichnen. Dabei ist die Skalierung berücksichtigen, die dem Landesverlauf angepasst ist.</p> <p>! Länder mit &gt;100 Fällen und einem <math>R_{eff.} &gt; 1</math>:</p> <p>! Die Abbildung ist weitgehend unverändert. Die Größe der Punkte richtet sich nach der Anzahl der Fälle in den letzten 7 Tagen. Brasilien und Russland zeigen leicht abfallende Trends. Für Kambodscha liegt ein hoher R-Wert vor, der durch einen kleinen Anstieg bei geringen Fallzahlen bedingt ist.</p> <p>! WHO-AFRO:</p> <p>! Die Karte zeigt die meist betroffenen Länder in der AFRO-Region. Detail-Berichte sind für Nigeria (heute), Ghana, Südafrika und Algerien geplant. Innerhalb der WHO-AFRO wurde eine Modellierung durchgeführt, deren Ergebnisse vorab berichtet werden. Die Schätzung basiert auf landestypischen Variablen wie Übertragungsrate, niedrigere</p>	ZIG1

	<p>Sterblichkeit und niedrigem Bevölkerungsalter im Vergleich zu nichtafrikanischen Ländern. Für 2020 werden 29 bis 44 Mio. Infizierte ohne Containment prognostiziert, dabei 83.000 bis 190.000 Todesfälle (0,4%). Es wird von max. 3,6 bis 5,5 Mio. Hospitalisierungen ausgegangen. Die Bettenkapazitäten sind heterogen verteilt, Südafrika verfügt über die stärksten Kapazitäten. In 44 von 47 Staaten ist eine PCR-Diagnostik verfügbar. Es werden auffallend niedrige Fallzahlen bzw. Todesfälle projiziert.</p> <p>! Die Annahme einer niedrigen Übertragungsrate in Ländern mit großen Familienverbänden und z.T. engen Verhältnissen basiert auf bisherigen Ergebnissen. Vor allem lebt ein großer Anteil der Bevölkerung in ländlichen Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte. Zwar gibt es in Metropolen Hotspots mit hoher Transmission, aber im Gesamtbild weniger hohe Übertragungsraten durch weniger Ballungsräume. Aufgrund der jungen Bevölkerungsstruktur wird mit geringerer Sterblichkeit gerechnet.</p> <p>! Der Anteil chinesischer Fachkräfte, die vor Ort tätig sind, ist nicht in der Modellierung berücksichtigt worden. Diese Bevölkerungsgruppe lebt stark separiert und hat eine eigenständige medizinische Versorgung.</p> <p>! Erste Studien weisen darauf hin, dass HIV zeigt keinen Einfluss auf die Schwere einer COVID-19-Erkrankung hat.</p> <p>! Nigeria:</p> <p>! Dort sind bisher 4.787 Fälle aufgetreten (Inzidenz von 2,3/100.000 Einwohner). In 32 von 34 Bundesstaaten sind inzwischen Fälle aufgetreten; vor allem sind die Region um Lagos und der nördliche Teil des Landes betroffen. Es ist von Community Transmission auszugehen (ca. 2/3 der Fälle ohne epidemiologischen Link). Männer und junge Leute (21-34 Jahre) sind vor allem betroffen, während die Inzidenz bei älteren Menschen sehr gering ist.</p> <p>! Die Maßnahmen umfassten initial Grenzsicherungen und Flughafenschließung, gefolgt von regionalem Lockdown (der seit 04.05.2020 aufgehoben ist), Errichtung von landesweiten Sperrstunden (weiterhin aktuell) und die Öffnung der Geschäfte für max. 3 Tage. Die Testkapazitäten sind mit 21 Laboren und ca. 28.000 bisher erfolgten Testungen akzeptabel; der Positivanteil liegt mit 16,8% hoch (aber im afrikanischen Vergleich nicht schlecht). Die Bettenkapazitäten sind nicht ausreichend.</p> <p>! Es wird darauf hingewiesen, dass Nigeria bereits frühzeitig für ankommende Reisende eine 2-wöchige Quarantäne angeordnet hat. Diese restriktiven Maßnahmen sowie die Verfügbarkeit von SORMAS sind hinsichtlich des langsamen</p>	<p>FG32/FG36</p>
--	---	------------------



	<p>Verlaufs der Epidemie zu berücksichtigen.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es liegen aktuell ca. 171.300 Fälle vor, darunter ca. 7.600 Verstorbene. Die Inzidenz liegt bei 206/100.000 Einwohner.</li> <li>! In 3 Bundesländer (BW, BY, NRW) liegt die Differenz zum Vortag im dreistelligen Bereich, viele sind bereits im einstelligen Bereich.</li> <li>! Im Vergleich des bundesweiten Nowcastings mit den bundesland-spezifischen Darstellungen, die täglich an die Bundesländer übersandt werden, ähneln einige Bundesländer wie BB dem Bundesverlauf, während andere Bundesländer wie das SL mit einem 2-gipfligen Verlauf deutlich davon abweichen. Die Bundesländer haben z.T. Rückmeldung zu den Verläufen gegeben. Als mögliche Erklärung verweist z.B. HH auf die zu Beginn hohe Anzahl infizierter Reisender; allerdings sind bei der Bewertung der Fallzahlen der letzten Tage ggf. auch technische Probleme zu berücksichtigen. Die Rückmeldung aus HB, welches die höchste 7-Tages-Inzidenz ausweist, steht noch aus. Beim SL ist die Nähe zu Frankreich mit hohen Fallzahlen als mögliche Erklärung für den 2-gipfligen Verlauf in Betracht zu ziehen.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Die Alters-/Geschlechtsverteilung aller Fälle ist unverändert; Todesfälle treten weiterhin primär in der Gruppe der über 70-Jährigen auf.</li> <li>! 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</li> </ul>	
--	--	--

	<p>Anteils der Hospitalisierten berücksichtigt werden muss.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Laut DIVI-Intensivregister sind aktuell weniger als 1.500 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung (rückläufige Tendenz), die Kapazitäten sind weitgehend unverändert.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Die Daten aus der RKI-Testlaborabfrage werden aktuell geprüft und zu einem späteren Zeitpunkt berichtet.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Wording der Risikobewertung: Es wird vorgeschlagen, in der Risikobewertung analog zur Formulierung durch das ECDC stärker hinsichtlich verschiedener Gruppen zu differenzieren, ohne die aktuelle Stufe zu verändern. <i>Weitere Diskussion auf morgen vertagt.</i></p> <p><i>ToDo:</i> Presse erarbeitet Vorschlag zur weiteren Diskussion.</p>	AL3
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es wird zunehmende Unsicherheit im Schutzverhalten und bei der praktischen Umsetzung der Maßnahmen, z.B. in Schulen, angesichts der neuen Lockerungen beobachtet.</li> <li>! Der Deutsche Turnerbund hat um Unterstützung bei Hygienekonzepten und Schulungsmaterial gebeten. Ggf. werden kurze Videoclips erstellt.</li> <li>! Die BZgA sieht je nach Gruppe unterschiedliche</li> </ul>	BZgA



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Informationsbedarfe, die mittels unterschiedlicher Materialien gedeckt werden sollen. Es werden regelmäßig bedarfsgerechte Pakete zusammengestellt, z.B. für Schulen, Arbeitgeber, Aufnahmeeinrichtungen, in leichter Sprache oder in Gebärdensprache. Diese Materialien sind als PDF verfügbar; ggf. könnte dies stärker beworben werden. Spracharme Informationen müssen zunehmend zur Verfügung gestellt werden.</p> <p>! Aus Sicht des Krisenstabs sollten Hygienekonzepte am ehesten von den jeweiligen Betriebsärzten anhand der RKI-Empfehlungen entwickelt werden, dabei könne die BZgA unterstützen, aber es sei wenig praktikabel, für alle Einrichtungen Konzepte vorzulegen. Ggf. sollten Konzepte bezüglich Abstandhalten und Anlegen bzw. Tragen einer MNB auch dem Verkaufspersonal im Einzelhandel nahe gebracht werden.</p> <p>! Es wird angeregt, dass Informationsmaterialien hinsichtlich COVID-19 im Rahmen eines Hitzesommers erstellt werden; die WHO-EURO hat diesbezüglich eine Kommunikation mit dem Titel „Keep cool during COVID-19-outbreak“ erstellt.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Der Lagebericht soll heute erstmalig den geglätteten R-Wert verwenden. Diesbezügliche Erläuterungen sollen möglichst frühzeitig an Presse mitgeteilt werden.</p> <p>! Marieke Degen hat einen Entwurf für eine Lagebewertung erstellt.</p> <p>! Am Freitag und Samstag finden am Nordufer Kundgebungen bezüglich COVID-19 sowie Tierversuchen statt.</p> <p>! Der Textentwurf zur Lagebewertung in einzelnen Kreisen, der in die Zusammenfassung des Lageberichts aufgenommen werden soll, wird von Michaele Diercke bearbeitet und frühestens morgen umgesetzt. Ggf. müssen die Abläufe hinsichtlich der Freigabe angepasst werden.</p>	Presse
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>! <b>Allgemein</b></p> <p><i>Nicht besprochen</i></p> <p>! <b>RKI-intern</b></p> <p>! Umgang mit Amtshilfeersuchen bezüglich Containment Scouts</p> <p>! Bei Überlastungsanzeigen der Gesundheitsämter müssen zunächst die Länder Ressourcen bereitstellen. Häufig handelt es sich um Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung. Eine kurzfristige</p>	FG32/FG37



	<p>Unterstützung durch die Bundeswehr wäre hilfreich und wird wahrscheinlich aus BW und TH angefordert werden.</p> <p>! Laut Bundeswehr wird aktuell mit dem BMG der Prozess geklärt. Voraussichtlich werden sich Herr Klaubert und Herr Schultz (BMG) bei Ute Rexroth melden. Die Bundeswehr hat bereits 36 Personen (1/3 Ärzte) geschult und wird zudem Laien schulen. Bei Bedarf soll das Lagezentrum des BMG angeschrieben werden.</p> <p>! Die Sprachkenntnisse der Containment Scouts sind aktuell unbekannt. Dies kann aber per E-Mail erfragt werden. In BW wird Unterstützung bei der Kontaktpersonennachverfolgung durch Personen mit Sprachkenntnissen in Bulgarisch, Rumänisch, Polnisch und Ungarisch benötigt,</p> <p><i>ToDo:</i> FG37 erfragt Sprachkenntnisse bei den in BW eingesetzten Containment Scouts.</p> <p>! Diskussion-Teststrategie Vorschlag von Herrn Schaade Mail 8:16 –Ergänzung Flussdiagramm und Hinweise für KoNa, Ergänzung „Kochbuch“</p> <p>! Während zu Beginn der Epidemie die Testung asymptomatischer Personen nicht empfohlen wurde, so sollen nach Ankündigung von BM Spahn und Anweisung aus dem BMG vom 17.04.2020 auch asymptomatische Kontaktpersonen getestet werden.</p> <p>! Die Anpassung der Teststrategie ist bei vorhandenen Testkapazitäten grundsätzlich sinnvoll. Die Testung asymptomatischer Kontaktpersonen dient der frühzeitigen Erkennung von Fällen und ist nicht als Freitestung zu verstehen; sie hat keinen Einfluss auf die Dauer der Quarantäne.</p> <p>! Details zu Kostenübernahme, Zeitpunkt der (wiederholten) Testung, Kombination von PCR und Serologie in bestimmten Settings u.Ä. sollen in der AG Diagnostik/Teststrategie geklärt werden.</p> <p>! Grundsätzlich sollte bei der Entwicklung oder Änderung von Empfehlungen auch die Praktikabilität der Umsetzung bedacht werden, z.B. im Kontext einer Kettenquarantäne innerhalb eines Haushalts.</p> <p>! <i>Weitere Diskussion in AG-Diagnostik und morgen im Krisenstab.</i></p> <p><i>ToDo:</i> Die Dokumente zum Kontaktmanagement werden angepasst.</p>	<p>Alle</p> <p>Alle</p>
--	---	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>AG Diagnostik klärt weitere Details.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ausweisung von Risikogebieten</li> <li>! Anknüpfend an die gestrige Diskussion wird angesprochen, dass in der AGI eine neue Ausweisung von Risikogebieten durch das RKI erwartet wurde. In der Diskussion konnte dies abgewendet werden. Laut Medienberichten sollen erste Grenzöffnungen ab 16.05.2020 erfolgen. Im interministeriellen Krisenstab, an dem gestern Walter Haas teilnahm, sei die Erwartung geteilt worden, dass das ECDC Kriterien entwickle. Das ECDC lehnte Grenzsicherungen im Rahmen der Pandemie ab und werde daher laut FG 32 und ZIG keine Kriterien für die Grenzöffnung entwickeln. Ggf. kann man den fachlichen Auftrag dadurch erfüllen, dass Daten auf subnationaler Ebene seitens des ECDC geliefert werden, aus denen seitens der Politik Parameter abgeleitet werden könnten. Jedoch ist weiterhin unklar, anhand welcher Kriterien Daten auf subnationaler Ebene in Deutschland bereitgestellt werden könnten, die zwischen Cluster und Community Transmission differenzieren.</li> <li>! <i>Weitere Diskussion vertagt.</i></li> </ul>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das Dokument zur getrennten Versorgung im stationären Bereich ist online.</li> <li>! Die gestern vorgestellte Stellungnahme der Arbeitsgruppe der nach den IGV benannten Flughäfen zu Temperaturmessung und anderen Methoden an Flughäfen wird veröffentlicht.</li> <li>! Das Dokument zur aktuellen Strategiephase ist noch nicht erstellt.</li> </ul>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Rahmen der laborbasierten Surveillance werden u.a. Daten zu SARS-CoV-2-Testungen erhoben. Bei den derzeit 60 Laboren gehen Proben aus dem ambulanten und stationären Bereich ein. Die Anzahl der Testungen liegt in den letzten 8 Wochen relativ konstant bei ca. 130.000 pro</li> </ul> </li> </ul>	FG37

	<p>Woche, in Wochen mit Feiertagen ist dies etwas weniger. Nach anfänglichem Anstieg der Positivenrate ist diese seit KW14 rückläufig und liegt aktuell bei 0,25%; der zeitliche Verlauf ist in den Bundesländern ähnlich. Die Testkapazitäten sind derzeit nicht ausgereizt.</p> <p>! Bei der Anzahl an Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW zeigt sich ein Anstieg bei Personen über 80 Jahren; dieser Anstieg zeigt sich auch bei der Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einwohner in dieser Altersgruppe.</p> <p>! Die Abdeckung wird aus dem Verhältnis aus Meldedefällen und positiv-getesteten Personen in ARS wochenweise geschätzt. Als Korrektur wird das Mittel von KW12 bis KW17 genutzt. Aktuell wird für den Bund eine 34%-ige Abdeckung geschätzt.</p> <p>! Hinsichtlich der Hochrechnung der Testungen ergibt sich für ARS eine höhere Schätzung (&gt;400.000 Testungen pro Woche) als für die mittels VOXCO erfolgende RKI-Testlaborabfrage. Letztere basiert auf manueller Eingabe und Summierung.</p> <p>! Die geschätzte Abdeckung nach Bundesländern ergibt ein variables Bild, das u.a. durch die unterschiedliche Anzahl an Laboren in den jeweiligen Bundesländern bedingt ist. Zudem gehen in einigen Bundesländern wie Berlin auch Proben aus dem Umland ein.</p> <p>! Bei der Hochrechnung der Testungen liegen alle Bundesländer bei ca. 500 Testungen / 100.000 Einwohner (HE, MV, RP aktuell &lt; 500). Die Abbildung weist nicht alle Bundesländer aus, da mindestens eine 10%-ige Abdeckung Voraussetzung ist.</p> <p>! Mehrfachtestungen derselben Person können zugeordnet werden, solange sie in demselben Labor ausgewertet wurden.</p> <p>! Untersuchungen zu Co-Infektionen, z.B. bakteriellen Superinfektionen bei COVID-19, werden aktuell geplant bzw. umgesetzt. Diese Ergebnisse können im Verlauf vorgestellt werden. Innerhalb von ARS können keine Diagnosen, sondern nur Erreger (inklusive Lokalisation, zeitlicher Verlauf, Co-Infektionen) erfasst werden.</p> <p>! Über Blutspende-Studien ist ggf. eine Aussage zur Antikörperentwicklung möglich.</p> <p><i>ToDo: FG37 stellt SARS-CoV-2 in ARS Präsentation im Rahmen der morgigen AGI vor.</i></p>	
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! <i>Nicht besprochen</i>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  ! <i>S.o.</i>	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b>  ! <i>Nicht besprochen</i>	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  ! Teilnahme am Forschungsrat am 13.05.2020 ! Teilnahme am Gesundheitsausschuss am 13.05.2020 ! ÖGD-Webinar: Marc Thanheiser und Martin Mielke nehmen teil	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  ! Nächste Sitzung: Donnerstag, 14.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>! 30 serologische Studien aus 12 Ländern, Zusammenfassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unterschiedlicher Kontext, Stichprobengröße (145-20.000 Personen) und Methoden (Allgemeinbevölkerung, Schulen, Blutspender, Pflegeheime, KKH-Personal, usw.)</li> <li>○ Es handelt sich nicht (nur) um wissenschaftliche Publikationen, oft nur Ergebnisse aus den Medien</li> <li>○ Seropositivität zwischen 0 und 32%, letztere, höchste Proportionen in Boston (32%), Senioreneinrichtung in Schweden (30%), Gymnasium in Frankreich (26%)</li> <li>○ Begrenzte Aussagekraft wegen nicht-zufälliger TN-Rekrutierung (random sampling)</li> <li>○ Falsch positive Testergebnisse in Boston und Frankreich, hier wurden POC/Rapid Tests verwendet (nicht von der WHO empfohlen)</li> <li>○ Nur eine Studie hat auch die Qualität (neutralisierende) und Quantität der Antikörper untersucht</li> <li>○ Die für eine Herdenimmunität anvisierte Seroprävalenz von 60-70% wurde auch in stark betroffenen Gebieten bei weitem nicht erreicht</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>gestern)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DESTATIS möchte gerne diese Woche in Absprache mit RKI Todesfälle nach Todesdatum publizieren, BMG wird auch hierzu konsultiert</li> <li>○ Reproduktionszahl <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Matthias an der Heiden hat einen Begleittext zum neuen, geglätteten R-Wert vorbereitet</li> <li>▪ Reff-Werte BL: nur für HH &gt;1, aufgrund von IT-Problemen wurden einige Fälle verspätet gemeldet</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz liegt in 4 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Coesfeld: NW, fleischverarbeitender Betrieb</li> <li>▪ Sonneberg: TH, Alten-/Pflegeheim und KKH, aktive Fallsuche in Einrichtungen</li> <li>▪ Coburg: BY, direkt neben Sonneberg, auch viel Pendelverkehr</li> <li>▪ Rosenheim: BY, Reihenuntersuchungen in Asylunterkünften</li> <li>▪ In manchen Kreisen wurde großflächig gescreent, auch gab es aufgrund des Wochenendes bzw. IT-Problemen Übermittlungsverzögerungen</li> <li>▪ Negative Erfahrung durch das Medieninteresse reduziert ggf. Testfreudigkeit</li> <li>▪ Aktuell sind in Coburg keine Maßnahmen geplant</li> </ul> </li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Aktuell sind knapp &gt;1.300 Patienten intensivpflichtig</li> <li>○ Ausbruchsgeschehen fleischverarbeitende Betriebe: mit Datenstand 11.05. ~250 Fälle,</li> </ul> <p>! Überlastungsanzeigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KoNa kann nicht (immer) durch das RKI gesichert werden</li> <li>○ Die Medien haben auch Abfragen bei den GA gemacht</li> <li>○ Unterstützung durch die Bundeswehr (BW) muss über das BMG laufen, dort gibt es zwei</li> </ul>	
--	---	--





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Verbindungsoffiziere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BW hat stehende Vorgehensweisen, es gibt verschiedene formale Wege, die aktuell konsequent weiter so gehandhabt werden. Heute findet eine Absprache zwischen RKI (Ute Rexroth) und den Verbindungsoffizieren der BW am BMG statt. Ab übernächster Woche wird die BW auch Containment Scouts mit schulen</li> <li>○ Eventuell können BL die innerhalb ihres Landes verfügbaren Containment Scouts umdisponieren, bzw. Rückmeldung ans BMG senden wenn Bundeswehr-Unterstützung notwendig ist</li> <li>○ Wichtige Unterscheidung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Überlastungsanzeigen</u> sind politische Anzeigen, dass GA überlastet sind. Zunächst muss das BL seine Kreise unterstützen, wenn dies nicht möglich ist, gucken, von wo Hilfe geholt werden kann. Das RKI dokumentiert dies lediglich</li> <li>▪ <u>Amtshilfeersuche</u> sind Bitten um fachliche Unterstützung, diese versucht das RKI je nach Kapazitäten zu bedienen</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>RKI-Risikobewertung</b> (Vorschlag <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eine Anpassung der RKI-Risikobewertung ist geplant</li> <li>! „hoch für die Gesamtbevölkerung, sehr hoch bei Risikogruppen“ bleibt vorerst so erhalten</li> <li>! Diese Bewertung ist keine Prognose, wird aber häufig als solche gehandelt</li> <li>! Die Grundlagen der Risikoeinschätzung sind aktuell auf einer separaten Webseite erklärt (<a href="#">hier</a>)</li> <li>! 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</li> <li>! Achtung: Zusehender Detailgrad beinhaltet ein höheres Risiko, sich auf verschiedenen Seiten/in verschiedenen Dokumenten zu widersprechen</li> </ul>	VPräs/alle

	<p>! Es erscheint bereits jetzt sinnvoll, zu überlegen wie die nächste Abstufung sein könnte, z.B. „regional hoch“, wenn der aktuelle abnehmende Trend sich fortsetzt</p> <p><i>ToDo: LZ entwickelt Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung, Darstellung der Kriterien/Systematik zur Bewertung und der Ergebnisse.</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Anmerkung zu Risikobewertung: was folgt als Konsequenz aus den möglicherweise kommenden „regionalen Risikogebieten“? Hier stellen sich ggf. die Frage insbesondere für Risikogruppen</p> <p>! Telefonaktionen zusammen mit regionalen Tageszeitungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit Lockerung der Maßnahmen steigen die Unsicherheiten in der Bevölkerung bezüglich der Nachholung von Terminen, Familienfesten, usw.</li> <li>○ Top Themen: Impfungen, auch bestehende, z.B. Influenza und Pneumokokken</li> </ul> <p><b>Wo Lockerungen schwieriger sind</b></p> <p>! Für Menschenansammlungen auf engem Raum, wo die Personen danach wieder verstreut sind (nicht unbedingt im gleichen Haushalt), ggf. mit Musik, Alkohol, lauter Unterhaltung, werden Lockerungen kritischer gesehen, z.B. Discos, Clubs, Schützenfeste</p> <p>! Es sind keine/wenig Daten zu solcherart Settings verfügbar</p> <p>! Wenn die Fallzahlen weiter sinken und keine Leute mehr infiziert sind, kann man sich im Club nicht anstecken, dann ändert sich auch dort das Übertragungsrisiko</p> <p>! Aktuell gibt es Fall-Häufungen in Unterbringungen, wo Leute eng zusammenkommen, z.B. Altenheimen, KKH, etc. Mit der Zeit bessert sich hoffentlich die Einhaltung der Hygienemaßnahmen</p> <p>! Angepasste Maßnahmen sind auch bei Abwesenheit des Erregers wichtig, Beispiel MRSA im KKH, auch wenn Erreger nicht präsent ist, sollten Maßnahmen gut umgesetzt werden</p> <p>! In vielen LK gibt es in den letzten Wochen keine Fälle mehr (unerwartet gut!), die Sensitivität muss aufrechterhalten werden, wenn Maßnahmen gelockert werden</p> <p>! In DE hat die Bevölkerung bereits gewisse Maßnahmen umgesetzt, bevor offizielle Maßnahmen angekündigt wurden</p> <p>! Wie immer ist auch hier gute Kommunikation wichtig: selbst bei wenigen Fällen müssen Superspreading Events verhindert werden, bei großen Menschenansammlungen in geschlossenen Räumen! dies sollte auch erneut für die Bevölkerung klargestellt und noch besser kommuniziert werden</p> <p>! Es ist auch wichtig, dass die Erwartungen realistisch gehalten werden, eine Vorstellung, dass regelmäßige Testung der Allgemeinbevölkerung freie Bewegung ermöglicht muss verhindert werden</p>	<p>BZgA</p> <p>VPäs/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! BZgA: zunächst müssen die Botschaften deutlich definiert und anschließend zielgruppenspezifisch kommuniziert werden (Entwicklung spezieller Materialien die zielspezifisch zum Einsatz kommen)</p> <p>! BW: Vieles kann mit positiven Nachrichten kommuniziert werden, z.B. bereitet Bundeswehr Sportmedizin etwas zum Vereinssport vor, dies wird mit RKI geteilt wenn es fertig ist</p> <p>! Es soll unbedingt eine gute Abstimmung mit BZgA bezüglich dieser Botschaften stattfinden, Verhaltensänderung ist nicht RKI sondern BZgA Stärke</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Risikobewertung wurde oben besprochen</p> <p>! Heutige wird die abgestimmte Stellungnahme zum Entry und Exit-Screening publiziert</p> <p>! Nächste Woche Publikation aus dem LK Paderborn zur Testung Personal in Alten- und Pflegeheimen</p> <p>! Nutzung von tagesaktuellen Daten der Notaufnahmen ist geplant</p>	Presse
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Teststrategie</b></p> <p>! Das Thema wurde gestern im Krisenstab angesprochen aber AL1 war nicht dabei, ist noch nicht abgeschlossen</p> <p>! Nächsten Montag bespricht AG Diagnostik mit allen drei Untergruppen die Teststrategie, BMG ist auch dabei, beinhaltet sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testung bestimmter Populationen (symptomatische, Kontaktpersonen, Risikogruppen Altenheime und Aufnahmestationen im KKH, seroepidemiologische Studien)</li> <li>○ Aussagekraft seroepidemiologischer Studien/Qualität von Antikörper-Tests</li> <li>○ Korrelation neutralisierender Antikörper und Immunität</li> </ul> <p>! Papiere zum Kontaktpersonenmanagement übernimmt Udo Buchholz aus FG36, zusätzliche Informationen gerne an FG36 schicken um gute Überarbeitung zu ermöglichen, diese soll auch mit AL1 abgestimmt werden</p> <p>! Im Rahmen der KoNa soll auch Möglichkeit der Testung asymptomatischer KP der Kategorie 1 eröffnet werden. Ob diese mehrmals getestet werden oder ob einmalige Testung genügt wird noch diskutiert.</p> <p>! Bevölkerungsweites Screening: dieser Ansatz wird nicht durch das RKI unterstützt, AL2 beginnt ein Positionspapier um die Probleme damit aufzuzeigen (statistische Bedenken, falsch positive Ergebnisse, Interpretierbarkeit, usw.). Das Papier wird</p>	alle

auch in der Lage-AG vorgestellt werden, aktuell ist Frau Neuhauser (?) hierfür verantwortlich

- ! Weitere Fragestellungen sind die Bedeutung von seroepidemiologischen Studien zur Bewertung der Durchseuchung, z.B. wann ist die weitergehende Untersuchung einer größeren Gruppe regional überhaupt von Bedeutung (auch hinsichtlich der Schonung von Testkapazitäten)? Welche ist die Sinnhaftigkeit weitergehender Untersuchungen abhängig von der Unterschreitung des Signalwertes?
- ! Die Begrifflichkeiten müssen gut gefestigt werden damit auch politisch klar ist, wovon geredet wird, dies muss bei der Arbeit zu seroepidemiologischen Studien mitberücksichtigt werden
- ! Aus den BL kommen Zweifel auf an der Zuverlässigkeit der Tests, z.B. wenn mehrere Leute eng zusammenwohnen und immer nur eine Person positiv ist
- ! Qualitätsfragen sind intensiver Bestandteil der AG, das Diagnostik-Papier wird auch diesbezüglich überarbeitet
- ! Die PCR-Analyse ist hochsensitiv und stellt in der Regel kein Problem dar, nur wenige Labore haben diesbezüglich noch keine gute Performance, bei falschen Ergebnissen handelt es sich eher um Abnahmefehler
- ! Die Möglichkeit der Antikörper-Testung bei klinischem fortbestehenden Verdacht wird diskutiert, ggf. kann die Antikörper-Testung als weiteres diagnostische Kriterium angeführt werden
- ! Daten aus Island: jede 2. Person, die PCR-positiv ist, ist asymptomatisch, von asymptomatisch getesteten serokonvertieren nur ca. 20%

*ToDo: AL1 bespricht Positionspapier zu Bevölkerungsscreening mit AL2*

#### **Spucke zur Testung**

- ! Kann Spucke als Medium zur leichteren Probenahme irgendwann in Erwägung gezogen werden?
- ! Dies wird betrachtet und ist vorstellbar
- ! Die Herausforderung ist eher, dass die Laborlogistik sehr auf die Nutzung von Abstrichen ausgerichtet ist, eine Erweiterung auf Speichelproben würde diese Durcheinander bringen
- ! Spucke als Probenmaterial hat auf die Sensitivität keine große bzw. schlechte Auswirkung, ist jedoch nicht Mittel der Wahl und eher eine Ausweichalternative
- ! Kollegen aus Norwegen haben ihr gesamtes System auf Testung von Spucke umdisponiert (im Rahmen der Deeskalation), in ein paar Wochen wird klar, wie dies läuft
- ! Sollte durch RKI im Auge behalten werden

#### **Grenzöffnungen (aus TK VPräs mit BMG)**

- ! BMI macht Druck bezüglich Grenzöffnungen und möchte Kriterien dazu, wann man diese möglicherweise wieder zurückfährt (Grenzschließung, Quarantäne)
- ! Die vorgeschlagene 14-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einw.



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Erscheint relativ hoch (viele Fälle), sollte eher eine niedrigere Schwelle benutzt werden (25/100.000)?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ein höherer Wert wäre eher zu präferieren um zu schnelle/häufige Schließungen zu verhindern, BMI ist jedoch entschlossen, RKI soll versuchen, einen unsinnigen Grenzwert zu verhindern</li> <li>! Das BMG wünscht, dass ECDC diese Kriterien definiert und plant dies heute Nachmittag in die HSC TK einzubringen, sie werden einen einheitlichen Cut-off verlangen</li> <li>! Johanna Hanefeld soll sich auch mit der europäischen Kommission (EC) und ECDC dazu austauschen</li> <li>! BMG möchte ECDC über die EC dazu zwingen, EC ist gut platziert um Druck auszuüben und auf ECDC einzuwirken. Wenn ECDC dies annimmt, könnte es ein gutes Vorgehen für die Region sein, allerdings bleibt fraglich, ob die Inzidenz der einzige Wert für die Bewertung sein soll, Testkapazitäten sollten auch berücksichtigt werden</li> <li>! RKI versucht unbedingt den Ansatz einer regionalen bzw. differenzierten Einschätzung zu unterstützen, um gezielte Maßnahmen/Meidung zu erlauben</li> </ul> <p><b>ÖGD Kontaktstelle Provisorium (aus TK VPräs mit BMG)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das RKI-Konzept wurde vom BMG beurteilt und als grundsätzlich nicht schlecht gefunden, Anmerkungen folgen und sollen mit eingebaut werden um das Konzept anzupassen</li> <li>! BMG muss noch die Finanzierung der 40 Stellen sichern, ggf. als außerplanmäßige Ausgabe vor 2021</li> <li>! Aus politischen Gründen ist eine bereits sehr zeitnahe, partielle Umsetzung erwünscht, das BMG möchte ein Provisorium bauen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mini-Satellit des RKI-LZ das sich um GA kümmert</li> <li>○ 2-3 RKI MA inkl. ÖGD-Kontaktstellen-Leitung</li> <li>○ Rottmann wendet sich an andere Ressorts und ordnet dem RKI auf zeitbefristeter Basis 15 weitere Personen zu, die sich bereits etwas auskennen (von BW, MSF, BMEL, Rotes Kreuz, BBK, BVÖGD)</li> <li>○ RKI muss sich Gedanken machen wo die 15 zusätzlichen Leute hingesetzt werden, inkl. räumliche Abstandhaltung</li> <li>○ Zeitlicher Horizont ist zunächst 12 Wochen</li> <li>○ Aufgrund der Wahrnehmung der Öffentlichkeit besteht keine Alternative zu einer sofortigen Schaffung dieses Provisoriums am RKI</li> <li>○ Einige Fragen sind noch zu klären, z.B. ab wann? Welches soll die Qualifikation der ex-RKI-Personen sein und wie findet die Auswahl statt? Wie ist die hierarchische Position, kann das RKI nicht RKI-MA auch entsenden?</li> <li>○ Abstimmungs- und Eingewöhnungsprozess</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

sowie Schulung dieser Leute ist wichtig

- Containment Scouts haben aktuell sehr viel Kontakt mit den GA, bestimmte LZ-Aktivitäten können ggf. übergeben werden (Kommunikation wichtig)

## 2 RKI-intern

### Think Tank (Dokument [hier](#))

- ! Titel: der Begriff des Think Tanks ist unglücklich, dies ist idR eine unabhängige Organisationsstruktur die langfristig und ergebnis-orientiert arbeitet, eine andere Benennung ist vorzuziehen, da es besonders international kein passendes Wording ist
- ! Alternativvorschlag: COVID-19-Beratergruppe
- ! Es ist nicht geplant, dies gezielt öffentlich zu machen, aufgrund der von den Medien als nicht immer transparent empfundenen Kommunikation des RKI sollte der Austausch mit anderen Fachexperten jedoch auch sichtbar werden (mangelnde Kommunikation macht das RKI angreifbar)
- ! Die Gruppe soll aus ca. 10-12 Personen bestehen und von einem (potentiell langwierigen) offiziellen Berufungsprozess wird abgesehen, Schwerpunkt soll ein Austausch und Nutzung von Expertise sein
- ! Es ist ein Beraterkreis bestehend aus Personen, die teilweise bereits mit dem RKI kollaborieren/verbunden sind, manche davon sind berufen worden (e.g. KL, NRZ)
- ! Genderbalance erscheint wichtig wenn eine Legitimationsfunktion nach außen erfüllt werden soll
- ! Wenn Gremien um Benennung oder Vorschläge gebeten werden, dauert es länger, ein pragmatischer Ansatz wäre, die RKI-Leitung sucht aus, von wem sie gerne beraten werden möchte
- ! Heute keine abschließende Diskussion, nächste Schritte:
  - Mitglieder
    - Es soll noch mehr auf Gender geachtet und mehr Frauen sollen vorgeschlagen werden
    - Mehr Experten mit klinischem Bezug
    - STIKO Vorschlag (Herr Mehrpol?) ging am Wochenende ans LZ, sollte geprüft werden
    - Frau Gastmeyer hat viele Verpflichtungen, Frau Prof Mattner wurde jetzt von der Gesellschaft für KKH-Hygiene berufen
    - Frau Thun von der Charité wegen Digitalisierung?
    - STIKO Gast des Expertenrats Frau Hummer?
  - Dokument
    - Es soll eine Spalte eingeführt werden um zu vermerken, wo die Experten aktuell verortet sind, auch, in welchen Gremien sie ggf. bereits beraten
    - Textergänzung durch Aussagen zum Rahmen, der Nennung und Ankündigung der Beratergruppe



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>ToDo: LZ/LZ-Leitung nehmen o.g. Veränderungen vor</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorgehen Fleischindustrie/ Publikation: nicht besprochen</li> <li>! Fall-Kontroll-Studie zu Risikofaktoren: nicht besprochen</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einschätzung von Antigentesten: verschoben, nicht besprochen</li> <li>! Anhalt für Anteil falsch positiver Ergebnisse? Nicht besprochen</li> <li>! Nichts neues aus FG17</li> </ul>	AL1 FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Karten 7T Inzidenz &gt;50/&gt;35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich): nicht besprochen</li> <li>! Berichterstattung „Community Transmission“ ECDC: Es muss bald geklärt werden was erwünscht ist, DE macht Druck bezüglich der Indikatoren aber liefert nicht, wird ggf. gleich in der AGI TK besprochen: wie kann basierend auf deutschen Daten eine Einschätzung erreicht werden</li> </ul>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe oben unter Strategie-Fragen: BMI Grenzöffnungen</li> </ul>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AGI-TK</li> <li>! TK AG Flughäfen</li> <li>! ECDC BMG TK VPräs wird von BMG organisiert</li> </ul>	alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag, 15.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	







## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	15.05.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1

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



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Fallzahlen: ca. 4,5 Mio. Fälle, erste Plätze sind unverändert, Fallzahlen in United Kingdom gehen nach unten</li> <li>○ Länder mit &gt; 70.000 neuen Fällen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Russland: ca. ¼ Mio. Fälle. Die Fallzahlen stabilisieren sich. Die Testung wurde deutlich verstärkt.</li> <li>▪ Vereinigte Staaten: Trend geht nach unten. Die Testung wurde nicht verstärkt. Maßnahmen werden weiter gelockert.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Iran: Lockerungen wurden eingeführt, in einigen Bezirken punktueller Anstieg. Nächste Woche erfolgt detaillierter Bericht.</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 1.400–7.000 neuen Fällen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in Kuwait, Bahrain: vor allem durch Ausbrüche in der Population der Gastarbeiter</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt; 1, u.a.: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Russland: absteigender Trend</li> <li>▪ Brasilien: leicht absteigende Tendenz</li> <li>▪ Kambodscha: R-Wert von 5, bedingt durch kleine Fallzahlen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! China <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 82.929 Fälle, in den letzten 7 Tagen 44 Fälle gemeldet, hauptsächlich in der Provinz Jilin.</li> <li>○ 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 &lt;6 Jahre.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 4,4 Mio. Einwohner-Stadt Jilin: 6 Fälle, davon 5 mit Cluster in Shulan assoziiert: Busse und Züge eingestellt, Schulen geschlossen, Verlassen der Stadt nur möglich mit neg. Nachweis oder Quarantäne.</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<p>! WHO - AFRO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modellierung wurde modifiziert und soll morgen im BMJ Global Health veröffentlicht werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ohne Maßnahmen werden werden nach Beginn von Community Transmission 231 Mio. Menschen (22%) in 1 Jahr infiziert, davon werden 37 Mio. symptomatisch</li> <li>▪ 3,6 - 5,5 Mio. Hospitalisierungen</li> <li>▪ 83.000 – 190.000 Todesfälle</li> <li>▪ am stärksten betroffen: Algerien, Ghana, Nigeria, Südafrika</li> </ul> </li> <li>○ Gründe für geringe Anzahl erwarteter Hospitalisierungen und Todesfälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altersstruktur: Altersmedian ist in den meisten Ländern Afrikas zwischen 14-20 Jahre.</li> <li>▪ Bevölkerungsdichte: ist deutlich geringer als in Europa oder Asien, insg. nur ca. 1 Milliarde Menschen.</li> <li>▪ Geringe Mobilität, jedoch keine zuverlässigen Daten hierzu</li> </ul> </li> <li>○ Zahl der Todesfälle durch AIDS-bedingte Krankheiten könnte sich durch Einschränkung der Gesundheitsversorgung verdoppeln. Eine sechsmonatige Unterbrechung der antiretroviralen Therapie könnte zu 500.000 zusätzlichen Todesfällen führen.</li> <li>○ Durch Einschränkung der Versorgung könnte die Anzahl Tote durch Malaria deutlich steigen.</li> <li>○ Aussetzen von Impfprogrammen hat mittel- und langfristige Konsequenzen.</li> <li>○ Wirtschaftliche Auswirkungen sind besonders hart durch Fehlen von sozialen Sicherheitsnetzen und Ersparnissen großer Teile der Bevölkerung.</li> <li>○ Durch Transporteinschränkungen könnte Ernährungssicherheit ein noch größeres Problem werden.</li> <li>○ Aufgrund der wirtschaftlichen Belastung haben Ghana, Nigeria und Botswana begonnen Sperren zu lockern.</li> <li>○ In Afrika ist ein Lock-down nicht sinnvoll, da die Kollateralschäden zu groß sind.</li> <li>○ In low und middle income countries werden Testungen vor allem bei HCW durchgeführt.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 173.152 (+913), davon 7.824 (4,5%) Todesfälle (+101), Inzidenz 208/100.000 Einw., ca. 151.700 Genesene, <math>R_{eff}=0,75</math> (Wert von gestern)</li> <li>○ Kurve mit Fällen nach Todesdatum flacht sich nach hinten ab; Todesfälle pro Tag gehen etwas zurück.</li> <li>○ Fall-Verstorbenen-Anteil steigt nicht mehr linear an.</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG32</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kleinen Fallzahlen besonders anfällig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7-Tages-Inzidenz liegt nur in 2 LK/SK über Inzidenz-Schwellenwert &gt; 50 Fälle/100.000: LK Coesfeld und LK Coburg</li> <li>○ LK Coburg und LK Sonneberg <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflegekräfte arbeiten zum Teil in einem und leben im anderen LK. Beide LK haben starke Maßnahmen ergriffen: Besuchsverbote für Pflegeheime, Reihentestungen.</li> <li>▪ In Coburg wurden Mitarbeiter im GA aufgestockt und keine Überlastungsanzeige gestellt. Sonneberg hat eine Überlastungsanzeige gestellt. Fr. Rexroth ist hierzu im Gespräch mit dem BL.</li> <li>▪ Es findet eine Kooperation auf LK Ebene über Ländergrenze hinweg statt. GA tauschen sich über Fälle aus. Maßnahmen werden nicht abgestimmt, sind aber ähnlich.</li> </ul> </li> <li>○ Keine großen Änderungen beim geographischen Vergleich mit der Vorwoche.</li> <li>○ Alters- und Geschlechtsverteilung hat sich nicht wesentlich verändert. Der Anteil der Hochaltrigen geht etwas zurück.</li> <li>○ Todesfälle: seit gestern ist im Lagebericht ein extra Satz zu Todesfällen bei unter 20-Jährigen enthalten.</li> <li>○ 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).</li> <li>○ DIVI Intensivregister: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehr Patienten mit abgeschlossener Behandlung. Anzahl von Patienten in intensivmedizinischer Behandlung und beatmeter Patienten nimmt weiter ab.</li> <li>▪ Die Kapazität an freien Betten nimmt ab. Frage: sind wieder mehr Patienten aus der Normalversorgung in intensivmedizinischer Behandlung?</li> </ul> </li> </ul> <p>! ICOSARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dauer Hospitalisierung: Median der Verweildauer ist bei COVID-19-Fällen nicht sehr viel höher, die Spannweite ist aber größer.</li> <li>○ Dauer Intensivbehandlung: Altersgruppe zwischen 60-79 fällt bei COVID-Fällen auf (Median deutlich höher).</li> <li>○ Dauer Beatmung: COVID-19 Fälle wurden deutlich länger beatmet, betrifft alle Altersgruppen.</li> <li>○ Anteil Verstorbener: Mit steigendem Alter ist der Anteil Verstorbener höher. Im Vergleich zu den SARI-Fällen aus den Grippesaisonen versterben doppelt so viele Fälle.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Anteil Intensivbehandlung an Fällen mit Risikofaktor: Anteil von Patienten mit COVID-19 ist deutlich höher bei Patienten mit Nierenerkrankung, aber auch ohne chronische Vorerkrankungen.</li> <li>○ Anteil Beatmungsfälle an Fällen mit Risikofaktor: ein deutlich höherer Anteil von jungen Menschen mit Nierenerkrankung wird beatmet.</li> <li>○ Es handelt sich um einen Zwischenstand, weitere Auswertungen werden stattfinden. Was sind Risikofaktoren? Bei Nierenerkrankungen muss differenziert werden, Subgruppen sollen dargestellt werden.</li> <li>○ Es handelt sich um fachliche Grundlagen zur Orientierung. Es ist nicht möglich aufgrund dessen Einzelfälle individuell zu beurteilen.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Austausch mit Usbekistan und China, Hilfeersuchen Tadschikistan</li> <li>! Heute Morgen Meeting zu Seroprävalenzstudien: aktive Bemühungen um Partner in Malawi und Iran, existierende Partnerschaften mit Südafrika; Fokus ist Prävalenz</li> <li>! Längerfristig vergleichende Studie in Subsahara-Afrika: HCW-Kohorte mit lokalen Partnern</li> <li>! Erste Besprechung mit BMG heute zu Corona-global Programm aus GHPP-Mitteln</li> </ul>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b> BZgA</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! BZgA ist über Phase der reinen Informationsvermittlung hinaus, entwickelt nun Strategie für Empowerment, Umsetzung so rasch wie möglich.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! 2 Demonstrationen vor RKI am Nordufer angekündigt (Tierschutz und Corona).</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p><b>Beraterstab</b> (Vorschlag <a href="#">hier</a>)</p> <p>Funktion: Vernetzung der Gremien. Vor allem Berater, die bereits in anderen Gremien aktiv sind, sollten im Beraterstab vertreten sein (auch andere relevante Gremien nicht nur RKI-Gremien).</p> <p>! Virologie: Hr. Drosten</p> <p>! Theoretische Epi/Modellierung: Hr. Meyer-Hermann</p> <p>! ÖGD: Hr. Pulz</p> <p>! Sozialepidemiologie: Fr. Müller-Nordhorn (nach Rücksprache mit Hr. Lampert)</p> <p>! Ethik: Hr. Marckmann oder Hr. Strech, muss noch geklärt werden</p> <p>! Krankenhaushygiene: Fr. Gastmeier; falls sie keine Zeit hat: Fr. Wendt</p> <p>! Innere Medizin: Hr. Hallek</p> <p>! Intensivmedizin: Hr. Karagiannidis</p> <p>! Pädiatrie: Hr. Schrotten</p> <p>! Infektiologie: Fr. Addo</p> <p>! Internationaler Bereich: Fr. Kampmann</p> <p>! Internationale Institutionen: Fr. Ammon oder Fr. Stein, je nach zeitlichen Kapazitäten</p> <p>! Veterinärbereich: Hr. Mettenleiter</p> <p>! Impfen: Hr. Meerpohl</p> <p>! Patienten/Pflege: Fr. François-Kettner</p> <p>! Kommunikation: Hr. Stollorz</p> <p>! Public Health: Fr. Rehfuess</p> <p>! Medizininformatik: Fr. Thun</p> <p>! auf Neurologie wird verzichtet</p> <p><i>ToDo: Weiterleiten des Vorschlags an Hr. Wieler</i></p> <p><b>Zeit Artikel über RKI</b></p> <p>! nicht besprochen</p> <p><b>AG IGV-Flughäfen äußert Bedarf einer bundeseinheitlichen Handreichung bei Wiederaufnahme des Flugverkehrs</b></p>	<p>Alle</p> <p>FG32</p>

	<p>! TK mit informeller AG gestern: es besteht erhöhter Klärungsbedarf und der Wunsch nach einem deutschsprachigen Papier. RKI hat eigentlich keinen öffentlichen Auftrag, Einheitlichkeit wäre aber sinnvoll.</p> <p>! Soll von Vertretern der AGI, die Teil der Arbeitsgruppe sind, bei der nächsten AGI-TK vorgeschlagen werden.</p> <p><b>Abstimmung Auftrag gemeinsamer Krisenstab BMI/BMG zu Entscheidungshilfen zum Vorgehen bzgl. Entscheidungsparameter zum Umgang mit internationalem (EU-weitem) Umgang mit Covid-19, zu Ein- /Ausreise und Grenzregimes</b></p> <p>! Auftrag aus interministeriellen Krisenstab: Die Einteilung in Risikogebiete hatte epidemiologische Gründe für die Fallfindung. Grenzsicherungen und -öffnungen sind eine politische Entscheidungen. Wenn Parameter herangezogen würden, wären dies die Entwicklung der Fallzahlen, vsd. Kapazitäten (Labor, Gesundheitsbereich) und Maßnahmen sowie Mobilität</p> <p>! Dem RKI liegen gar nicht alle hierfür notwendigen Daten vor. 50 Fälle/100.000 in 1 Woche wäre das einzige verfügbare Kriterium. Die entsprechende Karte ist noch in Arbeit.</p> <p>! RKI würde Arbeitsauftrag gerne an ECDC oder WHO weitergeben. ECDC hat die Entwicklung von Kriterien jedoch schon abgelehnt.</p> <p>! Mustereinreiseverordnung für BL und Beförderer wird vom BMG erstellt.</p> <p>! Formulierungsvorschlag: Aufgrund der Beschlüsse der Staatssekretäre geht das RKI davon aus, dass sich der Auftrag erledigt hat. <u>Nachtrag</u>: BMG-Anfrage hat ergeben, das Arbeitsauftrag aufgrund Cds Beschluss nicht mehr besteht</p>	<p>ZIG / FG32</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Stand AG Diagnostik: sind kurz davor den Bericht zur Testung von symptomlosen Kontaktpersonen Kat. 1 zu finalisieren mit einer Übersichtstabelle für die Bewertung von Konstellationen.</p> <p>! Testung von Kontaktpersonen Kat. 1 soll anlassbezogen bei einem Ausbruch oder vermuteten Ausbruch stattfinden. Es geht nicht um Freitestung, sondern um Erkennen asymptomatischer Fälle.</p> <p>! Günstigstes Intervall bei Testung ist eine frühe Testung (Tag 0/1) und eine 2. Testung an Tag 7 oder 10.</p> <p>! Eine möglichst frühe Testung ist sinnvoll, um weitere Ansteckungen zu verhindern. ÖGD benötigt einfache Regelung.</p> <p><i>ToDo: Verteilung der konsolidierten Version am Wochenende, Finalisierung am Montag</i></p> <p>! ZBS1: Knapp 500 Proben, davon knapp 5% positiv, nächste Woche mehr Proben durch Beginn HCW-Studie erwartet.</p>	<p>AL1 FG17</p> <p>ZBS1</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! In Marzahn Montag und Dienstag Beginn der Testung von HCW mittels PCR und serologisch.	FG37
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Papier zur strategischen Patientenverlegung wird zurzeit erstellt. Mehr dazu nächste Woche.	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2: unter Labordiagnostik besprochen	FG36
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! Unter RKI-Strategie besprochen	FG32
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Fachaufsichtsbeschwerde über Herrn Wieler bzgl. Unterlassung der Anpassung von Empfehlungen für pflegende Angehörige: wird von L1 beantwortet ! Nächste Sitzung: Montag, 18.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	18.05.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - Andreas Jansen
- ! BZgA



- Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Ca. 4,5 Mio. Fälle und ca. 315.000 Verstorbene</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Brasilien und nicht mehr Russland ist an 2. Stelle</p> <p>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Russland</u>: Plateau, eher mit Tendenz nach unten mit konstant unter 10.000 neuen Fällen pro Tag; Verstärkung der Maßnahmen zeigt erst Erfolge</li> <li>○ <u>USA</u>: evtl. Wiederanstieg nach Plateau</li> <li>○ <u>Brasilien</u>: starker Anstieg, bis zu 16.000 neue Fälle pro Tag <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 241.000 Fälle, Verstorbene</li> <li>▪ Öffentliches Gesundheitssystem ist dem Ansturm in einigen Bundesstaaten nicht mehr gewachsen.</li> <li>▪ Weitere Belastung durch Masern- und Dengueinfektionen</li> <li>▪ Lockerungsmaßnahmen wurden verschoben.</li> <li>▪ Zusätzlich in einigen nördlichen Bundesstaaten erstmals vollständiger Lock-down; Entscheidungen über Verschärfung oder Lockerungen der Quarantäne liegt auf lokaler Ebene</li> <li>▪ Zu Beginn der Epidemie waren vor allem privilegiere Schichten (Europa-Reisende) betroffen, nun zunehmend ärmere Bevölkerungsschichten</li> <li>▪ Reichere Schichten können Privatkliniken nutzen, die noch freie Kapazitäten haben, die ärmeren Bevölkerungsschichten nur das öffentliche Gesundheitssystem.</li> <li>▪ In Vorstädten und Favelas sind Distanzierung oder Hygienemaßnahmen nicht möglich.</li> <li>▪ In fast allen Regionen liegt der R-Wert über 1</li> </ul> </li> </ul> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p>	ZIG1



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ UK: Abwärtstrend setzt sich fort</li> <li>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag</li> <li>○ Südafrika: Anzahl von Infektionen zwischenzeitlich über 1.000; Beginn Problematik in Townships</li> <li>! Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt; 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das einzige Land mit großer Fallzahl und R-Wert &gt; 1 ist Brasilien. Der hohe R-Wert von Kambodscha ist, wie bereits beschrieben, durch die kleinen Fallzahlen bedingt.</li> </ul> </li> <li>! Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &lt; 1: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ R eff. von Russland und USA ist jetzt unter 1; Tendenz von Russland zeigt eher nach unten, von USA eher nach oben.</li> </ul> </li> <li>! Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries (Lancet, 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Bezogen auf 118 Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen</li> <li>○ Das am wenigsten schwerwiegende Szenario über 6 Monate würde zu 253.500 zusätzlichen Todesfällen bei Kindern und 12.200 zusätzlichen Todesfällen bei Müttern führen.</li> <li>○ Das schwerstes über 6 Monate würde zu 1.157.000 zusätzlichen Todesfällen bei Kindern und 56.700 zusätzlichen Todesfällen bei Müttern führen.</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 174.697 (+342), davon 7.935 (4,5%) Todesfälle (+21), Inzidenz 210/100.000 Einw., ca. 154.600 Genesene, Reff=0,91</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	--	-------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle pro Bundesland: weiterer Rückgang, kein BL hat neue Fälle im 3stelligen Bereich übermittelt.</li> <li>○ Fälle nach Todesdatum: geht deutlich zurück</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Reproduktionszahl nach Bundesland: in fast allen BL unter 1</li> <li>○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen &gt; 50 bzw. &gt; 35 Fälle / 100.000: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 50 Fälle: LK Coburg (Pflegeeinrichtung), SK Straubing und LK Straubing-Bogen (fleischverarbeitender Betrieb), LK Coesfeld (fleischverarbeitender Betrieb)</li> <li>▪ &gt;35 Fälle: LK Greiz, LK Sonneberg (Pflegeeinrichtung)</li> </ul> </li> <li>○ BMG möchte auch Informationen zu St. Augustin in NRW (Erstaufnahmeeinrichtung) und Dissen in Niedersachsen (fleischverarbeitender Betrieb) zu erhalten.</li> </ul> <p>! In der TK mit dem BMG am Vormittag wurde um ein aktives Medienscreening von Ausbrüchen, die noch nicht im Meldesystem enthalten sind, gebeten. Falls solche gefunden werden, sollen weitere Informationen beim zuständigen GA eingeholt werden. Der Auftrag eines informellen Berichts per Email hierzu wurde von Hr. Rottmann erteilt und als zusätzliche neue Aufgabe ins Lagezentrum weitergegeben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch: Die Leitung sollte dämpfend auf die Erwartungshaltung und Aufgabenerteilung des BMG einwirken. GA direkt anzusprechen ist nicht das Mandat des RKI, Anfragen müssten über die Landesämter gestellt werden. Landesbehörden haben auch nicht die Kapazität alle GA durchzutelefonieren. Pressescreening kann RKI zeitlich nicht leisten.</li> </ul> <p><i>ToDo: In AGI TK soll das Thema morgen angesprochen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pressescreening könnte ausgelagert werden. Es gibt diverse Firmen, die nach bestimmten Schlüsselwörtern Pressemitteilungen durchforschen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Pressescreening nach Ausbrüchen wird in Auftrag geben (Kontakt Hr. Schmich), bei Informationsbedarf werden die GA über die Landesstellen kontaktiert.</i></p> <p>! Weiterer Auftrag vom BMG: Rausrechnen der Ausbruchszahlen</p>	<p>FG21</p> <p>FG 32</p> <p>FG37 / Abt.1</p>
--	---	--



	<p>aus den Fallzahlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geographische Verteilung: 7-Tageskarte: relativ stabil</li> <li>○ Nichts Neues bei den Todesfällen</li> <li>○ Beschäftigte in lebensmittelverarbeiteten Betrieben (§42) werden weniger häufig hospitalisiert, nur wenn schwer erkrankt (vermutliche Gründe: fehlende Krankenversicherung, Verdienstausschluss).</li> <li>○ DIVI Intensivregister: rückläufige Zahlen, deutliche weniger belegte und mehr freie Betten. Angaben zu Kindern sind noch nicht umgesetzt.</li> <li>○ Mobilität nimmt weiterhin zu.</li> <li>○ Vorschlag: alle aktuellen Ausbrüche sollten kurz besprochen werden. Wurden alle letzte Woche bereits angesprochen.</li> <li>○ „Mein Schiff 3“ ist für Medien eher irrelevant. Es wurden keine weiteren Fälle identifiziert, die Repatriierung in die Heimatländer läuft.</li> <li>○ Wo wird die Grenze bei Ausbrüchen gezogen? In Brandenburg gibt es z.B. Ausbrüche in 2 Kitas. Sollen auch Ausbrüche mit 2-5 Fällen betrachtet werden oder eher größere Ausbrüche? Dies muss das RKI festlegen, alles &lt; 10 interessiert nicht, wäre ein Kriterium. Einwand: Kann nicht nur an Fallzahlen festgemacht werden, Kinder sind z.B. ein sensibles Thema. Sollte pragmatisch angegangen werden.</li> </ul> <p>! Maßnahmen und Testen (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testen ist nicht Teil der Maßnahmen. Umso mehr getestet wird, umso weniger einschränkende Maßnahmen sind notwendig.</li> <li>○ Entspricht dem Gegenstand der AG Diagnostik und sollte deshalb innerhalb der AG vorgestellt werden, mit dem Ziel eine konsentiertere Sprachregelung zu finden, muss mit Laborkapazitäten abgestimmt werden.</li> <li>○ Falsch positive Ergebnisse werden zum Problem bei sinkenden Fallzahlen. Dann müssen nicht alle Patienten mit elektiven Eingriffen getestet werden. In strategische Überlegungen könnte die Antikörpertestung miteinbezogen werden.</li> </ul>	<p>Abt. 1 / FG32</p>
--	---	----------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute wird ein überarbeitetes Papier der AG Diagnostik veröffentlicht, in dem die angesprochenen Aspekte genannt sind. Die Themen sind für die Fachöffentlichkeit adressiert, weg von Testen-Testen-Testen, hin zur gezielten Testung.</li> <li>○ Teilnahme an Ringversuchen ist verbindlich mit der KBV abgesprochen, Nachtestung zur Qualitätssicherung.</li> </ul> <p>! Serologie: Laut KBV kann mit 2 Blutproben in Abstand von 7-14 Tagen (entweder IGG oder gesamt) der Nachweis einer akuten Infektion erbracht werden. Dies wurde ins Diagnostikpapier aufgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Serologie sollte in die Faldefinition aufgenommen werden. Hr. Mielke hat in einer Mail passend zu den Aussagen im Diagnostikpapier für Fr. Diercke zusammengefasst, was man fachlich dazu sagen kann.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ In europäischen Faldefinitionen ist bisher nur PCR enthalten.</li> </ul> <p><i>ToDo: Vorschlag bei europäischen TK einbringen</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! <u>Corona WarnAPP</u> (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Produkt ist nach ISO-Norm zertifiziert, abgestimmt mit BMG</li> <li>○ Hoher Druck, Basisfunktionalität soll in 1. Betriebsphase gestartet werden; Phase 3 ist ohne Phase 2 nicht denkbar.</li> <li>○ Phase 1: reines Informationstool, informiert Nutzer darüber, ob sie jemanden getroffen haben, bei dem COVID-19 diagnostiziert wurde.</li> <li>○ Schwierigkeit: von zentraler zu dezentraler Lösung.</li> <li>○ Finalisierte Dokumente sind öffentlich verfügbar, Quellcode wird bereitgestellt.</li> <li>○ 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</li> </ul>	FG21





	<p>einen QR-Code erhalten. Ein zentrales Element ist die Untersuchung in einem Labor; Selbsttests werden nicht berücksichtigt. RKI beteiligt sich bei diesen Punkten nur mit Einschätzungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Bei Presseanfragen ist RKI-Presse nicht mehr involviert, statt dessen eine externe Kommunikationsfirma.</li> <li>○ Tägliche Abstimmungen, alle Workstreams müssen abdeckt werden. Dokumente werden federführend von SAP und Telekom erarbeitet, sehr viele extern Beteiligte.</li> <li>○ Deadline: Mitte Juni (10.-15. Juni) soll erste rudimentäre Variante verfügbar sein.</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Nächste Woche stärkerer Fokus auf Serverstruktur</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>! Nicht besprochen, am Mittwoch Vortrag zu T-Zellen und COVID-19 geplant</p>	Abt.1
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Soll morgen besprochen werden</p>	Alle
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Telefonberatung muss mit Unterlagen und Schulungsmaßnahmen unterfüttert werden.</p> <p>! Es gab Telefonaktionen mit Zeitungsredaktionen. Vor allem in Bezug auf bundeslandübergreifende Reisen und die Pneumokokken-Impfung gibt es große Unsicherheit.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Farbgebung auf der Karte wurde geänderte, wird nochmal geklärt.</p> <p>! Zum Thema Reise innerhalb Europas muss kontrolliert werden, ob alle Links noch aktuell sind.</p> <p>! Problematisch: Tabakkonzerne benutzen Krise für Werbung.</p> <p><b>Info über aktuelles Ausbruchsgeschehen</b></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Abt.3</p>



	<p>! Verstärktes Screening durch das LZ hinsichtlich Ausbruchsgeschehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ unter Aktuelle Lage besprochen</li> </ul> <p>! ÖGD Kontaktstelle – BMG, BW (Herr Schulz) – BMG TK aktuelles Geschehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gespräch mit Fr. Rexroth, Hr. Hamouda morgen</li> </ul> <p><b>Verbreitung des Dokumentes / der Inhalte der Orientierungshilfe für Bürger (<a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! Für die Fachöffentlichkeit ist ein 2. Artikel im Ärzteblatt zur Testung geplant.</p> <p>! Neue Fälle sollen frühzeitig erkannt werden. Die wichtigste Maßnahme ist, dass sich Menschen mit Symptomen testen lassen.</p> <p>! Die Orientierungshilfe für Bürger sollte über möglichst viele Kanäle durch die BZgA vertrieben und beworben werden.</p> <p>! BZgA hat sich hierzu Gedanken gemacht. Die Infektionsschutzseite ist bisher keine Kampagnenseite. Sie wird derzeit umgebaut, aktuell Wichtiges soll prominent gesetzt werden.</p>	Abt.1
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! 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.</p> <p>! Die Modellierer könnten hierfür mit Externen zusammenarbeiten, eine Kollaboration mit IQTIG und mit LMU München ist geplant. Eine Gruppe unter Leitung von MPI-Professoren bietet an, das RKI zu unterstützen. Das BMG erlaubt dem RKI nicht immer Modellierungen nach außen zu geben, eine Kooperation mit Externen hätte den Vorteil, dass diese die Modelle veröffentlichen könnten.</p> <p>! Ziel sollte sein, jeden einzelnen Fall nachzuverfolgen und Ausbrüche im Auge zu behalten. Es sollten möglichst keine größeren Ausbrüche mehr stattfinden.</p> <p>! Strategie der Testung muss im Herbst mit der Erkältungswelle wieder angepasst werden.</p> <p>! Hierfür muss keine neue AG gegründet werden. Die</p>	Alle



	<p>Zusammensetzung der AG De-/Reeskalation (Hr. Haas, Hr. Eckmanns, Hr. Jansen, Hr. und Fr. an der Heiden, Fr. Rehfuß, Hr. Drosten, Fr. Fehr, Fr. Hunger) unter Leitung von Fr. Hanefeld ist gut geeignet. Fr. Rexroth und Hr. Hamouda werden ergänzt. Die Gruppe wird die Kurz- und Mittelfristperspektive updaten, anschließend werden die Szenarien im Krisenstab diskutiert.</p> <p><i>ToDo: Arbeitsgruppe um Fr. Hanefeld definiert die Ziele für die nächsten Wochen.</i></p> <p>! Modellierergruppe: mit Hr. an der Heiden zusammen wird überlegt, was modelliert werden soll, welche Parameter berücksichtigt werden sollen und welche Modellierungen nach außen gegeben werden (als Auftrag oder Kooperationsprojekt).</p> <p><i>ToDo: Modellierergruppe überlegt zunächst, was modelliert werden soll, dann wer.</i></p> <p>! Ergänzung: RKI ist eine Behörde und erhält mehr Unterstützung und Glaubwürdigkeit, wenn Daten zusammen mit externen Wissenschaftlern publiziert werden, auch mit ausländischen Wissenschaftlern.</p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch SARS-CoV-2</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>Vorschlag zur Diskussion und Freigabe, 2 Punkte sollten angepasst werden:</p> <p>! Kontaktpersonen der Kat. 1 mit engem Kontakt: sollten möglichst 5-7 Tage nach Erstkontakt, sonst an Tag 1 und Tag 7-10 (statt Tag 7) getestet werden, um eine asymptomatische/ präsymptomatische Infektion (statt Besiedelung) zu erkennen. Es wird betont, dass ein negatives Testergebnis die Quarantänezeit nicht verkürzt.</p> <p>! Vorgehen für das Management von Kontaktpersonen der Kat. 1, anlassbezogene Konkretisierung: In bestimmten Situationen Testung asymptomatischer Kontaktpersonen: 2. Test wieder Tag 7-10 statt Tag 7.</p> <p>! Frage: Warum ist Testung an Ausbruch in Altenpflege oder Gemeinschaftseinrichtung gebunden? Wurde anders diskutiert.</p> <p>! AGI ist gegen anlasslose Reihenuntersuchungen. Im Rahmen der KoNa eine Testung auch ohne Symptome zu ermöglichen ist dagegen Konsens. Der Anlass wäre der Kontakt zu einem bestätigten Fall. Ein bestimmtes Setting ist nicht notwendig.</p> <p>! Formulierung: Sollte eine Testung erfolgen oder kann eine Testung erfolgen? Was ist, wenn Kontaktreduktionen gelockert werden?</p> <p>! Bei Öffnung von Schulen und Kitas müssten große Gruppen getestet werden. Auch mit doppelter Testung werden nicht alle</p>	FG36



	<p>Fälle gefunden. Die Testung verkürzt die Quarantäne nicht und ersetzt nicht das Gesundheitsmonitoring.</p> <p>! Anregung: Es sollte versucht werden, den Zusatznutzen durch frühe Erkennung von Fällen epidemiologisch zu beziffern.</p> <p>! Kontakt und Ausbruch wird als Bedingung bei Kontakt Kat.1 gestrichen. Insbesondere in Ausbruchssituationen sollte eine Testung durchgeführt werden.</p> <p><i>ToDo: Wird von Hr. Haas angepasst und anschließend auf der Webseite publiziert.</i></p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ unter Dokumente besprochen</li> </ul> <p>! Maßnahmen und Testen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ unter Aktuelle Lage besprochen</li> </ul> <p>! Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ auf morgen verschoben</li> </ul>	<p>FG36 / FG32</p> <p>FG37</p> <p>FG32</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Meldepflicht von Ak-Nachweisen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unter Aktuelle Lage besprochen</li> </ul>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! BMAS</p> <p>! Dienstag, 17 Uhr TK zur Kontaktstelle ÖGD am RKI mit BMG</p> <p>! Krisenstabsitzung am Freitag, den 22.05 findet statt.</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p>	



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Dienstaufsichtsbeschwerde über Herrn Wieler bzgl. Unterlassung der Anpassung von Empfehlungen für pflegende Angehörige wurde von L1 bearbeitet. Die Antwort lautet, es gibt keine Verpflichtung für das RKI solche Empfehlungen zu machen. Die Beschwerde ist somit grundlos.</p> <p>! Nächste Sitzung: Dienstag, 19.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	
--	--	--

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): fast 5 Mio. Fälle weltweit, knapp 320.000 Todesfälle, Trend abfallend in USA, Russland, UK, steigend in den 7 anderen Top 10 Ländern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Brasilien: bis auf wenige Ausnahmen in zwei westlichen Regionen ist das ganze Land betroffen und die Inzidenz im Nordosten am höchsten</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Länder mit &gt;100 Fällen und einem Reff&gt;1: mehrere Länder mit hohen Reff aber niedrigen Fallzahlen, lediglich Brasilien mit einem Reff = 1,5 verzeichnet gleichzeitig auch hohe Fallzahlen</li> </ul> <p>! Situation in Schweden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ COVID-19 in Schweden <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt;30.000 Fälle, &gt;3.600 Todesfälle, Fallsterblichkeit 12%, Inzidenz 296/100.000 Einw.</li> <li>▪ Testungen 20-30.000/Woche, Kapazität (90.000/ Woche nicht ausgeschöpft, getestet werden alle Fälle mit schwerem Verlauf/Hospitalisierungen, HCW und Mitarbeitende in Pflegeheimen</li> <li>▪ Positivanteil Tests 14%, WHO empfiehlt 12-</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



	<p>13%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KKH-Kapazitäten: 30% der Intensivbetten frei</li> <li>▪ ILI-Sentinel: 238 Proben, 6% SARS-CoV-2 positiv</li> <li>▪ Prävalenzstudie in Stockholm (n=707) mit Eigenbeprobung, Fragebogen! 2,5% PCR-positiv</li> <li>▪ In fortlaufender Seroprävalenzstudie in Oslo wird eine Seropositivität von &lt;1% verzeichnet</li> <li>▪ Geografische Ausbreitung: Hotspots mit Inzidenzen &gt;70/100.000 Einw.</li> <li>○ Vergleich von SE mit NO, FI, DK: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im SE zeigt die Kurve eher ein Plateau und ggf. erneuten Anstieg, in den anderen sinkender Trend nach dem Peak</li> <li>▪ Reff liegt knapp über 1, täglich relativ stabil 200-300 neue Fälle stabil</li> <li>▪ In NO hat die Wiedereröffnung der Schulen nicht zu einer Fallzahlerhöhung geführt</li> <li>▪ Testungen/Einw. liegen in SE niedriger als in den anderen Ländern (&lt;20/1.000), in DK &gt;50/1.000</li> <li>▪ Maßnahmenvergleich: sehr andere Handhabung, in SE Versammlungen mit bis zu 50 Personen erlaubt, Bildungseinrichtungen, Gastrobereich offen, Grenzen selektiv offen</li> <li>▪ Ergebnisse: Inzidenz mehr als doppelt so hoch, Todesfall-Inzidenz 3-8 mal so hoch</li> <li>▪ Wirtschaft wurde in SE etwas mehr geschont, dennoch hat BIP gelitten (4% Abfall)</li> </ul> </li> <li>○ Hauptproblem in SE <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenz pro Einw. extrem hoch bei &gt;70-jährigen, 50% der Todesfälle aus Pflegeheimen</li> <li>▪ Fast 1/3 der Fälle sind HCW</li> <li>▪ Schwedischer Weg hätte funktionieren können (s. Korea, Singapur), jedoch unzureichender Schutz der höchst vulnerablen Bevölkerungsgruppe</li> <li>▪ 2/3 aller Pflegeheime in Stockholm sind von Ausbrüchen betroffen</li> <li>▪ Giesecke sagt, dass es in 1 Jahr überall so aussieht</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Begrenzte Maßnahmen in der breiteren Bevölkerung haben nicht zu einer Katastrophe geführt, daraus könnte man lernen</li> <li>○ Andreas Jansen eruiert, ob er das Testprotokoll für die Prävalenzstudie besorgen kann</li> <li>○ Geringe Anzahl PCR-positiver Ergebnisse (2,5%) ist überraschend, 15% (Heinsberg) wirkt</li> </ul>	<p>AL3/FG32 VPräs/alle</p>
--	--	--------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>realistischer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prävalenzstudie mit PCR misst keine durchgemachten und lediglich akuten Infektionen</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 175.210 (+513), davon 8.007 (4,6%) Todesfälle (+72), Inzidenz 211/100.000 Einw., ca. 155.700 Genesene</li> <li>○ Beide Reff unter 1, vorerst weiterhin Darstellung beider R-Werte nebeneinander</li> <li>○ Fallübermittlungen seit gestern: 2 BL mit Null Fällen, 7 BL mit 10 oder weniger, 7 BL mit &lt;100 neuen Fällen, BY und NW &gt; 100 neue Fälle</li> <li>○ 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</li> <li>○ Altersverteilung: reflektiert Ausbrüche innerhalb der arbeitenden, jüngeren Bevölkerung</li> <li>○ Todesfälle (Folie 24): 1-mal wöchentlich Vergleich der Wochen miteinander um epidemiologische Veränderungen zu verfolgen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittelwert des Alters nimmt ab</li> <li>▪ Geschlechtsverteilung verändert sich durch Ausbrüche in Schlachthöfen und Heimen für Asylsuchenden: mehr Männer, vorher durch Ausbrüche in Pflegeheimen mehr Frauen</li> <li>▪ Anteil Hospitalisierungen aufgrund der jüngeren Patienten rückläufig, ebenso Anteil verstorbener</li> <li>▪ Achtung: in 20. KW gemeldete können noch hospitalisiert werden bzw. versterben,</li> <li>▪ Generell starke Abhängigkeit von demografischen Faktoren</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! DIVI Intensivkapazitäten: Rückgang der Zahl der behandelten, Kapazität bleibt weiter hoch</li> <li>! Erwähnte Ausbruchsgeschehen (s. ab Folie 113) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ LK Greiz (TH): 6 Pflege- und Seniorenheime</li> <li>○ LK Coesfeld (NW): 280 Fälle in fleischverarbeiten-dem Betrieb</li> <li>○ LK Enzkreis (BW): ~350 Fälle unter Schlachthof MA, wird untersucht, viel mediale und politische Aufmerksamkeit</li> <li>○ LK Heinsberg (NW): 82 DPD-MA positiv getestet, keine Maßnahmen für gesamten LK (Lockerungen bleiben bestehen)</li> <li>○ COVID-19-Erkrankungen bei Fernfahrern: 2 Fälle von Fernfahrern aus Weißrussland, neuer</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>Trend?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mein Schiff 3: heute auch in der EpiLag berichtet <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Passagiere (=Crew-Mitglieder) waren 14d auf dem Schiff ohne Abstandshaltung</li> <li>▪ 1 Anosmie-Fall, 35 mit akuten respiratorischen Symptomen</li> <li>▪ Bis 9 wurde jedoch keine weitere Person positiv, getestet</li> <li>▪ 2.300 Personen haben das Schiff verlassen und sind in ihre Heimatländer zurückgekehrt</li> <li>▪ 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“</li> <li>▪ Die Proben der 9 Fälle wurden ans KL geschickt, eine Sequenzierung dieser ist wünschenswert</li> </ul> </li> </ul> <p>! Überlastungsanzeigen: Handhabung bedarf weiterer Klärung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher rot, wo Bedarf durch Landesebene nicht gedeckt werden kann, BMG möchte alle Überlastungen auf lokalem Niveau rot zu markieren, wird heute in AGI verhandelt</li> <li>○ EpiLag wurde informiert, dass BMG niederschwellige Information zu Überlastungen wünscht</li> <li>○ Amts- bzw. Dienstweg sollte eingehalten werden, Landesstellen benötigen schriftlich Stellungnahme, die von Bezirks-Regierungen abgesegnet ist</li> <li>○ Dies wurde dem BMG gestern und auch heute Morgen erläutert, die vertrauensvolle Kooperation mit der AGI soll nicht gefährdet werden</li> <li>○ Es sind viele Anzeigen eingegangen</li> </ul> <p>! Arbeitsschutz in Schlachthöfen: Stellungnahme der verantwortlichen Behörden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei den Ausbrüche in fleischverarbeitenden Betrieben gab es auch Fleischbeschauer (Tiermediziner) die positiv getestet wurden, obwohl sie nicht mit den anderen Mitarbeitern in Kontakt sind/zusammen arbeiten, wohnen oder Transport nutzen</li> <li>! eventuell doch Risiko der Schmierinfektion?</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG37</p>
--	--	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie mit Fleisch umgegangen wird ist nicht bekannt</li> <li>○ BZgA: Risiko bei direktem Kontakt positiver Personen mit Fleischwaren, auch theoretisch bei Fleischtheken, wenn Bedienung ohne Maske erfolgt (ggf. Tröpfchen auf Fleisch), nach Hoherhitzung besteht keine Gefahr mehr, BfR hat sich schon zu Tiefkühlware positioniert, dort besteht Gefahr da das Virus bei niedrigen Temperaturen eine längere Lebensdauer hat</li> <li>○ Tröpfchen spielen in diesem Kontext eher nur eine untergeordnete Rolle, es sollte nicht zu viel Aufmerksamkeit darauf gelenkt werden</li> <li>○ Coronaviren wurden ursprünglich beim Menschen durch gastrointestinale Symptome erkannt, die respiratorischen kamen erst später</li> <li>○ Wenn das Thema vermehrt aufkommt, wäre eine systematische Prüfung sinnvoll (BfR Verantwortung), FG35 sollten ihre BfR Kontakte hierauf ansprechen</li> </ul> <p><i>ToDo: FG35 sollen ihre BfR Kontakte hierzu befragen</i></p> <p>! IST-Papier: benötigte Kapazitäten gehen weiterhin zurück, Situation sehr undramatisch hinsichtlich der nächsten 7 Tage</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b> <b>Hongkong Studie: Schutz durch MNS Stoff</b> ! Studie aus Hongkong von Yuen Kwok-Yung die große Medienaufmerksamkeit 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	
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Anpassungsvorschläge wurden bereits im Krisenstab besprochen (z.B. 14.05.) und noch stets nicht umgesetzt	VPräs

	<p>! LZ soll Entwurf für nächste Krisenstabssitzung vorbereiten</p> <p><i>ToDo: WICHTIG - LZ bereitet Entwurf bis zum Krisenstabstreffen am Freitag 22.05.2020 vor, muss vorliegen!!</i></p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Es gab bezüglich der Kontaktbeschränkung Hinweise, den ÖPNV zu meiden (wo?): nun erfolgte die Bitte, dies zu korrigieren da die Fahrgastzahlen abnehmen und das Problem nicht bei ÖPNV sondern im Verhalten der Fahrgäste liegt, bisher wurde kein Fall bekannt, der sich im ÖPNV infiziert hat</p> <p>! Verbesserungswünsche in RKI-FAQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweis auf eine Empfehlung der dt. Akademie der Kinder und Jugendmedizin, Termine zu verschieben, eigentlich ist die Empfehlung, Untersuchungen und Impfungen durchzuführen</li> <li>○ Bei einer Formulierung steht, dass wenn ein Patient in der Praxis ist, sofort Impfungen durchgeführt werden sollten, dies ist nicht ganz richtig, die individuelle Situation des Patienten muss erst abgewogen werden</li> <li>○ Bzgl. Risikogruppen für schwereren Verlauf, fehlt ein „nicht“, sollten <b>nicht</b> in einem Wartezimmer sitzen mit anderen Patienten</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Nichts besprochen</p>	BZgA
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Teststrategie Bund</b></p> <p>! AGI tagt heute unter Einbindung des BMG</p> <p>! AL1 ist bei AGI TK dabei, um Hinweise für Ärzte zur Testung (auch in RKI-KoNa und Ärztepapier) bzgl. breiterer Testung asymptomatischer Personen zu besprechen</p> <p><b>Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen</b></p> <p>! Montag findet eine Schaltung der Staatskanzleien statt, dort wird über Maßnahmen-Lockerungen gesprochen</p> <p>! RKI soll Empfehlungen zur folgenden Fragestellung vorbereiten: Wenn die Kontaktbeschränkungen aufgehoben werden, wie viele Leute/wie viele epidemiologische Einheiten können sich treffen?</p> <p>! Es ist besser, das RKI macht einen Vorschlag bevor dieser von der Schaltung kommt</p> <p>! FG36 soll dies bis Ende dieser Woche erstellen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel</li> <li>○ Unter welcher Abstandshaltung</li> </ul>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unterscheidung, ob dies drinnen oder draußen ist</li> <li>○ Wie viele Quadratmeter pro Person in 1 Raum</li> <li>○ Alle Personen sollen im Falle eines Ausbruches hinterher identifizierbar sein (sich kennen bzw. kontaktierbar sein)</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 (mit AL3?) entwirft einen Vorschlag hierzu, soll bis spätestens Freitag fertig sein</i></p> <p><b>Reisebeschränkungen/Quarantäneempfehlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ab 15. Juni fallen bestimmte Reisebeschränkungen aus, Kriterien zur anschließenden Handhabung waren vom ECDC erhofft, wurden jedoch abgeschlagen</li> <li>! RKI muss nun Kriterien entwickeln und ein Erlass folgt, dies kommt anscheinend aus dem BKAm, nicht vom BMG</li> <li>! Ab dem 15.06. soll das RKI definieren, wer nach Einreise nach Deutschland in Quarantäne soll</li> <li>! 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</li> <li>! Das RKI ist aus fachlichen Gründen gegen solch undifferenzierte Grenzwerte, die aus rein politischen Gründen benötigt werden</li> <li>! RKI wird einen Wert liefern aber auf die Notwendigkeit einer differenzierten Betrachtung drängen</li> <li>! 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)</li> <li>! ZIG1 entwirft eine Empfehlung mit scharfem Grenzwert der im gleichem Zuge relativiert wird (kein Grenzwert, Wert zum genaueren hingucken),</li> <li>! Ist eilig und sollte erst dem BMG vorgelegt werden</li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG1 Andreas Jansen entwirft Vorschlag mit Kriterien zu Maßnahmen nach den Grenzöffnungen, Frist diesen Freitag 22.05.</i></p> <p><b>Reisewarnungen AA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern war Heiko Maas bei einem 10-Länder Außenminister Treffen, wo die schrittweise Aufhebung der Reisewarnung Thema war. Informelle Info aus dem AA: das RKI soll dies (auch schrittweise) bespielen und definieren, in welche Ländern und in welcher Reihenfolge Reisewarnungen entspannt werden können, inklusive regelmäßiger Anpassung</li> <li>! Dies geht Hand in Hand mit Empfehlungen aus welchen</li> </ul>	
--	--	--

	<p>Ländern eingereist werden kann Falldynamik, Kapazität, Mobilität, Maßnahmen, was noch, ist viel zu viel, abgesehen davon, dass Daten auch nicht verfügbar sind, Kategorien können vorgeschlagen werden, aber Übernahme der Aufgabe nicht realistisch</p> <p>! Reisewarnungen waren bisher immer strikt medizinische Sache des AA, dies scheint sich geändert zu haben</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p><b>Frequenz – Reduktion - Krisenstabsitzung?</b></p> <p>! Es müssen mittlerweile nicht mehr immer arbeitstäglich Strategieentscheidungen getroffen werden, dies bindet sehr viele Ressourcen</p> <p>! Ist die Sitzung wirklich 5-mal die Woche notwendig, oder kann die Frequenz reduziert werden?</p> <p>! Es wird versucht, sie zunächst nur noch 3-mal pro Woche zu halten</p> <p>! Freitag um 11:00 (statt 13:00) findet das nächste Treffen statt, morgen gibt es keine Krisenstabssitzung</p> <p><i>ToDo: nur noch 3-mal die Woche Krisenstabssitzung, nächste Sitzung Fr</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Stabiler Probeneingang auf niedrigem Niveau, keine positiven Proben, insgesamt wenig respiratorische Erreger nur etwas RSV</p> <p>! RKI-Papier zu Testungen wurde aktualisiert und alle Informationen zu verschiedenen Tests und deren Leistungsfähigkeit wurden nun integriert, Papier auf der Webseite (Stand 18.05.)</p>	FG17 AL1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Labormeldungen nach IfSG / GA-Anfrage - Labormeldepflicht indirekter Nachweis</b></p> <p>! Hierzu gibt es stets Anfragen, eben auch wieder in EpiLag: wie soll mit indirektem Nachweis umgegangen werden?</p> <p>! Meldetatbestand ist durch das IfSG definiert, direkter und indirekter Nachweis meldepflichtig, Bewertung durch das Labor unter Berücksichtigung der Anamnese ist auch festgelegt</p> <p>! Aktuell werden im Meldesystem nur PCR-positive Fälle gezählt</p> <p>! Auch auf europäischem Niveau beruht aktuell alles auf PCR, RKI-Daten sollten (relativ) vergleichbar bleiben</p> <p>! Anfragen: wie mit indirekten Befunden umgehen, wann liegt Hinweis auf akute Infektion vor, welche Maßnahmen resultieren daraus?</p> <p>! Bisher wird lediglich PCR-Nachweis genutzt, bei indirektem Nachweis nur Maßnahmen wenn hochsymptomatische Fälle</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Referenzdefinition heißt nicht, dass bei Serokonversion keine Maßnahmen ergriffen werden können</li> <li>! AG Diagnostik könnte aufschlüsseln, welche Konstellation von Antikörpern bei welchem Test berücksichtigt werden könnte</li> <li>! Über Maßnahmen muss nach Einzelfallprüfung der Amtsarzt im jeweiligen Setting entscheiden, RKI kann hier keine pauschalen Maßnahmen empfehlen, es bleibt eine Einzelfallentscheidung</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> <li>! Einschätzung von PCR positivem Befund sowie schon IgG Nachweis kann persistierendes Virus sein, wird ins Diagnostikpapier aufgenommen sobald Literatur bewertet wurde</li> <li>! 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</li> <li>! AG Diagnostik betrachtet morgen die Literatur zur Fragestellung in welchem Verhältnis Laborbefund zur Infektiosität steht</li> <li>! Diagnostik Papier kommt am Freitag auf Krisenstabs Agenda</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ soll für Freitag 22.05. das Diagnostik Papier auf die Agenda der Krisenstabssitzung setzen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> </ul> <p><i>ToDo: Michaela Diercke bereitet Ergänzung zu FAQ vor (Umgebungstestung nach serologischem Nachweis)</i></p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Karten 7T Inzidenz &gt;50/&gt;35 (Mirko Faber/Alexander Ullrich) nicht besprochen</li> <li>! IfSG Änderung verschoben auf Freitag</li> </ul>	FG32/FG35
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32



<p><b>14</b></p>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p><b>BMG Aufträge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aufgaben von BMG ans RKI kommen oft zu Grenzzeiten ins LZ (abends, am Wochenende)</li> <li>! Der Wunsch, dass das BMG am Wochenende keine Aufgaben mehr zuteilt, wurde Herrn Holtherm mitgeteilt, dieser hat auch dem Minister vermittelt, dass es nicht so weiter gehen kann</li> <li>! Prinzipiell ist das Bewusstsein im BMG da, aber die Umsetzung findet womöglich noch nicht ab sofort statt, BMG benötigt mehr Vorlauf</li> </ul> <p><b>Anpassung LZ-Schichtzeiten und Aktivitäten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Reduzierung der Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ erwünscht</li> <li>! Es wurden bereits gewisse Positionen angepasst und verändert</li> <li>! Vorschläge sind z.B.: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ab Juni sonntags keine RKI-LZ-Besetzung mehr</li> <li>○ Sa/So auf eine Schicht reduzieren</li> <li>○ Sonntags kein Lagebericht, oder sonntags ein Bericht für beide Wochenendtage</li> <li>○ Gar kein Lagebericht am Wochenende</li> </ul> </li> <li>! Lagebericht wird stets mit großer Spannung erwartet, ob hierauf verzichtet werden kann ist unklar</li> <li>! Schrittweise Reduktion: zunächst eine Schicht am Wochenende</li> <li>! Konzept hierfür wird erstellt und besprochen (AL3, LZ-Leitung?)</li> <li>! Dies sollte auch an BMG geschickt werden um zu gucken, ob sie es mittragen können</li> </ul> <p><i>ToDo: Konzept zur Reduzierung von Aktivitäten und Arbeitszeiten im LZ</i></p>	<p>FG32/AL3</p>
<p><b>15</b></p>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>16</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: <b>Freitag, 22.05.2020, 11:00 Uhr</b>, via Vitero</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1

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



	<p>an mehreren Stellen Ausbruchsversuchen (Paketcenter, Pflegeheimen), die nebeneinander oder nacheinander kamen. Bremen besitzt selber ausgebildete sowie zugewiesene Containment Scouts. Es gibt momentan keine Überlastungsanzeige von Bremen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ R Wert gestern 0,89; heute: R = 0,85 (0,71-1,0)</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Bei der 5-Tage-Inzidenz haben sowohl der SK Regensburg als auch der LK Coburg über 30/100.000 Ew.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Das BMG benutzt eine Karte zur 7-Tages Inzidenz mit einem Schwellenwert von 35/100.000 Ew., welcher auch in den CDS Dokument genannt wird. Das RKI nutzt andere Werte und hat diese Aufteilung dem BMG bereits mitgeteilt. Das BMG hat allerdings deshalb eigenen Karten, da die Karten des RKI nicht hochauflösend genug sind (nicht machbar mit RKI Programm). Daher erstellt für das BMI das BBK Karten auf Basis der RKI Daten, welche das BMG nutzt. Hier gibt es dann den Grenzwert von 35/100.000 Ew.</p> <p>! Testzahlen: Ca. 425.000 Tests wurden durchgeführt wurden; davon waren 1,7 positiv für SARS-CoV-2. Dies ist ein deutlicher Rücklauf vom positiven Anteil.</p> <p>! AG-Influenza: Die Karte (Folie 38) zeigt dass, es so gut wie keine aktive ARE Aktivitäten gibt. Die Grippeweb Daten zeigen seit der Registrierung die niedrigsten Werten überhaupt. Sie liegen im, Niveau vom Sommer. Auch die AG Influenza zeigt die niedrigsten Werte, die bisher in dem System gemessen wurden. Virusnachweise kommen nur sehr wenige. In de letzten Wochen gab es 50 Proben, 2 RSV Nachweise positiv, was auf nur wenig Viruszirkulation deutet. In ICOSARI ist die Anzahl der SARI-Fälle in allen Altersgruppen stabil. Nach dem Ende der Grippewelle (KW 12/2020) gab es einen außergewöhnlich schneller Rückgang der SARI-Fälle bei Kindern unter 15 Jahre (bundesweite Schulschließungen ab KW 12/2020 in Kraft). Ab der 16. KW 2020 war auch</p>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>die Gesamtzahl der SARI-Fälle niedriger als in den Vergleichswochen der Vorsaisons. Der Anteil von COVID-19-Patienten (an SARI) liegt seit KW 18/2020 relativ konstant bei 11-12%.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Notaufnahmen: Frau Schranz hat eine neue Auswertung durchgeführt; ein Bericht soll folgen. Nach dem Einbruch der Anzahl der Besuche in Notaufnahmen kommt es langsam wieder zur Normalisierung sowie zur Veränderungen der Gründe der Vorstellungen. Dies betrifft alle Altersgruppen, allerdings in einem unterschiedlichen Ausmaß: bei Hochaltrigen wurde ein weniger starker Einbruch als bei Jüngeren (am stärksten bei Kindern) beobachtet. Insbesondere kam es zu einem Rücklauf von Vorstellungen aufgrund von neurologischen und kardiologischen Problemen, nicht jedoch aufgrund von respiratorischen Erkrankungen.</li> <li>! Der Zurückgang in der Inanspruchnahme von klinischen Behandlungen entspricht den generellen Empfehlungen, nicht notwendige OPs zu verschieben. Dies ist nicht unbedingt nur der Idee der Bevölkerung geschuldet. Gibt es sowas auch für ambulanten Bereich, in dem es u.a. auch Empfehlung gab bestimmte Vorsorgeuntersuchungen zu verschieben? Für ambulanten Bereich sind momentan keine Daten hierzu vorhanden. Es gäbe die AGI Praxen und sonst die KV, die solche Daten – allerdings erst nach Abschluss des Quartals – hat. Herr Wichmann steht in Kontakt, um Daten schnell zu erhalten.</li> <li>! Exzessmortalität von DESTAIS: Für ganz Deutschland gibt es keinen Anstieg, sondern eher einen Abfall. Die Daten pro Bundesland gibt es nur in Tabellenform.</li> <li>! 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.</li> <li>! Kapazitäten Monitoring: Die Anzahl an Überlastungsanzeigen ist zurückgegangen. Es gab nur 4 Meldungen, von denen 2 wieder zurückgerufen wurden.</li> <li>! „Surveillancestrategie“: Man kann sehen, dass sich die Presse und die politische Wahrnehmung oft an bestimmten Begriffen festhält. Das RKI nutze einige Surveillancesysteme, um auf Basis der Daten Empfehlungen zu geben. Surveillancestrategie ist ein Teil der Teststrategie. Es wäre besser von dem Begriff Teststrategie wegzukommen und den Begriff „Surveillancestrategie“ in den Vordergrund zu bringen, um zu zeigen, welche Instrumente bestehen, um Änderungen zu merken. Von ZIG wurden bereits verschiedene Szenarien entwickelt, die genau den Bereich auch berücksichtigen sollen.</li> </ul>	
--	--	--

	<p>! ARS: Die Anzahl der Tage zwischen Entnahme und Testung ist niedrig, was das schnelle Abarbeiten der Proben in den Laboren zeigt. Der Anteil der positiven Tests nimmt ab. Über die Zeit betrachtet gibt es zwei Peaks nach oben: Der erste Peak spiegelt einen Ausbruch in einem Flüchtlingswohnheim in St. Augustin wieder. Interessant ist dabei, dass trotz hoher Testung nur wenige Kinder positiv getestet wurden. Der 2. Ausschlag kommt vermutlich durch einen Ausbruch bei Osnabrück und dem allgemeinen Testverzug. <i>Die Situation in</i> Bremen ist fast gar nicht in den ARS Daten erkennbar. Weiterhin wurde beobachtet dass im Bereich der über 80-Jährige die Testungen angestiegen sind, was gut ist - gerade vor dem Hintergrund, dass immer noch oft Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen auftauchen.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! ZIG arbeitet weiter mit verschiedenen Ländern zusammen u.a. gab es einen ersten Austausch mit Südafrika. Über die WHO Euro kam darüber hinaus eine Anfrage für EMTs in Tadschikistan, dem das RKI nachkommen will. Im Rahmen von SEEG (zusammen mit GIZ und BNI) haben sich Anfragen verstärkt u.a. für Togo, wo ZIG4 Interesse geäußert hat. ZIG war stark mit der Frage beschäftigt, wie mit der Aufhebung von Reisebeschränkung umgegangen werden soll. Es gab z.B. eine Anfrage des ägyptischen Botschafters, der erzählte, dass Ägypten einzelne Ressorts speziell nur für deutsche Touristen öffnen möchte. Wann und wo Reisewarnungen aufgehoben werden, ist allerdings eine politische Entscheidung.</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! <i>Nicht besprochen</i></p>	
4	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>! <i>Studienergebnisse – nicht besprochen</i></p>	
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Risikobewertung: Zur Überarbeitung des Textes der Risikobewertung gab es viele Rückmeldungen. Wichtig ist es, die Risikobewertung klar zu kommunizieren. Es muss hervorgehoben werden, dass es sich um eine allgemeine Einschätzung handelt und das individuelle Risiko variieren kann. Das RKI kann aber nicht individuelles Verhalten bewerten, sondern nur Faktoren nennen, die einen Einfluss haben. Im Public Health Bereich wird dabei zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden. Verhältnisse sind z.B. regional, aber auch die Unterbringung in z.B. Alten- und Pflegeheimen. Da viele Aspekte des eigenen Verhaltens systemisch bedingt ist, müssen sowohl Verhaltens- als auch Verhältnisaspekte berücksichtigt werden. Ein Zusammenspiel von beiden bestimmt das Risiko. Frau Hanefeld wird eine Formulierung hierfür finden.</p> <p>! Ein Herunterstufen der aktuellen Risikobewertung (Risiko hoch; für Risikogruppen sehr hoch) auf moderat wäre sehr</p>	Alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>deeskalierend. Die Risikobewertung ist auch von vielen Parametern abhängig, von denen die Auswirkungen noch nicht bekannt sind (z.B. Schulöffnungen, Reiseverkehr). Eine Änderung der Risikobewertung ist daher momentan noch schwer. Es gibt nach wie vor das Virus im Land. Eine niedrigere Risikobewertung kann auch fehlinterpretiert werden.</p> <p>! Wie bisher auch, sollten in der Risikobewertung die 3 Grundprinzipien (Übertragbarkeit, Ressourcen, Schwere) betrachtet werden. Diese sind zunehmend von Bedeutung.</p> <p>! Fazit: Die Risikobewertung soll zunächst unverändert bleiben (hoch und sehr hoch für Risikogruppen.). Wenn sich die Situation verschlechtert, kann man die Bewertung immer noch auch „sehr hoch“ hochstufen.</p> <p><i>ToDo: Das Lagezentrum fügt die Rückmeldungen zur Risikobewertung, die die Mitglieder des Krisenstabs zurücksenden, in ein gemeinsames Dokument ein. Dieses wird in der Sitzung Montag besprochen.</i></p> <p>! Definition „Community transmission“ / level of transmission at subnational level (E-Mail Hr. Haas 21.5. 22:41 und Verlauf) – <i>nicht besprochen</i></p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Risikobewertung: Die Lockerungen der Maßnahmen führen in der Öffentlichkeit zu einem Laissez-faire Verhalten. Die BZgA schaut, welche Filme etc. sich eigenen, um noch einmal auf Wichtigkeit der A-H-A Regeln und Masken hinzuweisen. Es soll betont werden, dass dies weiterhin sinnvoll ist.</p> <p>! Die BZgA erhält Bürgeranfragen auf unterschiedlichen Kanälen: Die Anzahl der Anfragen zu Corona sind rückläufig, aber die Brisanz und Schwere dieser Anrufe nehmen zu. Die BZgA macht sowohl Fachberatung als auch Krisenintervention und hat die Chance auf regionale Beratungsstellen zu verweisen. Denn eine Kommunikation via Telefon oder elektronischen Medien kann nicht das auffangen, was in face-2-face Gesprächen aufgefangen wird. Themen sind bei Alleinerziehende die multiplen Belastungen und bei Ältere die Isolation, Lethargie und Suizidgedanken. Darüber hinaus sind laufende Therapien, die durch Corona abgebrochen wurden sowie Suchtproblematiken und Depressionen Themen. Nicht COVID-19 Themen wie z.B. Essstörungen, Depressionen, Glücksspiel, Suchtprobleme nehmen auch wieder zu.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Die Links unter dem Punkt „Reiseverkehr“ auf der RKI Internetseite wurden überprüft. Sie sind alle aktuell; ggf. müssen die Handzettel aktualisiert/ausgetauscht werden. U. Rexroth hatte bereits hierzu schon Kontakt mit dem BMG aufgenommen; eine Klärung steht noch aus. Die Lage ist noch undurchsichtig, da</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, FG34, FG32</p>



	<p>manche Bundesländer schon ihre Quarantäneregelungen geändert haben.</p> <p>! „Open Data Apell“: Eine Gruppe von Journalisten fordert einen Zugang zu den Daten des RKI. Es war nicht beabsichtigt, dass diese Forderung als ein offener Brief an die Presse geht. Das RKI steht im Austausch mit der Gruppe von Journalisten.</p> <p>! Medienpräsenz der SeBluCo-Studie (Blutspender-Seroprävalenzstudie): Letzten Dienstag war der Start der Hotspot Studien in Kupferzell. Der Landkreis hat dies prominent verkündet. Von RKI Seite gab es keine Pressemitteilung, da der Start von Studien vom RKI aus nicht so stark nach außen kommuniziert wird. Es wäre aber ggf. gut, wenn die Pressekommunikation nicht durch externe Projektpartner stattfindet, sondern durch das RKI. Die Pressestelle hält es aber strategisch nicht für sinnvoll, aktiv zu kommunizieren. Im Rahmen des möglichen hat RKI die Pressearbeit des Landkreises unterstützt. So war z.B. T Lampert bei einer Pressekonferenz anwesend. Nach wie vor sind die nötigen Verträge auch nicht unterzeichnet. Es wurden darüber hinaus die 3 großen Studien verkündet, sodass eine 2. Verkündigung nicht nötig ist. Ggf. führt dies nur zu weiteren Anfragen, die die Kapazitäten der Pressestelle binden würden. Es ist besser, dass die Ergebnisse etc. zu verkünden.</p> <p>! DESTATIS hat angefragt, ob es eine gemeinsame Pressemitteilung bzgl. der Auswertungen zur Exzessmortalität geben sollte. Die RKI-Pressestelle erachtet es aber als sinnvoller, dass DESTATIS dies alleine macht und das RKI gerne die Daten liefert.</p> <p>! U. Rexroth hat kommenden Montag ein Gespräch mit C. Drosten, um über den RKI-Lagebericht zu reden. Er möchte gerne über den Lagebericht in seinem Podcast sprechen.</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a. <b>Allgemein</b></p> <p>! Quarantäne- und Einreisebestimmungen der Bundesländer mit Verweis auf Einschätzungen des RKI (EU und außerhalb EU) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es muss unterschieden werden zwischen EU- und Drittstaaten, welche Staaten außerhalb der EU bezeichnen, und dabei sowohl die Quarantäne- als auch die Einreisebestimmungen betrachtet werden. Fragen die aufkommen werden, sind für welche Länder können Reisewarnung aufgehoben werden und in welchem Umfang.</li> <li>○ Bisher gab es nur eine mündliche Aufforderung durch Herrn Holterm an das RKI bestimmte Parameter zur Beurteilung der Länder zu definieren; ein schriftlicher Auftrag soll folgen.</li> <li>○ 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</li> </ul>	ZIG1, alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Reisebeschränkungen sollen nach einem gemeinsamen europäischen Fahrplan zunächst die Kontrollen an den Binnengrenzen schrittweise und koordiniert abgebaut werden, bevor in einem zweiten Schritt die Beschränkungen an den Außengrenzen gelockert werden können. Das Verfahren soll harmonisiert sein, es gibt aber noch keine Vorgaben für das Vorgehen. Manche Länder haben bereits eigene Vorgaben. Frankreich und die UK bspw. fordern Quarantäne für alle Reisenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Am 17. März 2020 kamen die Mitgliedstaaten einer Empfehlung der Kommission nach und vereinbarten ein koordiniertes Vorgehen an den Außengrenzen, um nicht unbedingt notwendige Reisen in die EU vorerst für 30 Tage zu beschränken. Dieser Zeitraum wurde bis zum 15. Juni 2020 verlängert. Reisen von Drittstaatsangehörigen zu touristischen Zwecken sind grundsätzlich nicht mehr gestattet dies gilt entsprechend auch für touristische Reisen von EU-Bürgern in Drittstaaten. Ziel ist es, den Zustrom von Reisenden in die Europäische Union zu begrenzen und damit die Ausbreitung des Coronavirus einzudämmen.</li> <li>○ Das BMI verkündet, dass Bund und Länder beschlossen haben, dass für alle Personen, die aus einem sogenannten Drittstaat in die Bundesrepublik Deutschland einreisen, grundsätzlich eine verbindliche zweiwöchige Quarantäne angeordnet wird. Dies wurde während einer CdS Schalte bestätigt. Ebenso, dass diese bis zum 15. Juni 2020 verlängert werden. Die Quarantäneregelungen gelten allerdings nicht, sofern aufgrund belastbarer medizinischer Erkenntnisse eine andere epidemiologische Einschätzung getroffen wurde. Sowohl das BMI als auch Bayern und NRW halten fest, dass die Quarantänepflicht nicht gilt, wenn für einen Drittstaat festgestellt wurde, dass das dortige Infektionsgeschehen auf niedrigem Niveau ist. Eine entsprechende Feststellung soll nach Aussage des BMI, Bayern und NRW durch das Robert Koch-Institut auf dessen Internetseite veröffentlicht werden. Solche Ausnahmen sollten aber von den Bundesländern und nicht dem RKI geklärt werden.</li> <li>○ 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</li> </ul>	
--	--	--

Ew. Marke nehmen würden, wären nur 3 Länder (Chile, Saudi-Arabien und Russland) betroffen; selbst größere Geschehen wie in Brasilien würden hier aufgrund der hohen Einwohnerzahl nicht auftauchen. Demnach sagt die Landesinzidenz relativ wenig auf. Wenn Daten von anderen Ländern verfügbar sind, dann selten auch auf subnationaler Lage. Das RKI wird aber gezwungen sein, einen Wert zu definieren.

- Für aus Deutschland ausreisende Personen ist dies die Aufgabe des AA, aber diese kommen ggf. als Einreisende zurück und dann liegt die Aufgabe beim RKI.
- Für das RKI bleibt die Frage, was für Auswirkungen die erneute Reisetätigkeit auf die Situation in Deutschland hat (z.B. mehr Fälle/Ausbruchsgeschehen)
- Wegen Auslandseinsätzen befasst sich die Bundeswehr bereits seit 3 Monaten mit der Frage, wie man Länder bewerten kann und hat hierzu Analysen für über 180 Länder durchgeführt. Hierzu wurden Algorithmen entwickelt, die die Bundeswehr gerne mit dem RKI teilt. Es wäre sinnvoll eine Bewertung ressortübergreifend zu machen.
- Die Fluggesellschaften etc. brauchen irgend einen Anhaltspunkt. Selbst wenn es nur ungenauer grober Wert ist. Man könnte ggf. noch ein neues Level einfügen wie z.B. „ab einer 7-Tages Inzidenz von über 25/100.000 EW müssen sich Reisende noch mal gesondert informieren“. Es sollte aber eine möglichst einfache Lösung sein. Karten, die die 7-Tage-Inzidenz zeigen, können automatisiert erstellt werden.
- Die Bewertung von Reiseländern ist eigentlich Aufgabe des AA. Die Aufgabe des RKI ist es Indikatoren zu erstellen, die das AA dann mit Leben füllt. Bei dem Vorschlag der Indikatoren muss allerdings Vorsicht geboten werden, Denn wenn das RKI eine Vielzahl von Indikatoren vorschlägt, wird das AA ggf. nicht die Daten einholen, sondern die Aufgabe zurück an das RKI geben.
- Das Problem ist nur, dass das BMI, Bayern und NRW auf die Internetseite des RKI verweisen. Das Lagezentrum erhielt schon hierzu Anfragen. Auch wenn es sich nur noch um 3 Wochen (bis zum 15.06.) handelt, ist es doch ein erheblicher Aufwand. Das RKI kann eine weltweite Karte mit den gleichen Kriterien, die bereits für die Europakarte genutzt werden (mit Grenzen von 25-50, 50-100 und über 100/100.000 Ew). Die Bundesländer können sich diese anschauen und selber beurteilen.

*ToDo: INIG erstellt für die RKI-Internetseite eine solche weltweite Karte.*

*ToDo: Parallel soll das BMG angefragt werden, was die Aussagen vom BMI, Bayern und NRW bedeuten. Das RKI war bei den Koordinierungssitzungen nicht anwesend. Frage, ob sich daraus ein Auftrag an das RKI ergibt. Das RKI nimmt keine Aufträge vom BMI,*



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>sondern nur über die entsprechende Fachaufsichtsbehörde, d.h. BMG an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wiederezulassung von erkrankten Schüler*innen – nicht besprochen</li> <li>! Verkürzung der Quarantänezeit – nicht besprochen</li> <li>! Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel, ...) – nicht besprochen</li> </ul> <p><b>b. RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Umgang mit inhaltlichen Eingriffen durch die Politik – nicht besprochen</li> <li>! Rolle von und Austausch mit RKI-Liaison im BMG - nicht besprochen</li> <li>! Kommunikationswege RKI-BMG - nicht besprochen</li> <li>! Update ÖGD-Kontaktstelle - nicht besprochen</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kontaktpersonenmanagement - <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Kontaktpersonenmanagement (Kat III)</li> <li>! Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung)</li> <li>! Entwurf einer Publikation des ECDC zur 30-Tages-Projektion zum Verlauf und zu der Effektivität der Maßnahmen - <i>nicht besprochen</i></li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stand der Diagnostik - <i>nicht besprochen</i></li> <li>! <i>Nachtrag von ZBS1:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Am Donnerstag sind die ersten 72 Proben der Corona-Monitoring Studie aus Kupferzell bei ZBS1 eingegangen, diese waren alle PCR negativ.</li> <li>○ 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&gt;30 wachsen 98% nicht, bei Ct&gt;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.</li> </ul> </li> <li>! Anpassung der Testung med. Personal sowie bei Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen - <i>nicht besprochen</i></li> </ul>	ZBS1

<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! IfSG-Änderung: negative Test - <i>nicht besprochen</i>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! Einreisebestimmungen (siehe Top 2: Internationales)	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Ab Montag Austausch mit BMG-Liaison - <i>nicht besprochen</i>	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: <b>Montag, 25.05.2020, 13:00 Uhr</b> , via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	25.05.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Sebastian Voigt
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Ulrike Grote (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel

- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BMG-Liaison
  - Iris Andernach
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 178.570 (+289), davon 8.257 (4,6%) Todesfälle (+10), Inzidenz 215/100.000 Ew., ca. 161.200 Genesene</li> <li>○ 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.</li> <li>○ In Frankfurt a.M. wurden schon in den letzten 7 Tagen hohe Fallzahlen gemeldet. Es muss geschaut werden, welche der übermittelten Fälle zu den Ausbruch beim Gottesdienstes einer Baptistengemeinde gehören.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ <math>R=0,94</math> (von gestern, Wert für heute liegt noch nicht vor)</li> <li>○ 2 Ausbrüche wurden neu berichtet <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK Leer: mehrere Infektionen nach Restaurantbesuch. Es war eine geschlossene Gesellschaft (private Feier anlässlich Wiedereröffnung) und kann daher nicht gleichgesetzt werden mit normalem Restaurantbetrieb. Nach Ermittlungen des Gesundheitsamts gab es Hinweise, dass Kontaktbeschränkungen nicht eingehalten wurden. Diesen Hinweisen wird derzeit weiter nachgegangen. Das RKI wartet auf weitere Infos</li> <li>▪ Frankfurt a.M.: Es gab in den letzten Tagen schon hohe Fallzahlen, aber aufgrund der hohen Bevölkerungszahl keinen Alarm bei dem Ausbruch im Rahmen eines Gottesdienstes beim RKI. Das Geschehen wird weiter beobachtet. Frankfurt hat das größte Gesundheitsamt. Bislang wurde</li> </ul> </li> </ul>	FG32, alle



	<p>keine Unterstützung durch das RKI angefordert. Es sind bislang 3 Kreise betroffen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7-Tage Inzidenz: Es gibt einen Kreis (SK Regensburg) mit einem Wert von über 50/100.000 Ew. Es wurden 110 Fälle in den letzten 7 Tagen gemeldet. Im SK Regensburg gibt es ein Ausbruchgeschehen in einer Asylunterkunft. Hier wurde ein Aufnahmestopp verhängt.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Alters-/Geschlechterverteilung ist unverändert.</li> <li>○ Settings: Hier gibt es inzwischen 2.281 Fälle, die gemäß §42 gemeldet wurden. Hierzu zählen u.a. Schlachthöfe, wo Screeningmaßnahmen durchgeführt werden.</li> <li>○ DIVI Register: Es gibt weiterhin eine Abnahme von intensiv betreuten COVID-19-Patienten auf unter 900, davon sind allerdings 63% beatmet.</li> <li>○ Überlastungsanzeigen: letzte Woche gab es 4 Überlastungsanzeigen. Thüringen hat für alle Kreise Überlastungsanzeigen zurück genommen; der Grund hierfür ist noch nicht geklärt. Im LK Sonneberg gab es Ausbrüche in Altersheimen etc. und es ist kein Amtsarzt eingestellt. Es gibt keine offizielle Überlastungsanzeige von Sonneberg. Es gab ein Amtshilfeersuchen an die Bundeswehr; diese kann auch keinen Amtsarzt stellen. In Absprache mit FG37 und der Bundeswehr wird dem Landkreis vorgeschlagen, dass am Donnerstag Kollegen vom RKI und der Bundeswehr nach Sonneberg fahren, um eine erste Einschätzung vorzunehmen. Während eine Kollegin der Bundeswehr dann immer mal wieder vor Ort unterstützen kann, kann FG37 per Telefon Unterstützung leisten.</li> <li>○ Amtshilfeersuchen: FG37 unterstützt im Rahmen der Ausbruchunterstützung das Gesundheitsamt bei einem Geschehen in Berlin-Marzahn. Serologische und PCR Untersuchung laufen. Insgesamt wurden bereits 387 Proben untersucht. Davon sind neben einer bereits angekündigten positiven Probe von einem hospitalisierten Patienten, 13 weitere Proben in der Serologie positiv und 1 grenzwertig gewesen.</li> <li>○ Das BMG nutzt momentan eine Karte von 35/100.000 Ew. Es soll dem BMG vorgeschlagen werden eine Karte mit einer Inzidenz von 25/100.000 zu nutzen, sodass das RKI nicht 2 Karten erstellen muss. Die Karten werden</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>automatisiert erstellt; die Zusatzinformationen aus Landkreisen, die tabellarisch dargestellt werden, müssen zusätzlich erfragt werden. Bei einer niedrigeren Grenze werden in der Tabelle mehr Kreise auftauchen, bei denen das RKI nachfragen muss. Dies bietet aber auch die Möglichkeit, interessante Geschehen zu entdecken. Ggf. ist der Lagebericht dann auch nicht mehr nötig. Weitere wichtige Daten sind im Dashboard abrufbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: O. Hamouda schlägt dem BMG vor, statt einer Karte, die die Inzidenz 35/100.000 Ew. ausweist, eine Karte mit einer Inzidenz von 25/100.00 Ew. Zu nutzen und die Informationen in den Lagebericht zu integrieren und dass dadurch ggf. auch auf den zusätzlichen täglichen Bericht an das BMG verzichtet werden kann.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gemeldete Ausbrüche als Signal: Es ist ein politischer Wunsch von BMG über Pressegeschehen und Ausbrüche informiert zu sein. Es wird vom RKI bereits Pressescreening durchgeführt und bei Meldungen bei der zuständigen Landesbehörde nachgefragt. Letzte Woche wurde von einem Ausbruch in einer Kita berichtet, es stellte sich aber bei Nachfrage bei der Landesbehörde heraus, dass es sich nur um 1 Fall handelte. Die Frage ist, wie man eine Schwelle der zu berichtenden Ausbrüche festlegt, sodass Landesbehörden nicht unnötig belästigt werden. Auch aus Bayern kam die Rückmeldung, dass doch nur ab einer Inzidenz von über 50/100.000 dem RKI Geschehen gemeldet werden soll. Das RKI muss expliziter und erneut auch in der AGI TK und bei der EpiLag sagen, dass alle Ausbrüche berichtet werden sollen.</li> <li>! Im Rahmen des Ausbruchs in Frankfurt a.M. äußerte der Leiter des Gesundheitsamts, dass er aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht keine weiteren Informationen der Presse mitteilen kann. Frage, in wie weit dies eine neue Option ist, wenn keine Information vorhanden sind oder man sich nicht äußern möchte. Es hat bislang keiner mit dem Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes dazu gesprochen und dem Krisenstab ist dies nicht bekannt.</li> <li>! Im Kontext von DIVI gab es die Frage der BZgA, ob es einen Überblick über pädiatrische Intensivbetten gibt. Dies ist auch wichtig, für die Begleitung solcher Patienten und auch vor dem Hintergrund, dass es auch schwere Fälle bei pädiatrischen Patienten geben könnte. Eine Abfrage hierzu ist in Vorbereitung.</li> </ul>	
--	---	--

2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! <i>Nichts besprochen</i>	ZIG
3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> !    Tracing App: Am Wochenende gab es einen Workshop, der sich u.a. damit beschäftigt hat, wie zukünftig kommunikativ stärker vorgegangen werden kann. Es wird an dem ursprünglichen Termin (zwischen dem 10. und 15.06.) für den Start der App festgehalten. Momentan gibt es immer mehr Unterlagen, die das RKI bewerten und freigeben soll. Darüber hinaus gibt es zwischen SAP und der Telekom Diskussion um die Funktionalitäten. Zunehmend gibt es auch kritische Fragen z.B. nach dem Nutzen der App. Das RKI hat daher kleine Berechnungen gestartet (z.B. wie hoch muss die Abdeckung sein, um den erwünschten Effekt zu erhalten). Heute gibt es ein Treffen mit dem Projektmanagementoffice von Telekom und SAP, an dem u.a. der VPräs teilnimmt. Außerdem gibt es weiterhin einen Austausch mit Datenschutz u.ä., um bspw. zu klären, ob eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden muss oder eine Einwilligungserklärung alles abfangen kann. Die Einbindung von Gesundheitsämtern ist aus RKI Sicht noch nicht zufriedenstellend gelöst. Die Aufgabe der Einbindung liegt immer noch beim Bundeskanzleramt. Aktuell ist vorgesehen, dass sich die Person, die eine Warnung per App erhält, eigenständig beim Gesundheitsamt meldet und diesem aller relevanten Informationen (z.B. zum Kontaktzustand) mitteilt. !    Datenspende App: Anfang letzter Woche wurden alle Unterlagen von der Fachöffentlichkeit (z.B. Chaos Computer Club) abgesendet. Momentan werden Updates in den Google Play Store eingebracht. Außerdem findet ein Austausch mit einer Schweizer Uniklinik statt, um zu prüfen, in wie weit das RKI mit denen für Experimente zusammenarbeiten kann, um die Aussagekraft des Produkts zu verbessern (bspw. wie stark lässt sich eine Coronainfektion über das Fiberthermometer der App abbilden). !    CoVApp (Chat Roboter): M. ist für die App zuständig. Es gibt weiterhin offenen Fragen zum Datenschutz; Medizinproduktrecht etc. und noch keine Klarheit im Prozess. Warten auf Ok. Die Frage, ob das auf der RKI-Internetseite direkt eingebunden werden soll oder kann, ist auch noch offen. Wenn es in die Differenzialdiagnose geht, geht es um individuell medizinischer Beratung. Hier muss klar sein, dass das der Chatbot nicht mehr leisten kann.	FG21
4	<b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b> !    SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy donors – <i>nicht besprochen</i>	
5	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> !    Risikobewertung: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gab aus dem Krisenstab viele Rückmeldungen, die U. Rexroth eingearbeitet hat. Es gab noch Anmerkungen zu den Begriffen der „Übertragbarkeit der Infektion“ als Bewertungsparameter und dem „Schwereprofil“. Klinisch</li> </ul>	Alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>kritischer Krankheitsverlauf sind nicht definiert (z.B. mit Hospitalisierung einhergehend). Auch wurde der Wechsel der Begriffe Risikobewertung und Risikoeinschätzung angemerkt. Der Text wird bestimmt von der Öffentlichkeit kritisch gelesen und daher ist eine einheitliche Wortwahl wichtig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Leitung LZ (Rexroth) passt die Begrifflichkeiten an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Öffnung von Kitas/Schulen, Stellungnahme DGKH, DGPI, DVKJ, et al. (siehe E-Mail, Hr. Wieler, So 24.05.2020 19:39 bzw. Ordner „Hochladen“) – <i>wird gelesen und bei Bedarf in einer der nächsten Krisenstabssitzungen diskutiert.</i></li> <li>! Definition „Community transmission“ / level of transmission at subnational level: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei einer Abfrage des ECDC hat Deutschland angegeben, dass auf sub-natioanler Ebene „Community Transmission“ herrscht. Zur Auswahl gab die Einstufungen Community Transmission, Cluster und sporadische Übertragungen. Die meisten Länder haben ebenfalls die Einstufung „Community Transmission“ angegeben. Länder wie z.B. Tschechien, Norwegen, Griechenland haben „Cluster“ angegeben.</li> <li>○ Es war ein politischer Wunsch, dass dem ECDC etwas mitgeteilt wird. Für Reisende ist aber eine individuelle Risikoeinschätzung nötig, da dies u.a. davon abhängt, was die Personen vor Ort machen. Wenn man für Fluggesellschaften, Politik einen Wert braucht, dann sollte der Wert großzügiger sein, damit die Politik nicht schnell wieder Maßnahmen ergreift.</li> <li>○ Auf Nachfrage des RKI beim ECDC hieß es, dass unter</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>Community Transmission eine große Anzahl nicht zusammenhängender Ausbruchsgeschehen, viele in der virologischen Surveillance gefundene Fälle oder eine große Anzahl unbekannter Infektionsquelle. Die Frage ist nur, was unter „viel/große Anzahl“ verstanden wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Deutschland gibt es allerdings schon 96 Kreise, die gar keine Fälle gemeldet haben, und 206 Kreise mit einer 7-Tage-Inzidenz von &lt;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.</li> <li>○ Um eine Einstufung zu ändern, muss geklärt werden, wie viele der Fälle auf Ausbruchsgeschehen zurückzuführen sind. Wenn die Mehrzahl Cluster/bekanntes Infektionsketten sind, kann man die Einstufung ändern. Momentan gibt es in Deutschland noch beides (Community Transmission und Cluster). Durch asymptomatische Träger ist es schwer von Clustern zu sprechen.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 (M. Dierke) klärt mit Hilfe des Cubes bis Ende der Woche klären, wie viel % der Fällen auf Ausbrüchen zurückzuführen sind.</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Es gab Kritik von Vertretern des ÖPNV bzgl. der allgemeinen Empfehlung den ÖPNV nicht zu nutzen und auf andere Transportmittel auszuweichen. Mit zunehmender Lockerung, hat der ÖPNV natürlich mehr Interesse, dass ihre Transportmittel genutzt werden. Aber mit Reduktion von Fahrten, wird es auch schwieriger, den Abstand einzuhalten. Es gab einen Austausch mit der BZgA und die Vertreter des ÖPNV haben der BZgA Formulierungen von Dokumenten aus ihrem eigenen Arbeitsschutzkonzept zukommen lassen, die die BZgA in ihre Dokumente einarbeiten will.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, BMG-Liaison, FG32</p>



	<p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Da die Länderregelung einiger Bundesländer auf das RKI verweisen, gab es viele Anfragen in Hinblick auf dem Umgang mit Reiserückkehren aus nicht EU-Ländern. Das BMG wurde hierauf bereits angesprochen, aber es gab noch keinen offiziellen Auftrag an das RKI. Bislang gibt es nur für Europa die Karte mit einer Inzidenz von 50/100.000 Ew.</li> <li>! Auf der RKI-Internetseite wird die Tabelle mit den nationalen Fallzahlen um Zahlen zur 7-Tage-Inzidenz und den Fallzahlen der letzten 7 Tage erweitert.</li> <li>! AKNZ Webinare für Krankenhäuser – gibt es Wünsche/Vorschläge des RKI (Frage IBBS) – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Bericht BMG-Liaison: <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Kontaktbeschränkungen</u>: Im BMG wurde die Maßzahl 25 oder 35/100.000 diskutiert. Die fachliche Einschätzung des RKI wurde mitgeteilt; es wurde noch nichts entschieden – auch vor den Hintergrund, dass die Auswirkungen der Lockerungen in Thüringen sowie die Ergebnisse der gerade stattfindenden Cds-Schalte abgewartet werden sollen.</li> <li>! <u>Stärkung ÖGD</u>: Für das Provisorium der ÖGD Kontaktstelle wird gerade eine Liste im RKI erstellt, die dem BMG voraussichtlich heute geschickt wird. Das BMG erstellt für die Bundeskanzlerin in einem Papier, in dem alle Maßnahmen, die gerade im ÖGD laufen und etabliert werden sollen, zusammengefasst werden. Es besteht der Wunsch der längerfristigen personellen und technischen Unterstützung. Die Bundeskanzlerin steht auch in Kontakt mit Frau Teichert (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen), um über Themen wie z.B. Digitalisierung, Ausbildung und Schnittstellen (z.B. zu DEMIS) berichten. Die Frage, ob das RKI direkt mit den Kommunen kommunizieren darf ist noch offen. I. Andernach gibt dies noch mal BMG-intern weiter. Die Rückmeldung der Länder war unterschiedlich. Solange das RKI nicht die offizielle Erlaubnis bekommt, die Gesundheitsämter direkt zu kontaktieren, wird dies auch nicht gemacht. Dieser Punkt kann auch in dem BMG-Dokument für die Kanzlerin berücksichtigt werden.</li> <li>! <u>Aerosolübertragung</u>: Die Frage nach der Aerosolübertragung von SARS-CoV-2 in Räumen und im Zusammenhang mit Ventilatoren wird zeitnah im RKI eingehen. Bei Tuberkulose ist ein Luftaustausch wichtig,</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>Zu COVID-19 gibt es bislang keine Erfahrungen; es kann ggf. auch einen ungünstigen Effekt haben und auch zur Verteilung beitragen. Ventilatoren haben z.B. bei einem Ausbruch in den USA eine Rolle gespielt. Es ist dabei wichtig verschiedenen Settings zu betrachten (Klinik vs. Privater Raum)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <u>Koordination europäischen Tourismus</u>: Das AA möchte von ECDC Parameter hierfür benannt haben. Das RKI soll für ein Arbeitstreffen mit dem BMG eingeladen werden. ZIG begrüßt, wenn sie aktiv bei der Diskussion miteingebunden werden können.</li> <li>! Es gab die Frage, ob es noch Rückmeldungen aus dem BMG zum „Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“. I. Andernach ist nichts bekannt; sie fragt noch mal bei Herrn Sangs nach.</li> <li>! <u>Stand Demis</u>: Es sind noch einige datenschutzrechtliche Aspekte in Klärung. Aufgrund der limitierten Kapazitäten wurde eine externe Anwaltskanzlei damit beauftragt. Inhaltlich-fachlich läuft das Projekt gut. Erste Tests sind gelaufen; diese Woche folgen Tests in Gesundheitsämtern.</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a. <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wiederezulassung von erkrankten Schüler*innen: Eine Anfrage hierzu ist bei FG14 gelandet. Es gibt eine Korrelation der Virusausscheidung mit der Schwere der Erkrankung. Kinder scheiden entsprechend RNA aus, aber erkranken oft nur mild an COVID-19. Bei manchen viralen Erkrankungen scheiden Kinder länger Virus aus als Erwachsene. Die Kontagiösität von SARS-CoV-2 bei Kindern wurde nicht gezielt recherchiert, daher ist ein pragmatisches Vorgehen sinnvoll. Sofern daher keine anderen Daten verfügbar sind, sollten Kinder genauso wie Erwachsene betrachtet werden und demnach die normalen Entlasskriterien angewendet werden, d.h. nach 14-tägiger Isolierung können Kinder wieder zur Schule gehen. Zusätzlich haben Schulen und Kitas oft noch weitergehende Forderungen (z.B. ärztliches Attest). Wichtig ist, dass die generellen Empfehlungen auf der RKI-Internetseite verfügbar sind. Der Wiederezulassungsratgeber erhält nur die gemäß §34 IfSG gemeldete Krankheiten; es kann mit dem BMG geklärt werden, ob COVID-19 ergänzt werden sollte.</li> <li>! 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.</li> <li>! Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche</li> </ul>	AL1, alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gruppengröße ist akzeptabel, ...): Eine Rückmeldung an das BMG ist erfolgt. Das BMG begrüßt den Vorschlag sowie die Kommentierung der Beschlussvorlage sehr.</p> <p><b>b. RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Rekonvaleszentenplasma-Spenden, Zitat/“endorsement“ von Hr. Wieler – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Inhaltliche Mitgestaltung von RKI-Empfehlungen (durch BMI, BMAS, etc.) – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Soll Dokument zu Testzahlen auch nach BL aufgeschlüsselt werden? – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Umgang mit inhaltlichen Eingriffen durch die Politik – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Rolle von und Austausch mit RKI-Liaison im BMG – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Kommunikationswege RKI-BMG – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Update ÖGD-Kontaktstelle - <i>nicht besprochen</i></li> </ul>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Darstellung der Karte „Quarantäne bei Einreise nach Deutschland“ auf der Website auch für vergangene Tage sinnvoll – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Kontaktpersonenmanagement: <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kontaktpersonenmanagement (Kat III) in letzter Version: Nach dem Papier, kann eine Person, die früher als COVID-19 Fall gemeldet wurde, durch das Gesundheitsamt wie eine Kontaktperson III eingestuft werden. Parallel gab es die Diskussion mit großzügiger Testung von asymptomatischen Personen. Bei fehlender Symptomatik sollte demnach möglichst 5-7 Tage nach Erstkontakt mit dem exponierenden Fall eine Testung auf SARS-CoV-2 vorgenommen werden, um frühzeitig eine prä- oder asymptomatische Infektion zu erkennen. <i>Die Diskussion zur Testung von asymptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie 1 ist noch nicht abgeschlossen und wird morgen fortgeführt.</i></li> <li>! Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung) – <i>nicht besprochen</i></li> </ul> </li> <li>! Entwurf einer Publikation des ECDC zur 30-Tages-Projektion zum Verlauf und zu der Effektivität der Maßnahmen – <i>nicht besprochen</i></li> </ul>	FG36
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stand der Diagnostik – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! WHO plant möglicherweise Änderung der Empfehlung für Entlasskriterien, siehe E-Mail Hr. Wieler an Krisenstab (Fr 22.05.,14:58) – <i>nicht besprochen</i></li> <li>! Anpassung der Testung med. Personal sowie bei Personalmangel in Alten- und Pflegeheimen – <i>nicht</i></li> </ul>	ZBS1



	<i>besprochen</i>	
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! <i>Nicht besprochen</i>	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! IfSG-Änderung: negative Test – <i>nicht besprochen</i>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! <i>Nicht besprochen</i>	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! <i>Nicht besprochen</i>	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! <i>Nicht besprochen</i>	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: <b><u>Dienstag, 26.05.2020, 11:00 Uhr</u></b> , via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Ruth Offergeld
- ! FG36
  - Walther Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG

- Iris Andernach



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<b>Aktuelle Lage</b> <b>International</b> ! Nicht besprochen  <b>National</b> ! Nicht besprochen	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
4	<b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b> ! SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy donors ! Vortrag von Herrn Voigt steht noch aus, er steht grundsätzlich bereit und es wird ein neuer Termin gefunden	
5	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> <b>Risikobewertung</b> ! Wurde nach abgestimmten Anpassungen erneut herumgeschickt, es gibt nichts mehr zu erläutern  <b>Öffnung von Kitas/Schulen, RKI Stellungnahme</b> ! Es gab eine Stellungnahme von DGKH, DGPI, DVKJ, et al. zur Wiedereröffnung von Schulen und Kitas (Präs E-Mail, So 24.05., 19:39 bzw. <a href="#">hier</a> ) ! Auch auf Bitte des BMG hat sich das RKI bereits mehrfach mit dem Thema auseinandergesetzt ! Stellungnahme wurde von Walter Haas 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Positivitätsraten bei Kindern ähneln denen von Erwachsenen, auch in den Daten von Christian Drosten zur Virusausscheidung unterscheiden sich bei Kindern nichts grundlegend</li> <li>○ <del>Es gibt keine Studien die belegen, ob Kinder als Indexpersonen in Haushalten Virus übertragen</del></li> <li>○ <u>Es gibt mind. drei Studien, die Kinder als Indexfälle bei</u></li> </ul>	VPräs  FG36 FG37/alle

Haushaltsübertragungen belegen (Nachtrag per Mail an nCoV-Lage durch Anna Stolaroff-Pépin 27.05.20)

- Wenn der Median betrachtet wird, gibt es tendenziell weniger Ausscheidung bei Kindern
- Viruslast ein Aspekt, ein weiterer ist der Kontext: wie eng ist der Kontakt und wie sind die Möglichkeiten einer Übertragung?
- Eine grundsätzliche Aussage darüber, was dies in der Situation enger Kontakte zwischen Kindern untereinander und mit Betreuungspersonen bezüglich der Übertragung bedeutet, kann noch nicht getroffen werden, da es dazu aktuell keine dem RKI bekannten Daten gibt (die dies in diesem Setting bewerten)
- Wenn Einrichtungen geöffnet werden, dann besser im Sommer als erst im Herbst
- Eröffnungen sollten wissenschaftlich-epidemiologisch begleitet werden und Personen im Haushalt müssen in Hinsicht auf möglicherweise erhöhtes Risiko mitberücksichtigt werden

! Das interne Dokument ist zur Kenntnis für den Krisenstab und stellt keine publizierbare Bewertung oder Empfehlungsgebung dar, es handelt sich lediglich um eine Stellungnahme

! Für eine publizierbare Stellungnahme wäre weitere Arbeit notwendig um sicher zu stellen, dass alle vorhandenen Publikationen berücksichtigt wurden

! Eine RKI Stellungnahme ist aktuell nicht (dringend) notwendig

! Kontinuierliche Literatursichtung und -Bewertung gehört zur Aufgabe des RKI

! Kommentar BZgA: es wäre sinnvoll, den Bildungseinrichtungen etwas handlungsweisendes, auf aktuell vorliegender Evidenz basierendes zu geben, die Umsetzung bleibt den Einrichtungen überlassen, die Überwachung unterliegt den lokalen Behörden

! Aktuell besteht kein Revisionsbedarf der bestehenden RKI-Empfehlungen

**Ausbruch Baptistengemeinde in Frankfurt**

! Es gibt einen Ausbruch in einer Baptistengemeinde in Frankfurt

! Diese wurde auch heute Morgen in der EpiLag besprochen und RKI-Unterstützung angeboten

! Aktuell gibt es 157 Fälle von denen 9 hospitalisiert wurden, 7 LK in HE und 1 LK in BY sind betroffen

! Am 10.05. fand der in den Medien berichtete Gottesdienst statt, allerdings kann es sein, dass das Infektionsgeschehen schon eine Woche früher begonnen hat (vertrauliche Information der Kollegen aus HE: Gottesdienst am 03.05. durch erkrankten Prediger, der sich bei einem schwer erkrankten Fall im KKH angesteckt hat)

! Es wurde anscheinend ohne MNB gesungen

! Die betroffene Gemeinde besteht aus kinderreichen Familien

FG32



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und es gab vermutlich Übertragungen in vielen Haushalten. Das RKI kann nicht operativ eingreifen, es wäre jedoch sehr interessant diese Ausbruchsuntersuchung zu begleiten</p>	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ÖPNV Beschwerde, BZgA hat Link von Ulrike Grote erhalten und weitergegeben, ein Merkblatt hierzu ist aktuell in Arbeit</li> <li>! Vermehrte Anfragen zum Thema Aerosole, dies ist jetzt auch in der breiten Bevölkerung angekommen, diverse Fragen zu Schutz- Möglichkeiten, es wird eruiert, was an die Allgemeinbevölkerung weitergegeben werden kann</li> </ul> <p><b>AKNZ (Abteilung des BBK) Webinare für Krankenhäuser</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt die Möglichkeit mit AKNZ Webinare durchzuführen – gibt es Wünsche/Vorschläge des RKI (Frage IBBS)?</li> <li>! Tim Eckmanns hat mal ein Seminar für das BBK zum Thema Ausbruchsmanagement im KKH gemacht, dies ist eine gute Chance ein breites Publikum zu erreichen (&gt;100 TN)</li> <li>! RKI-Papiere/-Empfehlungen könnten so gut erläutert und gestreut werden</li> <li>! Tim Eckmanns ist heute im ÖGD-Webinar von Frau Teichert dabei, Thema ist Entlassungsmanagement</li> <li>! Weitere Themen könnten vorgeschlagen werden</li> <li>! Ergänzung von BZgA: am Anfang der COVID-Lage gab es Anfragen zu Schulungs-Videos zu Schutzkleidung</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gehen erste Anrufe zur Stellungnahme der Fachgesellschaften zu Schulschließungen an das RKI</li> <li>! Empfehlungen zu Kontaktpersonenmanagement, die Presse wartet auf RKI-Rückmeldung und es gehen mehrfache Fragen zum Thema ein</li> </ul> <p><b>Kontaktpersonenmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das Dokument wurde in FF durch FG36 überarbeitet (<a href="#">Link</a>)</li> <li>! Zwei Dinge wurden diskutiert und werden angepasst:</li> <li>! 1. Einstufung genesener Fälle als Kontaktpersonen (KP) der Kategorie III (wurde auch in EpiLag besprochen, da es zu Verwirrung führt) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Bei genesenen Fällen wird von einer Teilimmunität ausgegangen, deswegen wurde vorgeschlagen, dass bei diesen analog der KP Kat. III vorgegangen wird</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>IBBS/FG37</p> <p>Presse</p> <p>FG36/FG37/ alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Eine zusätzliche Kategorie für KP ist nicht erwünscht</li> <li>○ Es soll gerne ein Formulierungsvorschlag erfolgen, der diese Komplexität berücksichtigt</li> <li>○ Die KP Kat. III Analogie wird für genesene gestrichen, nur anzuwendende Maßnahmen bleiben bestehen</li> <li>○ Die Immunität wird in entsprechenden Dokumenten (Steckbrief, FAQ) erwähnt, nicht hier, wo dies nicht die zentrale Aussage ist</li> </ul> <p>! 2. Zeitpunkt der Testung, Erweiterung der Teststrategie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Zunächst wird davon ausgegangen, dass bei diesen KP keine Infektionsgefährdung besteht, sonst müsste sofort getestet werden</li> <li>○ 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</li> <li>○ Es besteht auch die Gefahr, dass sich 80% der KP in falscher Sicherheit wiegen, da sie noch nicht positiv getestet wurden</li> <li>○ Generell ist eine frühzeitige Testung erwünscht, um Folgefälle zu erfassen und diese muss zum frühestmöglichen Zeitpunkt stattfinden, lieber Testung sobald KP identifiziert wurden</li> <li>○ Testung sollte bei höchster Wahrscheinlichkeit eines positiven Nachweises erfolgen, es erfolgt sowieso die sofortige Absonderung nach der Exposition</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Tim Eckmanns macht einen Vorschlag zur Anpassung des KoNa Managements</p> <p><i>ToDo: FG37 stellt Revision fertig bis morgen</i></p> <p><b>Kenntlichmachen von Anpassungen in RKI-Empfehlungen</b></p>	<p>Präs/Presse/ alle</p>
--	--	------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Es gibt viel Lob für die RKI Arbeit, aber es kommen häufig Bitten, dass Änderungen in RKI-Empfehlungen deutlicher kenntlich gemacht werden, damit sie besser nachvollzogen werden können</p> <p>! Problem ist auch aus anderen Lagen/Empfehlungen bekannt, aktueller Ansatz ist, oben zu vermerken was neu ist</p> <p>! Außerdem werden im täglichen Lagebericht angepasste Dokumente erwähnt, inklusive der spezifischen Anpassungen</p> <p>! Spezifisches Ausweisen der Änderungen (wie im Lagebericht) ist sehr je nach Größe der Änderungen fehleranfällig, deswegen wird nun relativ gut spezifiziert, was sich geändert hat, dies wird farblichen Markierungen vorgezogen, Nutzer werden spezifisch auf Teilabschnitte mit Änderungen aufmerksam gemacht, gerade auch im Steckbrief viele Änderungen</p> <p>! In manchen Dokumenten werden anfangs erfolgte Änderungen in kursiv erwähnt, dies sollte einheitlich bei allen Empfehlungen Dokumenten gemacht werden</p> <p><b>Gesichtsvisiere</b></p> <p>! Es gab bereits Stellungnahmen hierzu, dem RKI zufolge kann ein Visier nicht die Funktion eines MNS erfüllen, durch die Aerosol-Situation wird dies noch verstärkt</p> <p>! Weiß jemand, ob eine systematische Untersuchung oder Studie zur Antikörper-Bestimmung bei Zahnärzten erfolgt, da diese Aerosolen besonders ausgesetzt sind?</p> <p>! Nein, eine solche Studie ist niemandem bekannt</p>	VPräs
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Kontaktbeschränkungen</b></p> <p>! Empfehlungen zu Treffen nach Lockerungen (wie viele Personen und Einheiten (z.B. 1 Haushalt) können sich treffen, welche Gruppengröße ist akzeptabel, ...) (Ergebnisse der CdS Schalte vom 25.05.)</p> <p>! CdS-Beschluss ging während der Krisenstabssitzung ein und wurde an RKI-Corona-Verteiler geschickt</p> <p>! Beinhaltet wesentliche Aspekte: Abstand halten, Maskenpflicht in bestimmten öffentlichen Bereichen, möglichst geringe Anzahl der Kontaktmenschen, Vorgaben für private Veranstaltungen, ausreichende Belüftung, Beschränkung der Personenzahl, möglichst im freien (Kita und Schulbetrieb ausgenommen), Aufenthalt mit bis zu 10 Personen oder angehörige zweier Haushalte, usw.</p> <p>! RKI-Ideen sollten intensiver einfließen was nicht so einfach ist, BKAmT fragt zwar direkt an, aber RKI muss mit BMG-Vorbehalt antworten</p> <p>! Empfehlungen werden in den jeweiligen Landesverordnungen angepasst</p>	Alle



	<p><b>b) RKI-intern</b></p> <p><b>Rekonvaleszenten Plasma-Spenden</b></p> <p>! Zitat/“endorsement“ von Hr. Wieler [siehe E-Mail, So 24.05.2020 16:28 bzw. Ordner „Hochladen“, s. dazu auch Angebot von Ruth Offergeld Meinungsbild durch AK Blut einzuholen Mo 25.05.2020 17:30]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Präs wurde zitiert, dass er diesen Ansatz unterstützt, er prüft nun, ob dies so stehengelassen werden oder muss Richtigstellung erfolgen muss</li> <li>○ Generelle Befürwortung des Ansatzes hat Präs im Rahmen eines Pressebriefings übermittelt, nun wird geprüft, ob es anderweitig eine explizite Frage hierzu gab</li> <li>○ Eine Befragung zu einer Initiative einer bestimmten Gruppierung fand nicht statt, Prüfung, ob korrekt zitiert wurde, erfolgt</li> </ul> <p>! Bericht Ruth Offergeld</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt eine Initiative von Leuten die im Marketing aktiv sind, die analog zu Stammzellspendern eine Rekonvaleszenz Spenderinitiative aufziehen wollen</li> <li>○ Diese sollen vorgescreeent und dann an die regionalen Stellen weitergeleitet werden</li> <li>○ Die Gruppe hat selber keine Mittel ist jedoch sehr aktiv</li> <li>○ PEI und RKI haben wiederholt erwähnt, dass noch offen ist, ob dies sinnvoll ist, es erscheint verfrüht, so eine Plattform ins Leben zu rufen und (auch international) zu verbreiten</li> <li>○ Grundsätzlich könnte es gebündelt werden, und der Kontakt sollte gehalten werden auch um die Aktivität mit zu orientieren</li> <li>○ FG34 biete eine Umfrage bei Blutspendediensten zum Bedarf an, bisher wurde mündlich kein diesbezüglicher Bedarf kommuniziert</li> <li>○ Dieser Ansatz würde PEI viel Geld sparen bezüglich Werbung/Spendenaufrufe</li> <li>○ Aktuell sieht das RKI aus fachlicher Sicht keinen Bedarf, dies bereits aufzuziehen</li> <li>○ Therapeutischen Kriterien werden aktuell nicht genutzt/vorgeschlagen um den therapeutischen Wert zu bemessen</li> <li>○ Es werden klinische Parameter gemessen, lediglich Antikörper-Nachweis, z.B. Anzahl Beatmungen, keine Testung der Präparate, ad-hoc Herstellung und Einsatz</li> </ul> <p><b>Inhaltliche Mitgestaltung von RKI-Empfehlungen durch andere Ressorts</b></p> <p>! Wie soll RKI mit inhaltlichen Eingriffen durch die Politik (z.B. BMI, BMAS, etc.) umgehen?</p> <p>! Beispiel: mit der AGI abgestimmte Empfehlung für Gemeinschaftsunterkünfte und Asylsuchende, diese kann nicht</p>	<p>Präs/FG34</p>
--	---	------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>finalisiert werden da auf diverse Rückmeldungen (BMI, BMG, Sozialministerium) gewartet wird, obwohl deren Kommentare aufgenommen wurden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Muss das bei fachlichen Empfehlungen sein, wenn bereits Stellungnahmen der Ressorts eingearbeitet wurden?</li> <li>! Frau Ziegelmann erwähnte dass dies bis Ende der Woche geschehen soll</li> <li>! Dokument befinden sich in BMG-Abstimmung, Rückmeldung bis Ende der Woche</li> </ul> <p><b>Update ÖGD-Kontaktstelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorschlag zum stufenweisen Aufbau der ÖGD-Kontaktstelle am RKI wurde ans BMG geschickt und wird heute oder morgen mit Blasius und Kupfer besprochen</li> <li>! Es wird ein Provisorium mit Personen die für das LZ/in FG32 angestellt sind, Start mit zunächst 6 Personen in der Bibliothek in Haus 5 in der Seestraße</li> <li>! Dort sitzt aktuell die LZ-Position internationale Kommunikation, sobald der Reiseverkehr wieder zunimmt, gibt es für diese Position wieder deutlich mehr Arbeit</li> <li>! Diese sollen Aufgaben, die bereits im LZ und FG32 laufen, übernehmen, z.B. Berichterstattung über Ausbruchsgeschehen, Kapazitätenmonitoring, Koordination von RKI-Unterstützungen</li> <li>! Wie mit externen Kontakten vorgegangen wird und wo weitere Personen hinkommen, ist noch klarzustellen</li> <li>! Wie es weitergeht muss mit BMG und RKI ZV überlegt werden, ggf. auch Aufstellung weiterer Container</li> <li>! Rückmeldung des BMG zu o.g. Vorschlag steht noch aus (Blasius, Rottmann), wird möglicherweise noch zu Anpassungen führen</li> </ul>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Ausweisung Risikogebiete für Quarantäneempfehlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Darstellung der Karte „Quarantäne bei Einreise nach Deutschland“ auf der Website</li> <li>! RKI soll Weltkarte mit Inzidenzgrenze (&gt;50/100.000) erstellen, aber ein/rückreisende Personen und GA müssen sich eigenständig zusätzlich informieren</li> <li>! BMG (Holtherm) hat angekündigt, dass hierzu ein Erlass folgt</li> </ul> <p><b>Kontaktpersonenmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe auch oben unter Kommunikation</li> <li>! Kontaktpersonenmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontaktpersonenmanagement med. Personal (Anpassung zur Testung)</li> <li>○ Testung von asymptomatischen Kontaktpersonen der Kategorie 1</li> </ul> </li> <li>! Zwei Dokumente wurden von FG37 überarbeitet und letzten</li> </ul>	<p>AL3</p> <p>FG37</p>

	<p>Donnerstagabend an den Krisenstab geschickt, sie beinhalten nichts neues oder kritisches</p> <p>! AL1 hat Dokument kommentiert, u.a. wurde in einer Überschrift nicht klar, ob die Regelung bei Personalmangel oder Abwesenheit von Personalmangel zur Anwendung kommt</p> <p><i>ToDo: Vorschläge von Herrn Mielke werden von FG37 aufgenommen und Dokumente noch heute publiziert</i></p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Teststrategie</b></p> <p>! Der Referentenentwurf liegt dem BMG vor, dieser wurde mit RKI-Beteiligung erstellt, die Abrechnungsfähigkeit der Testung von asymptomatischen Personen (bestimmte Gruppen) und Befugnis des ÖGD wurden aufgenommen</p> <p><b>Übermittlung Meldetatbestand negative Testungen</b></p> <p>! IfSG Änderung ist am 23.05.2020 in Kraft getreten, Anpassung der Meldetatbestände, einerseits namentliche Meldepflicht nach §7 IfSG: Konkretisierung des indirekten Nachweises, der auf eine akute Infektion schließen lässt, AL1 hatte hierfür einen Textentwurf gemacht</p> <p>! Außerdem Etablierung der nichtnamentlichen Meldepflicht negativer Testungen, hierfür wird noch nach einer technischen Lösung gesucht, um eine Fax-Übermittlung zu verhindern</p> <p>! Aus RKI-Sicht ist diese nichtnamentliche Meldepflicht nur als elektronische Meldung im Zusammenhang mit DEMIS umsetzbar, es wird noch ein paar Wochen dauern, bis dies möglich ist</p> <p>! Durch die Datenschutz Ungewissheit (s.u. unter Surveillance) ist unklar, wann DEMIS startet und ob eine Übergangslösung notwendig ist, eine einheitliche Umsetzung ist erstrebenswert</p> <p>! Das RKI hat eine Anfrage ans BMG geschickt, ob die Übermittlung bis zur Etablierung der elektronischen Meldung ausgesetzt werden kann</p> <p>! Eine Aussage des BMG hierzu ist sehr dringend notwendig, da die Labore illegal handeln wenn sie die Meldepflicht nicht erfüllen</p> <p>! Eine Alternative für Labore, die unbedingt melden möchten, wäre die Übermittlung der negativen Testungen über ARS bzw. im Rahmen der wöchentlichen VOXCO-Abfrage, allerdings sind beide Alternativen nicht ideal, da die Meldeinhalte verschieden sind, sie nicht die gesetzlichen Vorgaben erfüllen und ein nachträgliches Zusammensuchen aus mehreren Quellen nicht wünschenswert ist</p> <p>! Zunächst wird das Ergebnis der BMG-Abfrage abgewartet, bis zur BMG-Antwort darf sich das RKI nicht offiziell äußern, bisher wurden den Laboren mitgeteilt, dass nur eine elektronische Meldung sinnvoll und gesetzlich konform ist</p> <p>! BMG Rückmeldung erfolgt hoffentlich bald</p> <p>! Aus der EpiLag: BL wünschen eine Darstellung der Daten auf BL und lokaler Ebene</p>	<p>FG32/AL1</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><b>Virologische Surveillance</b></p> <p>! Manche Proben enthielten respiratorische Erreger, vor allem RSV und Rhinoviren</p>	FG17
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! IfSG-Änderung: negative Tests, s. oben unter Labordiagnostik</p> <p><b>Update DEMIS</b></p> <p>! Ist weit fortgeschritten, das System wird aktuell mit 5 teilnehmenden Laboren getestet deren Daten empfangen werden können, morgen werden Daten an 5 teilnehmende GA geschickt um mit diesen den Empfang zu testen</p> <p>! Aktuell wird mit Testdaten gearbeitet da die Datenschutzüberprüfung noch aussteht, diese ist langwierig, da die serologischen Studien priorisiert wurden</p> <p>! Es wurde eine Kanzlei hinzugezogen die sich mit dem DEMIS-Datenschutz befassen soll um das RKI diesbezüglich zu entlasten, Freitag findet ein erstes Gespräch mit dieser statt, auch um zu klären, wie viele Ressourcen in der Kanzlei verfügbar sind</p> <p>! Heute Nachmittag gibt es eine TK mit BMG, AL3 und Herrn Lekschas</p> <p>! Das BMG wird etwas unruhig, da sie zeitnahe Ansagen zur Bereitschaft von DEMIS gemacht haben</p> <p>! Die Datenschutz-Anforderungen, die vorliegen müssen um das System zu starten, werden vom RKI anders als vom BMG eingeschätzt</p> <p>! Wenn das BMG dies verschriftlichen würde, könnte der Prozess ggf. beschleunigt werden</p>	FG32
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! 13-15:00 AGI-Telefonkonferenz zu COVID-19, in diesem Zusammenhang Nachfrage zu Vitamin D Mangel und COVID-19-Sterblichkeit, welche ist die RKI-Haltung dazu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommt bei Infektionskrankheiten immer wieder</li> <li>○ BfR Homepage enthält generelle Aussage (<a href="#">Link</a>)</li> </ul>	alle

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt mehrere Publikationen zu diesem Thema, diese können von FG17 bewertet werden</li> <li>○ IBBS (Niebank, Ruehe) haben sich ebenfalls bereits hiermit befasst</li> </ul> <p>! Heute Nachmittag 15:00 TK mit BMG zu DEMIS</p> <p>! Freitag TK mit Anwaltskanzlei zu Datenschutz DEMIS</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Krisenstabssitzung in Zukunft <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn die Sitzung nur noch 3-mal/Woche stattfindet, sollten nur Dinge diskutiert werden, die dringend sind bzw. einer Entscheidung bedürfen</li> <li>○ Lagebericht national und international sollte gekürzt und nur das wichtigste zusammengefasst werden</li> <li>○ Infopunkte raus, Entscheidungspunkte rein</li> </ul> </li> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.05.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> <li>! danach nächste Sitzung Freitag, 29.05.2020, 13:00 Uhr</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	27.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Bettina Rühle
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen

- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Über 5,5 Mio. Fälle und mehr als 350.000 Verstorbene</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ USA, gefolgt von Brasilien und Russland</li> <li>○ Abwärtstrend in USA und Russland, Aufwärtstrend in Brasilien</li> <li>○ Abwärtstrend in UK (wird vermutlich bald nicht mehr unter Top 10 Ländern sein)</li> </ul> </li> <li>! Karte: 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten) : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hohe kumulative 7-Tages-Inzidenz in Chile, Peru, Brasilien, Iran, Weißrussland</li> </ul> </li> <li>! Karte: Veränderung der 7-Tages-Inzidenz zur vorherigen 7-Tages-Inzidenz, pro 100.000 Einwohner: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stärkste Dynamik weltweit in Südamerika, im Nahen Osten</li> <li>○ Hohe Dynamik auch in Afrika, jedoch auch bedingt durch die niedrigen Fallzahlen in Afrika (Schwäche der Karte)</li> </ul> </li> <li>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brasilien (ca. 390.000 Fälle) und USA (ca. 1,6 Mio. Fälle),</li> <li>○ In beiden Ländern wird in den nächsten Wochen ein ansteigender Trend erwartet. Bei USA ist fraglich, ob nicht doch eher Übergang in Plateau.</li> </ul> </li> <li>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bangladesch: seit längerer Zeit starker Anstieg, zunehmend auch Fälle im Rohingya-Flüchtlingscamp, dort keine/ingeschränkte Containment-Maßnahmen; Situation noch lange nicht unter Kontrolle</li> <li>○ Chile: weiterer Anstieg; Maßnahmen wurden schnell wieder zurückgenommen</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Iran: erneuter Anstieg, hauptsächlich Fälle im Süden Irans</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afghanistan ist eines der gefährdeten Länder.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ In Kamerun ist aufgrund der Altersstruktur und Politik in nächster Zeit ein Anstieg zu erwarten.</li> <li>○ Schweden: Plateau mit leichter Tendenz zum Anstieg, ca. 600 Neuinfektionen, über 4.000 Todesfälle</li> </ul> <p>! Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt; 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syrien: R-Wert &gt;3, ist eines der vulnerabelsten Länder in der Region, geringe Fallzahl (ca. 120), aber hohe Dynamik</li> </ul> <p>! Für die Vorstellung der Internationalen Lage im Krisenstab soll ca. 10 min pro Termin eingeplant werden, evtl. im Wechsel einen Tag ein allgemeiner Überblick, am nächsten Vorstellung der Situation in speziellen Ländern.</p> <p>! Es besteht der Wunsch im Rahmen der Überlegungen zur Reisefreiheit mehr über den Testumfang in anderen europäischen Ländern zu erfahren.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><b>Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! Leichter Rückgang der Anzahl Testungen, Grund ist vermutlich der bundesweite Feiertag letzte Woche.</p> <p>! Anteil positiver Testungen ist über die Zeit leicht gesunken, aktuell Positivenrate &lt; 2%</p> <p>! Anzahl positiver Testungen über die Zeit nach Bundesland: in alle BL Abflachung der Kurve; in Thüringen leichter Anstieg.</p> <p>! Hr. Eckmanns wird nächste Wochen einen Tag zusammen mit der Bundeswehr nach Sonneberg fahren, ist bereits in Kontakt</p>	<p>FG37</p> <p>FG37</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>mit der Amtsleitung. Längerfristig wird die Bundeswehr involviert sein.</p> <p>! Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe: deutlicher Anstieg bei den über 80-Jährigen in den letzten Wochen. Aktuell wieder Rückgang, evtl. durch den Feiertag, möglicherweise aber auch Rückgang, weil tatsächlich nicht mehr so viel getestet wird.</p> <p>! Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe: ist bei über 80-Jährige in etwa gleich geblieben.</p> <p>! Es gibt eine Anfrage von Ansgar Wübker vom Leibnitz-Institut einen Antrag unter Beteiligung des RKI bei der VW Stiftung zu stellen. Generell spricht nichts gegen eine Beteiligung am Antrag. Finanzierung durch eine Stiftung ist Sponsoring, daher müsste der Antrag von Frau Hanke geprüft werden sowie ans BMG für eine Sponsoring Prüfung weitergeleitet werden.</p> <p>! Anmerkung von Hr. Rottmann: Es gibt ein Dokument vom ECDC zu Pflegeeinrichtungen mit Beteiligung von Experten von FG37, das dem BMG nicht bekannt war. Das BMG bittet darum bei Mitarbeit an ECDC-Papieren das BMG zu informieren.</p> <p>! Es handelt sich vermutlich um ein noch nicht veröffentlichtes Papier, das als Rapid Kommunikation in EuroSurveillance erscheinen soll. Solche Dokumente könnten in Zukunft ans BMG zur Kenntnis (nicht zur Abstimmung) gegeben werden.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 179.364 (+362), davon 8.349 (4,7%) Todesfälle (+47), Inzidenz 216/100.000 Einw., ca. 162.800 Genesene, Reff=0,68</li> <li>○ DIVI: aktuell auf ITS: 763, davon beatmet: 482</li> <li>○ Schätzung der Reproduktionszahl: R ist geringfügig gesunken, auch der stabilere Wert</li> <li>○ Todesfälle: bundesweit ca. 10/100.000 Einw., jedoch Unterschiede bei den Bundesländern, in Bayern am höchsten mit 18,4 Todesfällen je 100.000 Einw.</li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: SK Regensburg fällt auf sowie LK Lichtenfels und LK Hof (Screening in Schulen)</li> <li>○ Trendvergleich der COVID19-Inzidenz der letzten 7 Tage vs. Woche davor (stellt Hr. Faber täglich her): LK Leer fällt auf (Eröffnung Restaurant), man sieht auch eine Reihe anderer Kreise mit größeren Veränderungen. Die Karte ist nur für internen Gebrauch gedacht.</li> <li>○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen &gt; 50 bzw. &gt; 35 Fälle / 100.000: betrifft nur noch 2 LK. Es stellt sich die Frage, ob das Kriterium auf &gt; 25 geändert werden soll. Dies wurde beim BMG angefragt und hätte den Vorteil der Übereinstimmung mit dem Lagebericht. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 50 Fälle: SK Regensburg (Ausbruch in Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende)</li> <li>▪ &gt;35 Fälle: LK Lichtenfels (Ausbruch in Pflegeheim)</li> </ul> </li> </ul> <p>! Kein neuer Erkenntnisgewinn bei Ausbrüchen in Leer und Frankfurt/Main</p> <p>! Ausbrüche (Infos aus der Presse): u.a. Briefzentrum Potsdam-Mittelmark, Schlachtbetrieb grenzüberschreitend, Hauptschule. In Zukunft soll der Presseservice genutzt und die Suchbegriffe hierfür präzisiert werden. Evtl. könnte auch IOS genutzt werden.</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b> ! Wird am Freitag besprochen	
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	
<b>6</b>	<b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>  ! Strategiefrage: Impfkampagnen sollen neu justiert werden und es besteht der Wunsch nach Input vom RKI. Es gibt ein Papier von PEI und RKI mit einer ersten Strategie zur Einführung der COVID-19 Impfung. Es war in der Kürze der Zeit nicht möglich die BZgA miteinzubeziehen.  ! Geplant war ein Relaunch der Masernkampagne, nun ist von Seiten der BZgA eher angedacht, stattdessen die Influenza-	BZgA

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Impfung prominent zu bewerben. Eine enge Abstimmung ist erwünscht, AP Hr. Wichmann.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Es gibt weiterhin viele Anfragen zu Reiserückkehrern. Die Leute werden zum Teil auch von BMI und Auswärtigen Amt ans RKI verwiesen.</p> <p>! Es gibt einen Erlass zur fachlichen Bewertung von Maßnahmen zur Lockerung von Einreiseverboten /-beschränkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht nur in Deutschland wird die Gesundheitsseite zur Erstellung von Kriterien gedrängt. Es könnte die Europakarte von ZIG auf die Webseite gestellt werden. Dann könnte auf diese verwiesen werden.</li> <li>○ Andere Kriterien könnten geprüft werden. Es kann aber nicht mit umfangreiche Kriterien bestimmen werden, wo man hinfahren kann und wann man in Quarantäne muss.</li> <li>○ Eine Inzidenz von &gt; 50/100.000 wurde auch vom AA als Wert für eine Reisewarnung benannt.</li> <li>○ Zunächst soll der Erlass beantwortet werden und erst danach die Karte ins Netz gestellt werden.</li> </ul>	<p>Presse</p> <p>Alle</p>
	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Ein-und Ausreisen wurden umfangreich diskutiert und werden weiterhin Thema sein.</p> <p>! Asylpapier: bis Ende der Woche ist eine Rückmeldung vom Ministerium für Inneres geplant, das Dokument soll zeitnah veröffentlicht werden. Anmerkung RKI: Bearbeitungszeit ist sehr lange.</p> <p>! 7-Tages Inzidenz: im Bundeskanzleramt wurde im Moment entschieden bei 35/100.000 Einw. zu bleiben. Das bedeutet für das RKI, im extra Bericht fürs BMG bleiben nur noch wenige Ausbruchsgeschehen, im Lagebericht sind mehr Inhalte.</p>	<p>ZIG4</p>
<p>7</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Sprachregelung/Definition Risikogruppen: Schreiben von Dr. Garg an Jens Spahn. Ergänzungsvorschlag FG36 (<a href="#">Email</a>)</p>	<p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Diskussion wurde in der AGI gestartet. Hintergrund ist, dass auf Länderebene der Wunsch nach klaren Vorgaben besteht, wer als Risikogruppe gilt und nicht als Erzieher und Lehrer arbeiten sollte. Also Angaben zu spezifischen Alters- und Vorerkrankungskonstellationen, ab denen ein Arzt/eine Ärztin eine Bescheinigung ausstellen darf. Der Wunsch ist, dies nicht allein am Alter festzumachen. Konkret muss die Entscheidung jedoch immer ein/e Betriebsmediziner/in im Einzelfall treffen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Es gibt 2 Artikel zur Overdispersion (von Sebastian Funke und aus Hongkong), in denen davon ausgegangen wird, dass sich ca. 80% der Ansteckungen auf nur 20% der Infizierten zurückführen lässt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Schaade hat dazu bereits Hr. an der Heiden mit der Frage angesprochen, ob dies auch für Deutschland berechenbar wäre.</li> <li>○ Es sollte überlegt werden, ob dieses Verteilungsmuster bei der Eindämmungsstrategie genutzt werden könnte. Und ob eine Benennung von besonders riskanten Situationen eine Hilfe wäre.</li> <li>○ Einwand: die Daten stammen aus einer Situation unter Kontaktsperre, dann ist der Fokus auf bestimmte Superspreader-Events vermutlich durch die Kontaktsperre bedingt.</li> </ul> <p>! <u>Containment Scouts</u>: möglichst noch vor der Sommerpause sollte eine Verlängerung bis Sommer 2021 oder eine Verstetigung anstoßen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Evaluation, ob sie aktiv genutzt wurden, wäre sinnvoll.</li> <li>○ Problem: Studierende, die dieses Semester zur Verfügung standen, stehen nicht unbedingt im nächsten Semester weiterhin zur Verfügung.</li> <li>○ Kapazitätsmonitoring der GA: nur 2 GA haben</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG37</p>
--	---	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Überlastungsanzeigen gestellt. Jedoch werden in allen LK viele Bereiche zurückgestellt, wie z.B. Schuleingangsuntersuchungen, Zahnärztlicher und Sozialpsychiatrischer Dienst.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Länder sollten befragt werden, was an langfristigen Maßnahmen geplant wird und wie der ÖGD langfristig gestärkt werden könnte.</li> <li>○ FG37 hat bereits Antrag zur Evaluierung eingereicht.</li> </ul> <p><i>ToDo: Folgeantrag für Verlängerung Containment Scouts bzw. alternatives Konzept bis Sommer 2021 stellen, FF FG37</i></p> <p>! Ist die Übersicht, wer getestet wird, fertig? Von Seiten der Abt. 1 ja. Das BMG hat eine Grafik erstellt, die in der AG Diagnostik besprochen wurde. Das Diagnostikpapier wird entsprechend überarbeitet und muss noch mit dem BMG abgestimmt werden, der Verlauf von PCR und Antikörpern soll integriert werden.</p>	Abt. 1
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! <u>Kontaktpersonennachverfolgung</u> (<a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen: Testung sollte so früh wie möglich erfolgen, zusätzlich 5-7 Tage nach Erstexposition.</li> <li>○ Hr. Mielke würde Tag 1 nach Bekanntwerden des Kontaktes und zusätzliche Testung an Tag 7-10 favorisieren. Die AG Diagnostik hat sich auf Tag 7-10 geeinigt, der 2.Test soll die Sensitivität erhöhen</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Vor Veröffentlichung auf der Webseite sollte auch das <u>Flussschema zur Kontaktpersonennachverfolgung</u> angepasst werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testung von Kontaktpersonen Kat. 1 muss noch an das oben</li> </ul>	FG36/ FG37 / Alle

	<p>Besprochene angepasst werden (möglichst frühe Testung am 1.Tag nach der Ermittlung und Testung an Tag 5-7). Hr. Haas schickt Fr. Schulz-Weidhaas die genaue Formulierung.</p> <p><i>ToDo: nach Formulierungsanpassung, geht beides an Webmaster</i></p> <p>! Das <u>Flussschema zur KoNa bei medizinischem Personal</u> muss analog angepasst werden. Es wurde für Klinik und Personal in Pflegeheimen bereits an Hr. Eckmanns geschickt.</p> <p><i>ToDo: erneutes Vorstellen des Dokuments im Krisenstab</i></p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! AGI-Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einsendungen: 24 Proben am Montag, gestern und heute wieder rückläufig</li> <li>○ Keine positiven Nachweise mehr seit Fallzahlen von 2.000 unterschritten wurden</li> <li>○ Zwischenzeitlich auch wieder Nachweise von Rhinoviren, jedoch nicht so viele wie vorher</li> <li>○ Die Veränderung der Einstufung von Community Transmission auf Cluster kann nicht aus dem Sentinel geschlussfolgert werden, da die Sensitivität hierfür nicht ausreichend ist.</li> </ul>	FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Kapazitäten beim Datenschutz sind auch unter Einbeziehung der Kanzlei so überlastet, dass der Zeitplan vom BMG nicht haltbar ist. Warn-App, serologische Projekte zu COVID-19 und DEMIS sind priorisiert.</p> <p>! Auch die Surveillance mit Fr. Gastmeier konnte aus diesem Grund nicht umgesetzt werden. Generell können Forschungsprojekte nicht realisiert werden, wenn keine Datenschutzkapazität vorhanden ist. Dies muss auch nach außen kommuniziert werden.</p> <p>! Falls auf den Bundesdatenschutzbeauftragten (BFDI) verwiesen wird. Dies ist keine genehmigende Behörde, die Zustimmung muss vom Datenschutz der ausführende Behörde erfolgen.</p> <p>! Am Freitag ist ein Gespräch mit der Kanzlei zu DEMIS. Danach kann vermutlich besser abgeschätzt werden, welche Zeitkapazitäten die Kanzlei hat.</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 29.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero ! danach nächste Sitzung Dienstag, 02.06.2020, 11:00 Uhr	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	29.05.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG12
  - Sebastian Voigt
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! ZBS1

- !   ○ Janine Michel
- BZgA
- Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1a	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Zu den Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen zählen in absteigender Reihenfolge USA, Brasilien, Russland, Indien, Peru, Chile, Mexiko, Vereinigtes Königreich, Saudi Arabien und der Iran</p> <p>! Karte: 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten): Mit einer 7-Tage-Inzidenz von &gt;50/100.000 Einwohner stechen v.a. Brasilien, Peru, Chile sowie die Vereinigten Arabischen Emirate und Weißrussland hervor. Ggf. wird die Karte auf der RKI-Webseite dargestellt.</p> <p>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brasilien verzeichnet weiterhin ansteigenden Trend, wobei der letzte Zacken der Kurve am ehesten meldebedingt ist.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Iran stellt das erste Land mit 2. Infektionswelle dar; die Ursachen dafür werden nächste Woche näher beleuchtet</li> <li>○ In den übrigen Ländern gibt es keine wesentlichen Veränderungen; der absteigende Trend in Russland bestätigt sich.</li> </ul> <p>! Japan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ In Japan sind bisher &gt; 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</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>unter 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Es wurden vergleichbar milde restriktive Maßnahmen ergriffen, insbesondere wurde Verstöße nicht geahndet. Trotzdem gab es eine hohe Compliance („Lockdowneffekt“ ohne strikten Lockdown). In der öffentlichen Wahrnehmung kann jeder machen, was er/sie will, mit Ausnahme der Empfehlung, enge Räumlichkeiten, Menschenmengen und enge Kontakte zu meiden.</li> <li>○ Ziel sind &lt;0,5 Fälle /100.000 Einwohner primär über eine Cluster-Nachverfolgung ohne breitflächige Testung zu erreichen. In einigen Städten ist dieses Ziel bereits erreicht.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Es wird an den in einer früheren Sitzung geäußerten Wunsch nach einer Darstellung der Teststrategien in Taiwan und Skandinavien erinnert.</li> </ul> <p><i>To Do:</i> Presse erstellt Textentwurf zur Darstellung des Prinzips der Kontaktpersonennachverfolgung und Cluster-Vorgehen zwecks Vorstellung in einer Pressekonferenz</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ DIVI: aktuell auf ITS: 729 Personen , davon beatmet: 426</li> <li>○ Schätzung der Reproduktionszahl: 0,85 (95%-PI: 0,70-1,02)</li> <li>○ Hinsichtlich der Fallzahlen der Bundesländer müssen für das SL Datenkorrekturen (wegen Doppelzählung) und für SN (Übermittlungsprobleme bei Octoware-Umstellung) berücksichtigt werden. Die 7-Tage-Inzidenz in MV und ST liegt jeweils unter 0,5/100.000 Einw.</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: wie am Vortag fällt 1 Kreis in die Kategorie mit 51 bis 100 Fällen/100.000 Einwohner (SK Regensburg, bedingt durch Screening in Asylheimen), weitere 4 Kreise weisen eine 7-Tage-Inzidenz von 26 bis 50 Fällen/100.000 Einwohner auf (LK Lichtenfels, LK Coburg, SK Coburg, SK Gera), 91 Kreise haben keine Fälle übermittelt.</li> <li>○ Im Trendvergleich der COVID19-Inzidenz der letzten 7 Tage vs. Woche davor stechen LK Dachau, SK Wolfsburg und LK Leer heraus. In Dachau scheint dies auf Nachmeldungen zu beruhen. Weiteres soll mithilfe der ÖGD-Kontaktstelle geklärt werden.</li> <li>○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen &gt; 50 bzw. &gt; 35 Fälle / 100.000: SK Regensburg hat als einziger Kreis eine 7-Tage-Inzidenz größer 50 Fälle/100.000 Einwohner, dies ist auf einen Ausbruch in einer Gemeinschaftsunterkunft für Asylsuchende zurückzuführen. Es wäre wünschenswert, die Berichtsfrequenz zu reduzieren.</li> <li>○ Hinsichtlich der Ausbruchsgeschehen gibt es keine wesentlichen Änderungen zum Vortag. Insbesondere sind keine neuen Amtshilfeersuchen basierend auf diesen Ausbrüchen eingegangen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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. <b>Auf ersten Blick erscheint die COVID-19-Kurve etwas verzögert, dies sollte nochmals verifiziert werden.</b></li> </ul>	
<b>1b</b>	<p><b>Update zum aktuellen Stand Impfen/ Impfstoffentwicklung</b></p> <p>! Die STIKO wurde vom BMG mit der Einrichtung einer AG zu Impfstoffen im Zusammenhang mit COVID-19 beauftragt. In dieser Woche wurde ein Arbeitsplan erstellt. Es ist anzunehmen, dass die Verfügbarkeit eines Impfstoffs zu Beginn begrenzt sein wird; Reviews sind notwendig; dafür</p>	FG33

	<p>müssen auch unpublizierte Daten der Impfstoffhersteller zur Verfügung gestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stand der Impfstoffentwicklung: Weltweit sind über 140 Kandidaten in der Entwicklung, die meisten in der präklinischen, etwa 1 Dutzend in klinischer Phase. Ein Impfstoff in England ist bereits in Phase 2/3, mit möglicher Zulassung im kommenden Herbst. AstraZenica hat bereits die Produktion dieses Impfstoffs begonnen.</li> <li>! In Russland sind 10 bis 20 Impfstoffe in der Pipeline, bei denen ggf. die Phase 3 ausgelassen wird. Problematisch sind die Produktionskapazitäten.</li> <li>! 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.</li> <li>! Das BMG wünscht ein Konzept, das wesentliche Aspekte des Impfens gegen SARS-CoV-2 in DEU, inkl. Produktionskapazitäten, Evaluation, Impfquotenerfassung, Monitoring der Impfeffektivität und –sicherheit, Frage, wer wo impft, mit aufgreift. Antibody-dependent Enhancement wird aktuell nicht erfasst. Ggf. kann DEMIS mit genutzt werden, dazu finden Gespräche mit FG31 und FG32 statt. Die Federführung für die Aktualisierung eines solchen Konzepts wird beim RKI liegen. Zeitnah müssen Diskussionen mit den BL geführt werden; dabei wäre ein zentraler Einkauf, eine zentrale Verteilung und eine Durchführung der Impfung in Impfzentren zu favorisieren.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Die BZgA betont die lange Vorlaufzeit für die Ausarbeitung einer Mehrebenenkampagne zum Impfen; jedoch ist laut FG33 der Zeitpunkt der Verfügbarkeit eines Impfstoffs weiterhin schwer einzuschätzen und die Art des Impfstoffs und seine Effektivität in verschiedenen Altersgruppen essentiell für die Entwicklung einer zielgerichteten Kommunikationskampagne.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! Außerplanmäßig für 02.06.2020 vorgesehen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>J. Braun et al. : Presence of SARS-CoV-2-reactive T cells in COVID-19 patients and healthy (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Die Studie an der Charité umfasste 18 COVID-19-Patienten und 68 Healty Donors (HD). Periphere Blutzellen wurden mit Peptidpools stimuliert, die aus SARS-CoV-2 spike (S) protein stammen. S protein-spezifische CD4+- T-Zellen wurden in den meisten COVID-19 Patienten, aber auch in einem Teil der HD gefunden. Ggf. handelt es sich bei den S protein-spezifischen CD4+-T-Zellen in den HD um kreuzreaktive Zellen nach früherer Exposition mit endemischen Coronaviren. Bei HD präexistierende, SARS CoV-2-kreuzreaktive T-Zellen könnten protektiv wirken oder aber auch den Erkrankungsverlauf beeinflussen. Eine größere Studie sollte dies klären.</p>	FG12
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Es wird angeregt, ob das RKI nicht ähnlich wie das ECDC, eine differenziertere Risikobewertung sinnvoll fände, so dass zum Beispiel risikominimierende Verhaltensweisen entsprechend mit betrachtet werden: Das ECDC unterscheidet sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für Gruppen mit Risikofaktoren zwischen Umsetzung von Distanzierungsmaßnahmen und geringer Inzidenz bzw. absteigenden Trends und fehlender Distanzierungsmaßnahmen und hoher Community Transmission. Bei der nächsten Aktualisierung der Risikobewertung sind die obigen Punkte weiter zu diskutieren; eine nach Risikogruppen stratifizierte Risikobewertung müsste im Pressebriefing gut kommuniziert werden. Weitere Diskussion wird vertagt.</p> <p>! In diesem Zusammenhang wurde erneut der in der AGI geäußerte Wunsch der Bundesländer berichtet, dass die Risikogruppen eingegrenzt bzw. allgemeine Empfehlungen für einzelne Berufsgruppen wie z.B. Lehrer erstellt würden. Jedoch basieren die in den RKI-Empfehlungen benannten Risikogruppen auf Alter und Vorerkrankungen, also Gruppen, bei denen auf Populationsebene ein Einfluss auf die Schwere des Verlaufs einer</p>	FG32/alle

	<p>COVID-19-Erkrankung festgestellt wurde. Diese Faktoren sind nicht mit einer Bewertung des individuellen Risikos gleichzusetzen. Behandelnde Ärzte können anhand bestehender Empfehlungen und anhand ihrer Kenntnisse über den Gesundheitszustand eines Patienten in Zusammenarbeit mit Arbeitsmedizinern Empfehlungen für die weitere Beschäftigung einzelner Mitarbeiter geben. Dies ist gegenüber den Bundesländern bereits mehrfach kommuniziert worden, <b>kann aber erneut proaktiv dargestellt werden.</b></p>	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Angesichts vieler neuer Produkte fehlt z.T. die Übersicht für die Bevölkerung, daher wird die Webseite aktuell überarbeitet und Aktuelles soll prominenter z.B. als Slider dargestellt werden.</li> <li>! Zunehmend widmen sich Telefonberatungen und Social Media-Aktivitäten auch anderen Themen, z.B. dem Cannabis-Konsum.</li> <li>! Die Dynamik der Lage erschwert die klassische Kampagnenarbeit.</li> <li>! Die Anregungen, auch im Sommer die Abstandsregeln zu betonen und eine ärztliche Abklärung von Schnupfen in Hinblick auf SARS-CoV-2 zu forcieren, werden aufgenommen. Ein weiterer Fokus soll COVID-19 im Zusammenhang mit Sommerhitze sein.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Presse informiert über kürzere Webmasterpräsenz ab 02.06.2020 (bis 18 Uhr gewährleistet, danach über telefonische Kontaktaufnahme, wofür Telefonnummern im Verlauf zirkuliert werden).</li> <li>! 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.</li> <li>! Am Mittwoch, den 03.06.2020 soll ein Video des BMG zirkuliert werden, welches geschlossene Räume und den Aufenthalt im</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Alle</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Freien thematisiert.</p> <p>! Voraussichtlich Mitte Juni wird eine umfangreiche Medienkampagne zur Corona-Warn-App starten.</p> <p>! Reaktion auf Publikation vom ECDC: Es wird in Kürze in <i>Eurosurveillance</i> ein Artikel des Universitätsklinikums Köln erscheinen, in dem beschrieben wird, dass PCR-Testungen bei Rückreisenden aus Südtirol und X (?) durchgeführt wurden, bevor diese Gebiete zu Risikogebieten erklärt wurden. Um auf den Vorwurf, dass das RKI zu langsam reagiert habe, etwas entgegen setzen zu können, sollte bereits jetzt eine Stellungnahme entwickelt werden, in dem der Prozess der Benennung der Risikogebiete beschrieben wird.</p> <p><i>ToDo:</i> FG32 (wer?) bereitet zeitnah Stellungnahme in Form eines Letter to the Editor vor (Muster für etwaige Presseanfragen)</p> <p>! Gates Foundation Papier: Das Papier greift den epidemiologischen Verlauf und das Management von 3 Ländern weltweit auf, die als Best Practice Beispiele gewürdigt werden, darunter DEU. Als Co-Autoren sind Herr Wieler und Frau Rexroth vorgesehen.</p>	
7	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Wieder Ausweisung internationaler Risikogebiete?</p> <p>Empfehlungen für den EU-weiten Tourismus sollten zunächst im Kabinett diskutiert werden, wurden dann zurückgestellt. Es ist anzunehmen, dass das BMG das RKI zur Erarbeitung weiterer Kriterien auffordert, die nach Diskussion im Health Security Council über die Inzidenz von 50 Fällen/100.000 Einwohner hinausgehen. Ggf. sollen erneut Risikogebiete, zunächst in Europa, später weltweit benannt werden. Die Auslandsvertretungen könnten dabei eine Rolle spielen. Ein entsprechender Auftrag ist abzuwarten.</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Lagezentrum Aktivitäten und Zeiten (z.B. Lagebericht): Angesichts der aktuellen epidemiologischen Lage wird</p>	<p>FG32</p> <p>FG32</p>

	<p>hinterfragt, ob die Erstellung des Lageberichts am WE bis auf Weiteres eingestellt werden könnte. Der Krisenstab schlägt vor, das BMG am 02.06.2020 zu informieren, dass der Lagebericht zukünftig nicht mehr am WE erstellt wird.</p>	
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Neue KoNa Infografik zum Kontaktpersonenmanagement:</p> <p>Bei medizinischem Personal oder Personal in Alten- und Pflegeheimen, die als KP 1 eingestuft sind, ist eine Testung an den Tagen 1, 5 bis 7 und vor Wiederaufnahme der Tätigkeit vorgesehen. Jedoch ist die Kostenübernahme dafür nicht geklärt. Der Krisenstab ist mit den Versionen einverstanden.</p> <p>! Papier für Gemeinschaftsunterkünfte – Update:</p> <p>Aus dem Innenressort wird heute Rückmeldung erwartet, die Flüchtlingsbeauftragte soll direkt eingebunden werden.</p>	FG37 / alle
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Referentenentwurf Rechtsverordnung Testung</p> <p>! Die Rechtsverordnung wurde in der AGI diskutiert; § 4 soll viel strenger gefasst werden, die Fertigstellung ist bis Freitag, den 05.06.2020 anvisiert. In einer Teilgruppe der AG Diagnostik wurden die §§ 4 und 5 stark kritisiert, die Häufigkeit der Testungen als auch die Kostendeckung seien unklar, große Skepsis bestehe zudem bezüglich nicht-anlassbezogener Testungen. Der ÖGD wünscht klarere Rahmenbedingungen.</p> <p>! <b>Es wird ein Schwellenwert diskutiert, der Hilfestellung hinsichtlich der Aufnahme von Reihentestungen bei asymptomatischen Personen bieten würde. An einer Populationsinzidenz sei dies nicht festzunehmen. Die gemäß § 4 Abs. 2 möglichen Testungen unter Berücksichtigung der lokalen epidemiologischen Lage beziehen sich eher auf die regionalen Verhältnisse als auf den klinischen Kontext.</b> Entscheidend wäre der Zusatznutzen von regelmäßigen Testungen z.B. des Pflegepersonals, unabhängig davon, ob es COVID-19-Fälle betreut, im Sinne einer „Number needed to test“ oder „Number needed to quarantine“, um eine weitere Übertragung zu verhindern. Dabei ist zu berücksichtigen, dass dies modelliert werden könnte, aber letztlich eine politische Bewertung erfordert (wie viel Risiko wird toleriert, wie viel Gelder werden in Testungen investiert?). Bei geringen Inzidenzen müsste sehr häufig getestet werden, um einen weiteren Fall zu verhindern, was mit hohen Kosten verbunden wäre und was ggf. durch die vorhandenen Laborkapazitäten beschränkt wäre.</p> <p>! Die Verordnung eröffnet die Option der Umlage der Kosten vom ÖGD auf andere Kostenträger. Es könnte</p>	Abt. 1/alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politischer Druck auf den ÖGD entstehen, diese Testungen anzubieten, ohne dass ein Zusatznutzen gewährleistet wäre. Ggf. ist ein Vergleich mit der Testung von Blutkonserven hilfreich. Zusätzliche Kosten durch falsch-positive Ergebnisse müssten auch berücksichtigt werden.</p> <p><b>ToDo:</b> Das Lagezentrum soll Aufgabe zur Analyse der „Number needed to test“ vergeben.</p> <p>! Es wurden 789 Proben untersucht, davon waren 2 grenzwertig positiv; diese werden vor Ort neu untersucht. Die Anzahl der Proben lag in dieser Woche bei 280 (im Vergleich zu knapp 400 in der Vorwoche), die Positivenrate bei 12%. Aktuell wird eine Aufstellung erarbeitet, zu welchem Zeitpunkt die Proben entnommen wurden. In der Zellkultur waren bisher alle Langzeitausscheider negativ. Unter den 265 Einsendungen wurden keine SARS-CoV-2-Viren gefunden.</p> <p>! In den Medien wurde z.T. eine 7-Tage-Isolierung von Kranken als ausreichend befunden, jedoch gibt es dafür nicht ausreichend Evidenz. 14 Tage sollten beibehalten werden. Dies wird in die Hinweise zur Testung aufgenommen.</p>	ZBS1  Abt. 1
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Rolle von Aerosolen bei SARS-CoV-2-Übertragung: Es wird um Prüfung aller relevanten Dokumente jeweils durch die federführende Person in Hinblick auf die Rolle von Aerosolen und ggf. um Anpassung der Dokumente gebeten, da Aerosolen eine größere Bedeutung zuzukommen scheint, als noch vor 6 Wochen angenommen.</p>	VPräs
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Update DEMIS, Rolle von SORMAS: Im Gespräch von Herrn Wieler und Herrn Hamouda mit dem Bundesgesundheitsminister wurde der Wunsch nach einer bundesweiten Nutzung von SORMAS geäußert. Von RKI-Seite wurde betont, dass dies viele Dopplungen hinsichtlich der Funktionalität von DEMIS beinhalten könnte und die Schnittstellen aufwändig zu erstellen seien. SORMAS soll aber bundesweit zur Kontaktpersonennachverfolgung eingesetzt werden. Aktuell werden gemeinsam mit dem Helmholtz-Zentrum für Infektionsforschung (HZI) Mittel beantragt.</p>	Abt. 3
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Grenzregime: siehe TOP 8a</p> <p>! Management Kontaktpersonen im Flugverkehr: Ab 16.06.2020 ist die Wiederaufnahme der Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr geplant. Dabei sieht die RKI-interne Empfehlung vor, die direkten Sitznachbarn</p>	FG32

	<p>eines bestätigten Falls als KP1 einzustufen, jedoch die Personen im Gang gegenüber bzw. in den 2 Reihen davor und dahinter als KP2. Die Abweichung von den internationalen Empfehlungen der WHO und des ECDC, alle Passagiere, die in den 2 Reihen vor und hinter einem bestätigten Fall sitzen, als Kontaktpersonen einzustufen, sollte gut begründet sein. Die Evidenz bezüglich SARS-CoV-2-Übertragungen im Flugverkehr ist gering (nur 3 Publikationen bekannt). Die Abweichung von den internationalen Empfehlungen bezieht sich primär auf die unterschiedlichen Maßnahmen je nach Kategorie der Kontaktperson und ist daher vertretbar. Das RKI hat die Kontaktpersonennachverfolgung bis Mitte März als Serviceleistung für GÄ übernommen, danach ausgesetzt, eine Rückdelegation dieser Aufgaben erscheint auch angesichts der Einrichtung der ÖGD-Kontaktstelle nicht vertretbar.</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Dienstag, 02.06.2020, 11:00 Uhr</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.06.2020, 11 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2 Leitung
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Dierke
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
- ! ZBS1

- Janine Michel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Frau Rossmann



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! 6.136.085 Fälle /371.857 Verstorbene</li> <li>! 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.</li> <li>! Steigende Tendenz primär in Südamerika und Nahem Osten; USA zeigt weiterhin eine Zunahme an Fällen sowie neuen politischen Entwicklungen mit anhaltenden Protesten</li> <li>! Karte: 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (basierend auf ECDC-Daten): Mit einer 7-Tage-Inzidenz von &gt;50/100.000 Einwohner sind sichtbar v.a. Brasilien, Peru, Chile, Oman, die Vereinigten Arabischen Emirate, Armenien, Weißrussland und Dschibuti hervor.</li> </ul> <p>Armenien hat große Probleme die Maßnahmen v.a. in den ländlichen Gebieten umzusetzen. In Saudi-Arabien/Oman sind Erkrankungen unter den Gastarbeitern weiterhin problematisch.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ In den USA ist ein Plateau sichtbar und die aktuellen Ausgangssperren, die auf Grund der Proteste verhängt wurden, könnten die Zahlen positiv beeinflussen.</li> </ul> </li> <li>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Russland ein weiterhin sinkender Trend.</li> <li>○ Bangladesch: Über 100 Fälle in Cox's Bazar mit sehr eingeschränkten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Positiv zu werten</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<p>ist das junge durchschnittliche Alter (ca. 20 J), jedoch müssen herrschenden Unterernährung und zahlreiche weitere Erkrankungen berücksichtigt werden.</p> <p>! Länder mit 700-7.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einige Länder zeigen seit einigen Tagen ein Plateau auf, das sollte im Rahmen von Modellierungen nicht möglich sein laut Publikationen.</li> <li>○ Schweden zeigt ein Reff von 1.1 auf und hat sich bei ungefähr 600 Fällen Tag und abnehmender Todesfallzahl eingependelt.</li> <li>○ Armenien zeigt eine Zunahme auf Grund von Problemen der Umsetzung von Maßnahmen.</li> </ul> <p>! Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt; 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auffällig hier Israel, Malawi, Brasilien und Zimbabwe</li> </ul> <p>Übersicht der durchgeführten Tests international wird aktuell von ZIG1 bearbeitet.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> <li>○ DIVI: aktuell auf ITS: 689 Personen , davon beatmet: 378</li> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>FG32</p>
--	---	-------------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen der Bundesländer: Auffällig ist Bremen mit 38 neuen Fällen (Keine Übermittlung am We und Ausbruchgeschehen). Die 7-Tage-Inzidenz in Thüringen auf Grund von Ausbruchgeschehen im LK Sonneberg und umliegenden Gemeinden mit 5,9/100 000 auffällig.</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit seit dem 26.05. kein deutlicher Rückgang sichtbar wie zuvor, aktuell Entwicklung eines Plateaus sichtbar.</li> <li>○ Geographische Verteilung, 7-Tage-Inzidenz: LK Sonneberg fällt als einziger LK in die Kategorie mit 51 bis 100 Fällen/100.000 Einwohner bedingt durch ein Ausbruchgeschehen in einem Pflegeheim auf.</li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: Trend:  103 LK haben keine Fälle übermittelt. Hotspot weiterhin Nord-Bayern.</li> <li>○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen &gt; 50 bzw. &gt; 35 Fälle /100.000: LK Coburg und SK Bremerhaven SK Bremerhaven (auf der Karte schwer sichtbar) berichtet einen Ausbruch in einer Kirchengemeinde wobei noch nicht klar ist, ob die Transmission im Rahmen des Gottesdienstes oder im privaten Kontext stattfand.</li> <li>○ Signalerkennung ist ab dieser Woche möglich, bisher mangelnde Serverkapazität. Hilfe des RKIs zur Ausbruchbekämpfung wird bei Bekanntwerden eines Ausbruchs stets angeboten.</li> </ul> <p><u>Pfingstgemeinde-Bremerhaven:</u></p> <p>Noch keine Rückmeldung seitens der lokalen Behörden.</p> <p><u>Glaubensgemeinschaft Zeugen Jehovas Berlin:</u></p> <p>Heute wurde von einem Ausbruch in einer Glaubensgemeinschaft mit den Zeugen Jehovas in Verbindung stehend mit 17 Fällen im Zusammenhang mit einer rumänischen Gemeinde berichtet. Die Aufklärung und</p>	<p>FG 36</p> <p>Präs/alle</p>
--	---	-------------------------------

	<p>Ausbruchsbekämpfung gestattet sich auf Grund von sprachlichen Barrieren als schwierig.</p> <p><u>Seniorenresidenz in LK Sonneberg:</u></p> <p>Vermutlich Übertragung durch Pflegeheim- MA.</p> <p><u>Gütersloh Fleischverarbeitung:</u></p> <p>Heute in der Epilag wurde ein Ausbruch in Gütersloh mit bisher 26 Fällen, der im Rahmen einer größeren Screeningaktion von fleischerarbeitenden Betrieben in KW 23 in NRW aufgefallen ist, berichtet. In diesem Betrieb sind mehrere Tausend Mitarbeiter auch aus benachbarten Kreisen und NI tätig. 2/26 Fälle gaben Symptome an, ansonsten erfolgten keine Angaben oder die Fälle waren asymptomatisch.</p> <p><u>Einzelne Infektionsfälle in Kitas</u> werden gern von der Presse aufgegriffen und berichtet, jedoch sind keine Übertragungen bzw. große Ausbruchgeschehen bekannt.</p> <p>Ausbruchserkennung erfolgt durch den epidemiologischen Zusammenhang von mehreren Fällen (Gottesdienste) oder beispielsweise war bei einem positiv getesteten Kind die Mutter im Pflegeheim tätig.</p> <p>FG36 erstellt eine Handreichung zur systematischen Erhebung von Informationen über Ausbrüche in Kitas bzw. Ansteckungen bei Kindern um die bestehenden Variablen des Meldesystems besser nutzen zu können.</p> <p>Nach Abstimmung mit FG32 soll diese Idee in der AGI vorgestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbrüche/Beteiligung des RKI</li> </ul> <p>Daten/detaillierte Informationen zu Ausbrüchen tendieren unvollständig zu sein bzw. es dauert lange bis RKI ausführliche Informationen zu Ausbrüchen bekommt. Diese Daten sind wichtig für die Lageeinschätzung, die das RKI machen muss.</p> <p>Einsätze von RKI-Mitarbeitern (v.a. PAE) werden durch K. Alpers, S. Haller, J. Walter koordiniert. Es gibt eine Liste mit Verfügbarkeit von Mitarbeitern, jedoch sind die personellen Kapazitäten eingeschränkt. Die Notwendigkeit der Ausweitung von personellen Kapazitäten am RKI für diese</p>	<p>FG37/alle</p> <p>VPräs/alle</p>
--	---	------------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Arbeit soll dem BMG kommuniziert werden.</p> <p>Amtshilfeersuchen müssen von den Ländern offiziell an das RKI gestellt werden. Beispielsweise hat sich das HLPUG positiv zu einem Amtshilfeersuchen geäußert, jedoch ist bis heute keines vom Land Hessen gekommen.</p> <p>Göttingen hat zu Ausbruchsbekämpfung Containment Scouts angefragt. Da aktuell keine verfügbar sind, wird die Hilfe des RKIs im Rahmen einer Amtshilfe angeboten.</p> <p>Es soll eine Arbeitsgruppe von Epidemiologen und Statistikern (FG übergreifend) eingerichtet werden, die sich die bereits vorhandenen Daten (Meldedaten etc.) gezielt anschauen und auswerten. Eine Gruppe zu Modellierung besteht bereits.</p> <p>Selbsteinschätzung WHO/ECDC</p> <p>Analyse des Anteils zum Cluster gehörenden Fälle sowie der Anteil der Fälle, die auf eine community transmission hinweisen ist noch in Arbeit.</p> <p>Dispersion parameter <math>k</math> wird von M. an der Heiden berechnet. Diese Woche findet ein Treffen mit Hr. Funk (Mitautor der Publikation zu dispersion parameter <math>k/K</math>-Wert) statt, dieser könnte als externer Experte eingebunden werden.</p>	
2	<p><b>Internationales (ausnahmsweise am 2.06., sonst nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Brief des regionalen Direktors WHO-EURO mit Bitte der Unterstützung von Tadschikistan wird aktuell mit BMG bearbeitet und es findet die Organisation statt um der Bitte nachzukommen.</li> <li>! Es laufen zahlreiche serologische Studien mit unterschiedlichen Partnern (in unterschiedlichen Durchführungsstadien) und es wird sich proaktiv um die Koordination bemüht mit ggf. extra Ressourcen.</li> <li>! ZIG4 erweitert bestehende Webinare zu PCR-Testung auf Grund von Bedarf um Webinare zu serologischer Testung in Zusammenarbeit mit WHO AFRO und African CDC.</li> <li>! Es wird sich aktuell darum bemüht dem Hilfeersuchen der</li> </ul>	ZIG

	<p>Stadt Manaus (Brasilien) in Zusammenarbeit mit der Charité nachzukommen.</p> <p>! Es kommen weiterhin Anfragen zu Bewertung von Reisewarnungen beispielsweise seitens des AA, diese werden sehr zurückhaltend beantwortet, da es bereits eine offizielle Stellungnahme/Bewertung des RKI dazu gibt.</p>	
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> Hr. Schmich aus Zeitgründen nicht anwesend</p>	
4	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>TODO: FG14 stellt die Publikation zu "Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis" von Chu et al. vor <a href="https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext">https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31142-9/fulltext</a></p>	VPräs
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Angesichts der sinkenden Fall- und Todesfallzahlen soll eine Anpassung der Risikobewertung erfolgen. Es soll weiterhin möglichst differenziert auf die erhöhte Wahrscheinlichkeit der Ansteckung bei Nicht-Einhaltung der Regeln, Situationen in Gruppen in geschlossenen Räumen mit längerer Aufenthaltszeit mit erhöhter Gefahr der Aerosolbildung hingewiesen werden. Es soll betont werden, dass die Regeln trotz Änderung der Risikobewertung weiterhin gelten.</p> <p>Hr. Wieler hat evt. diese Woche eine Pressekonferenz mit Hr. Spahn, daher soll es diese Woche vorbereitet werden.</p> <p>TODO: LZ erstellt bis morgen einen Vorschlag</p>	VPräs/alle
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! BMG-Video zu Aerosol (ca. 10 min lang, daher nicht gezeigt) Frage nach Änderung der Kommunikationsstrategie, da die Abstandsregel im Video hinterfragt wird. Rolle der Aerosole ist weiterhin nicht abschließend geklärt, es soll weiterhin an Tröpfcheninfektion als Hauptübertragungsweg und Abstand von 1,5m festgehalten werden. FG32 teilt das Video mit dem Krisenstab.</p> <p>! FAQ sollen um die Rolle von Aerosolen und mögliche/notwendige Maßnahmen ergänzt werden TODO: Presse mit FG36 und FG14 erstellen eine neue FAQ zu Aerosolen</p> <p>! Frage nach bekannter wissenschaftlicher Literatur zu Vergleichen von Häufigkeit und Vorkommen von psychischen Erkrankungen im Zusammenhang mit Quarantäne/Isolierung und/vs. neurologischen Spätfolgen/Residuen nach COVID-19 Erkrankungen. Aktuell sind keine Studien dazu bekannt.</p>	<p>FG32/BZgA</p> <p>VPräs/Presse</p> <p>BZgA/alle</p>
7	<b>Neues aus dem BMG</b>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! SORMAS soll flächendeckend in Deutschland ausgerollt und möglichst in DEMIS integriert werden. Es findet heute Nachmittag eine TK mit BMG und HZI dazu statt.</p>	AL3
8	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>Gruppe Re/Deeskalation (FG36/ZIG) stellt am Freitag im Krisenstab die Weiterentwicklung der Strategieergänzung vor.</p>	Presse/ZIG/F G36
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Das Dokument zu Kontaktpersonenmanagement wird angepasst. Kontaktpersonen Kat. 1(KP1) sollen vor dem Vorliegen des Testergebnisses isoliert werden. Dieses Vorgehen ist so bereits im Text beschrieben, jedoch nicht in der Tabelle sichtbar.</p> <p>! Dokument zu Umgang bzw. Testung von leicht erkrankten Menschen, die ambulant im Alten/Pflegeheim versorgt werden, soll bzgl. der Empfehlung der Testung nach Ablauf von 14 Tagen und bei Beschwerdefreiheit angepasst werden. Frage nach einem ähnlichen Vorgehen wie bei ambulant versorgten leicht erkrankten Fällen (keine weitere Testung nach 14 Tagen bei Beschwerdefreit) muss diskutiert werden, das es sich hier um eine Umgebung mit Risikopersonen handelt. FG37, IBBS und AL1 tauschen sich über mögliches Vorgehen/Empfehlung aus.</p>	FG36  FG37/IBBS/A L1
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Corona-Monitoring: 1208 Proben insg.; 2 Proben grenzwertig positiv, neue Proben angefordert.</p> <p>! HCW-Studie: Keine Abstriche mehr zu erwarten, ab morgen nur noch serologische Testung.</p> <p>! Insgesamt: 432 Proben, 60 positiv. Externe Einsender zur Nachttestung bei unklarem Ergebnis.</p> <p>! Primärdiagnostik: 47/359 positive Proben (13%) letzte Woche</p> <p>! Aktualisierung der Hinweise zu Testung soll heut nach Abstimmung mit dem Erregersteckbrief um Widersprüche in den Dokumenten zu vermeiden online gestellt werden.</p> <p>! Konkretes Rechenbeispiel zu „Number needed to test“ um einen weiteren Fall zu verhindern steht noch aus.</p>	ZBS1     AL 1  VPräs/FG32
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>!</p>	
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>!</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>!</p>	

14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !	
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	
16	<b>Wichtige Termine</b> ! 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	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.06.2020, 11:00 Uhr	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

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

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

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







VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Austausch, vor Ort wurden alle notwendigen Maßnahmen ergriffen, Hilfe vom RKI wurde angeboten, es gab dazu jedoch keine Reaktion.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berlin: Ausbruch unter Zeugen Jehovas, durch Sprachbarrieren kompliziert</li> <li>▪ LK Sonneberg: Ausbruch in Seniorenresidenz, Unterstützung durch Hr. Eckmanns und Bundeswehr</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analyse der Ausbruchsettings: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kleinere Ausbrüche v.a. im privaten Haushalt.</li> <li>▪ Größere Ausbrüche in Alten/Pflegeheimen, im privaten Haushalt bzw. im KH.</li> <li>▪ Die Darstellung soll über die Zeit erfolgen, damit man Veränderungen sehen kann.</li> </ul> </li> <li>○ Exposition zu bestätigtem Fall: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Fälle mit Ausbruchs-ID: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ ECDC-Karte: Karte beruht auf eigener Einschätzung der Länder. Frankreich hat einzelne Regionen an der Atlantikküste anders klassifiziert (Cluster statt Community Transmission). In DE gibt es ebenfalls große regionale Unterschiede (MV vs. BY). Man könnte auch für DE überlegen einzelne BL anders zu</li> </ul>	
--	--	--

	<p>klassifizieren. Die Auswertung der Ausbrüche/sporadischen Fälle ist dazu notwendig. (siehe auch TOP8 Strategie Fragen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersverteilung nach Meldewoche: In den Meldewochen 15/16 war das Alter der Fälle relativ hoch, inzwischen wieder jüngere Personen (eher arbeitstätige Bevölkerung, (Schlachtbetriebe, Postzustellzentren) und kirchliche Gemeinden).</li> <li>○ Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtung: Angabe sagt nichts darüber aus, ob sich Fälle in diesem Setting angesteckt haben. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betreut in Pflegeeinrichtungen (rosa), in Meldewoche 17/18 viele Fälle, inzwischen zurückgegangen.</li> <li>▪ Lebensmittel-Bereich (orange), v.a. Schlachthofmitarbeiter</li> <li>▪ HCW (hellblau/-lila): Anteil geht zurück</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Expositionsort Ausland: Steigt langsam an (55 von 1800 Fälle), sollte beobachtet werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Testverzug ist wieder zurückgegangen, in knapp unter einem Tag liegt das Ergebnis i.d.R. vor.</li> <li>▪ In dieser KW etwas mehr Testungen, Vorwoche (KW 21) Rückgang aufgrund des Feiertags/Brückentags</li> <li>▪ Anteil der pos. Testungen ist weiter zurückgegangen.</li> <li>▪ Anteil der pos. Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag: Generell liegen positive Befunde schneller vor als negative. Der sichtbare Peak stammt aus NI (und kann mit Geschehen in Göttingen/Hannover erklärt werden)</li> <li>▪ Bei den BL sieht man einen rückläufigen Trend – bis auf</li> </ul> </li> </ul>	<p>AL3</p> <p>FG37</p>
--	--	------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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

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

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	05.06.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG1
  - Basel Karo

- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Irina Czogiel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 423"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 492"><b>International</b></p> <p data-bbox="331 528 1007 560">Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="427 589 970 620">! 6.475.644 Fälle / 386.544 Verstorbene.</li> <li data-bbox="427 651 1193 790">! 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.</li> <li data-bbox="427 822 1209 1023">! 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.</li> <li data-bbox="427 1055 1209 1637">! 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.</li> <li data-bbox="427 1668 1209 2040">! Im Krisenstab wird diskutiert, welche Schlussfolgerungen aus der Massentestung gezogen werden können. Es ist unklar, ob die positiven Fälle nachuntersucht wurden; selbst bei einer Doppeltestung seien die PCR-Ergebnisse nicht ausreichend sicher; eine sichere Aussage zu falsch-positiven oder falsch-negativen Ergebnissen fehlt. Pooling-Verfahren gelten bis zu einer Größe von 20 als machbar, in einem Lancet Papier wird dies näher ausgeführt. Eine serologische Testung wäre ggf. sinnvoll gewesen. Es wird darauf hingewiesen, dass die Massentestung in Zusammenhang mit großer Angst vor</li> </ul>	ZIG1





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gleichzeitig auf den Amtsarzt verwiesen, der weniger „strategische Beratung“ als „helfende Hände“ gebrauchen könnte. Der Amtsarzt hat Unterstützung letztlich abgelehnt und darauf verwiesen, dass bereits 2 Containment Scouts vor Ort seien, weitere 3 hinzukämen und weitere Mitarbeitende aus der Verwaltung hinzugezogen worden seien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sonneberg: Tim Eckmanns war am 03.05.2020 mit Frau Bender (PAE) zur Unterstützung vor Ort. Die Lage ist durch Ausbrüche, z.T. landkreis-übergreifend, geprägt, insbesondere auch durch einen Ausbruch in einer RegioMed-Klinik mit vielen infizierten Mitarbeitenden. Der dort tätige Hygieniker hat nach Angaben des Gesundheitsamts und des Landrats die Lage nicht im Griff und kümmert sich nicht. Das Problem in Sonneberg ist z. T. struktureller Natur: die Amtsärztin ist seit einigen Jahren krank, ihre Stellvertretung ist ebenfalls ausgefallen, die Stelle ist bisher erfolglos ausgeschrieben, die Arbeit lastet auf einem kompetenten, aber inzwischen überlasteten Hygieneinspektor. In einem betroffenen Altenpflegeheim sei ein Mitarbeiter trotz Symptomen zur Arbeit erschienen, dort sind 13 Bewohner und insgesamt 6 Mitarbeitende positiv getestet worden. Kontakt mit der Universität Jena wurde aufgenommen.</li> </ul> <p>! Level of Transmission: Das ECDC wünscht eine Angabe des Level of Transmission auf subnationaler Ebene. Slowenien und Kroatien weisen bereits sporadische Transmission aus, Frankreich und Portugal haben für bestimmte Regionen eine Cluster-Übertragung angegeben. Seitens des HSC ist eine dauerhafte Beibehaltung dieser Klassifikation nicht wahrscheinlich. Für Deutschland stellt sich jedoch aktuell die Frage, inwiefern die Meldedaten für die entsprechende Eingruppierung der Bundesländer herangezogen werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für die Bundesländer wird die Anzahl der Fälle mit Kontakt zu bestätigtem Fall oder Ausbruchs-ID sowie deren Anteil für die KW21 dargestellt. In Mecklenburg-Vorpommern liegt der Anteil bei 100%, was auf ein Meldeartefakt zurückzuführen ist; die Ausbruchsreferenzdefinition soll dazu angepasst werden. Insgesamt zeigt sich eine große Heterogenität. Diese lässt sich z.T. auf unterschiedliche Software-Produkte zurückführen, so werden in HH und SN, wo Octoware zum</li> </ul>	FG32 / alle
--	--	-------------

	<p>Einsatz kommt, nur Ausbruchsgeschehen berücksichtigt; allerdings ist die Vollständigkeit der Daten auch in Bundesländern, die ausschließlich SurvNet nutzen, auch nicht immer hoch (z.B. HB). Es ist unklar, welche Kriterien für die Cluster Transmission herangezogen werden sollen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ In 60% der Fälle liegt eine Zugehörigkeit zu einem Cluster oder zu einem bestätigten Fall vor, jedoch sind die Daten unvollständig. Hinweise, dass die Daten seitens der Gesundheitsämter nachgetragen werden sollen, erfolgen wöchentlich. Es wird vorgeschlagen, dass die Datenvollständigkeit an die GÄ stärker im Sinne eines Benchmarking herangetragen wird. Die GÄ sollten nicht bloßgestellt werden, jedoch könnte man über Angabe eines bundesweiten und bundesland-spezifischen Durchschnitts zur Datenvollständigkeit Anreize geben, dass diese Daten verstärkt nachgetragen werden.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Testungen: Insgesamt sind knapp 4.350.000 Testungen auf SARS-CoV-2 durchgeführt worden. In der letzten Woche lag die Positivenrate bei 1%. Mehrfachtestungen sind zu berücksichtigen. Die Kapazitäten sind angestiegen, ein geringer Rückstau von Proben wurde dokumentiert. Hinsichtlich der Mehrfachtestung einer Person zeigt sich im Rahmen von ARS, dass sowohl einige zunächst negativ getestete Personen im Verlauf positiv wurden als auch einige positiv getestete im Verlauf negativ getestet wurden. Dies gleicht sich ungefähr aus.</p>	
--	--	--





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Im Rahmen des Kapazitätenmonitoring ist eine neue Mitteilung aus SK Wiesbaden eingegangen, allerdings sind die dortigen Fallzahlen nicht stark erhöht; ggf. handelt es sich um eine primär politisch motivierte Anzeige.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nach Anfrage von WHO-Euro wird aktuell eine Scoping Mission unter Beteiligung von ZIG (Jan Baumann, ZIG4) und Public Health England in Tadschikistan geplant, bei der Polen mit einem Militärflugzeug unterstützt. Die Fallzahlen in Tadschikistan sind niedrig, aber die dortige Regierung hat umfassend um Hilfestellung gebeten.</p> <p>! Hinsichtlich serologischer Studien gibt es viele Aktivitäten. Ein Study Coordinator soll eingestellt werden, dazu laufen Gespräche mit Abt. 2. Aus dem AA in Namibia ist heute eine Anfrage bezüglich des Aufbaus von Kapazitäten zur serologischen Testung eingegangen. In einem Rückkehrerflug sollen Materialien mitgeführt werden, lokale TV-Coverage ist geplant.</p> <p>! Aktuell stehen Verhandlungen mit dem BMG bezüglich GHPP (Projekt wird um 1 Jahr verlängert) und bezüglich eines Corona-Global-Pakets für 2020-2021 an.</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>! An dem Veröffentlichungsdatum vom 15.06.2020 für die Corona-Warn-App soll festgehalten werden. Dafür ist in den nächsten Wochen fachliche Unterstützung notwendig, insbesondere hinsichtlich der Einbindung der Gesundheitsämter. Am kommenden Dienstag soll die Corona-Warn-App in der AGI thematisiert werden. Die Abstimmung sei z.T. schwierig, das Projekt wird nicht ausreichend priorisiert. Herausgeber der Corona-Warn-App wird das RKI sein, jedoch besteht der Eindruck, dass das BMG den Prozess bestimmt. In die anstehende Medienkampagne zur App ist Abt. 2 nicht eingebunden.</p> <p>! Die Priorisierungsproblematik ist gut bekannt, vielfach bestehen konkurrierende Arbeitsaufträge (Corona-Warn-App, SORMAS, DEMIS, Impfkonzeptherstellung), die von den jeweiligen Referaten als oberste Priorität ans RKI herangetragen werden. Darauf kann seitens des RKI kein Einfluss genommen werden.</p> <p>! Es wird darauf hingewiesen, dass die Corona-Warn-App die lokalen Gesundheitsbehörden direkt über gehäufte Anfragen betreffen wird, so dass ein Austausch mit den Ländern dringend erforderlich erscheint.</p> <p>! Die Einführung einer Pilotphase war bereits zu einem früheren Zeitpunkt angeregt worden. Auch wenn die App jetzt bundesweit gleichzeitig starten soll, wäre eine Pilotphase mit sich</p>	FG21  alle

	<p>anschließender Evaluation weiterhin denkbar. Weder Pilotphase noch Evaluation sind aktuell vorgesehen.</p> <p>! Es wird angeregt, ein Konzept zum Krisenmanagement hinsichtlich der Corona-Warn-App zu erstellen.</p> <p><i>ToDo: FG21 bereitet Informationen zur Corona-Warn-App für die AGI vor. Abt. 3 bespricht mit Leitung Kapazitäten für Unterstützung bezüglich Corona-Warn-App. Die Corona-Warn-App soll im nächsten Krisenstab erneut diskutiert werden.</i></p>	
4	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>! Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review (Chu et al., Lancet)</p> <p>Der Review basierend auf einer systematischen Literaturrecherche von Studien im Gesundheitswesen (Zeitraum von 2003 bis Mai 2020) stützt bisherige Erkenntnisse zu Abstandsregeln, Nutzung von Gesichtsmasken und Augenschutz.</p> <p>Mindestens 1 Meter Abstand, besser 2 Meter wären sinnvoll (moderate Evidenz). Ein Augenschutz hatte in health care settings einen leichten zusätzlich protektiven Effekt.</p> <p>! Die WHO gibt heute neue Empfehlung heraus, die sich mit Masken befasst (Patienten und Angestellte sollen MNS im KH tragen).</p>	<p>FG14</p> <p>Präs</p>
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Braucht die aktualisierte Version (Herunterstufung) noch eine eingehendere fachliche Begründung?</p> <p>Der Krisenstab stimmt der neuen Risikobewertung prinzipiell zu. Die geeignete begleitende Kommunikationsform (Tweet oder Pressemitteilung) wird noch diskutiert. Es erfolgt noch Rücksprache mit dem BMG.</p> <p><i>ToDo: Hinsichtlich der Risikobewertung soll weitere Rücksprache mit dem BMG erfolgen. ZIG1 erstellt Vergleich mit Risikobewertungen des ECDC und anderer Länder (Aufgabe ID 1289).</i></p>	<p>alle</p>
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Aktuell gehen viele Anfragen zu Schulschließungen ein, dabei wird auf vorliegende Dokumente verwiesen.</p> <p>! Es gab technische Probleme mit der Europa-Karte auf der Webseite, die inzwischen behoben werden konnten. Auffällig ist, dass die 7-Tage-Inzidenz in Schweden den Wert von 50/100.000 Einwohner überschreitet.</p> <p>! Am 15.06.2020 ist eine große Pressekonferenz zur Vorstellung der Corona-Warn-App geplant, dies war auch ursprünglich für die Kommunikation der neuen Risikobewertung vorgesehen. Der Krisenstab hält die Veröffentlichung der neuen Risikobewertung</p>	<p>Presse</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	in diesem Rahmen für wenig passend und schlägt eine frühere Veröffentlichung vor.	
<b>7</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das Einreiseregime ist weiterhin bestimmend, auch im interministeriellen Krisenstab. Ein Dokument mit Bezug auf Deutschland/Frankreich ist in der Ressortabstimmung und könnte ggf. als Vorlage für die EU dienen.</li> <li>! Ziel ist, dass Parameter für das Einreiseregime auf EU-Ebene erstellt werden, wobei weiterhin unklar ist, welche Parameter dies sein sollen.</li> <li>! 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.</li> <li>! Das Thema Rekonvaleszenzseren ist durch die deutsche Botschaft in Bolivien erneut an das BMG herangetragen worden. Das BMG ist im Austausch mit dem Lagezentrum, um eine Antwort abzustimmen; dazu soll die Pressestelle eingebunden werden.</li> <li>! 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.</li> <li>! Hinsichtlich des Papiers zu den Gemeinschaftsunterkünften ist bisher keine Rückmeldung aus dem BMG eingegangen. Zwischenzeitlich sollte die Migrationsbeauftragte direkt eingebunden werden, dies ist aktuell nicht mehr gewünscht. Es wird von BMG-Seite geklärt, wann Rückmeldung zu erwarten ist.</li> <li>! 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.</li> </ul>	<p>Frau Czogiel/ Frau Andernach</p> <p>FG32</p>
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>Strategie COVID-19-Response</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In der AG Deeskalation sind Überlegungen zu möglichen Szenarien, Handlungsempfehlungen und Maßnahmen bis April 2021 in einem Strategiepapier zusammengestellt</li> </ul>	ZIG

	<p>worden. Ziel ist, die Fallzahlen so niedrig wie möglich zu halten. Eine 2. Welle wird nicht aktuell, sondern eher ab Oktober erwartet.</p> <p>! Im Rahmen der Empfehlungen werden 6 Bereiche herausgestellt, nämlich 1) die Prävention von Infektionen, 2) die Stärkung der Kapazitäten des Gesundheitssystems (inklusive barrierefreiem Zugang zu Testungen und medizinischer Versorgung sowie langfristiger Stärkung des ÖGD, dabei ist zu beachten, dass die 1. Kohorte der Containment Scouts zu Oktober voraussichtlich ausscheiden wird); 3) Veränderung der Verhältnisse, z.B. regulatorische Maßnahmen in Flüchtlingsheimen denkbar oder Anpassungen im Arbeitsbereich; 4) Kommunikation; 5) Überwachung und Unterstützung des Verlaufs der Epidemie (z.B. durch Nutzung der Parameter, die in früheren Arbeiten zur Deeskalation und Reeskalation beschrieben wurden); 6) Mobilität in Deutschland, der EU und weltweit (u.A. Testung und medizinische Versorgung unabhängig von Dokumentation und Versicherungsstatus; Mobilitätsdaten als Grundlage für gezielte Unterstützung bestimmter Regionen).</p> <p>! Es wurden Forschungsfragen identifiziert, die im Rahmen systematischer Reviews zeitnah bearbeitet werden könnten, dazu laufen bereits Gespräche in ZIG2. Themen sind: die Effektivität von Maßnahmen, die Rolle von Superspreadern oder superspreading events, die Rolle von Kindern und Jugendlichen, Saisonalität von COVID-19, Grenzöffnungen und Mobilität, Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung.</p> <p>! Es wird diskutiert, inwiefern die Angabe eines Endpunktes (Impfstoff vorhanden? Therapeutikum vorhanden?) möglich bzw. sinnvoll erscheint. Mit der Verfügbarkeit eines Impfstoffs oder Therapeutikums ist die Pandemie jedoch nicht beendet, sondern neue Aspekte z.B. Impfstoffverteilung rücken in den Vordergrund.</p> <p>! Es wird vorgeschlagen, die Stärkung des ÖGD stärker zu betonen. Angesichts der in Ausbruchsgeschehen gewonnenen Erkenntnisse liegen lokal häufig strukturelle Mängel vor (kein Amtsarzt, schlechte Ausstattung), die die Durchführung von Infektionsschutzmaßnahmen erschweren.</p> <p>! Aus klinischer Perspektive ist anzumerken, dass die Spitzenbelastung und damit Überlastung der Intensivkapazitäten vermieden werden sollte. Zudem sollte eine Abwägung zwischen epidemiologischen und sozialen Effekten erfolgen; die Kollateralschäden bzw. die Gesamtgesundheit sollten stärker beleuchtet werden. Eine Erörterung der Infektionsdosis und des klinischen Outcomes wäre auch relevant. Zudem lässt sich eine zukünftige Influenzawelle von einer 2. COVID-19-Welle im kommenden Winter nicht entkoppeln; daher sollte die Grippeprävention besonders stark thematisiert werden.</p> <p>! Es wird angeregt die Überschrift „Strategie Covid 19</p>	<p>Alle</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Response“ zu überdenken, ggf. eher Handlungsfelder für ein Leben mit SARS-CoV-2 beschreiben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weiteres Feedback wird begrüßt.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>Umgang mit Datenjournalisten-Anfragen und Nachfragen zum IfG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ein Datenjournalist des NDR hat alle Nowcasting-Ergebnisse und Berichte an die Bundesländer unter Berufung auf das Informationsfreiheitsgesetz (IFG) angefordert. Die Bundesländer wünschen jedoch keine Veröffentlichung. Es wird angefragt, welche Dokumente gemäß IFG herausgegeben werden. Herr Mehlitz hat bereits signalisiert, dass das IFG weitgehende Rechte einräumt.</li> <li>! Grundsätzlich sind sämtliche Dokumente herauszugeben, solange keine personenbezogenen Daten oder andere Ausnahmetatbestände vorliegen. Es wird diskutiert, ob laufende Projekte (da noch keine Endprodukte) bereits herausgegeben werden müssen. Eine grundsätzliche Klärung wird vom Krisenstab für notwendig erachtet, auch in Hinblick auf zukünftige Berichterstattung und interne Dokumente. Dafür ist L1 zuständig. Entsprechende Anfragen wurden bisher von L1 beantwortet mit Zuarbeit aus den jeweiligen Fachgebieten. Die automatische Abwesenheitsnotiz auf Bürgeranfragen sorgt ggf. für weitere Anfragen nach IFG.</li> </ul> <p><i>ToDo: Herr Schaade spricht mit Herrn Mehlitz bezüglich Umgang mit IFG-Anfragen.</i></p>	<p>Matthias an der Heiden</p> <p>VPräs/alle</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nowcasting/R Bericht für die Bundesländer (R nicht mehr ausweisen bei kleinen Fallzahlen in den letzten 8 Tagen, da dann evtl. irreführend) <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG34</p>

	<p>für die Wiederaufnahme der Berechnung der beiden Werte genannt werden, die, um ein zu häufiges Aufnehmen und Aussetzen der Berechnung zu verhindern, höhere Schwellen beinhalten sollten. Wichtig wäre ein systematischer Ansatz. Der Ansatz wird vom Krisenstab für sinnvoll erachtet.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob die Ausgabe beider R-Werte weiterhin sinnvoll ist. Ein Wechsel zum 7-Tage-Wert wäre erst dann gut zu kommunizieren, wenn beide Werte unter 1 liegen. Die Kriterien für die Aussetzung bzw. Wiederaufnahme der Berechnung als auch die etwaige Beschränkung auf den 7-Tage-R-Wert wären im Lagebericht zu beschreiben.</p> <p><i>ToDo: Leitung klärt, ob die Berichterstattung auf einen R-Wert beschränkt werden kann.</i></p> <p>! Hygienedokument angepasst / Aerosole</p> <p>Das Dokument wurde mit Frau Gastmeier (Charité) abgestimmt. Der Krisenstab stimmt der Veröffentlichung zu.</p> <p>! Anpassung des Steckbriefs</p> <p>Der Steckbrief wird Anfang nächster Woche nochmals zirkuliert, überarbeitet und voraussichtlich am kommenden Donnerstag publiziert. Um eine Diskrepanz mit anderen Dokumenten auf der Webseite zu vermeiden, werden kleine Änderungen zur Inkubationszeit und Zeit der infektiösen Phase bereits zwischenzeitlich angepasst.</p> <p>Es wird vorgeschlagen, den Rhythmus der Aktualisierung auf 14-Tage zu verlängern. Der Krisenstab stimmt diesem veränderten Rhythmus zu.</p>	<p>FG14</p> <p>FG36</p>
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Reihentestung: <i>nicht besprochen</i></p> <p>! Im Rahmen der Health Care Worker Studie sind 459 Seren eingegangen, weitere werden erwartet. Bisher wurden nur wenige positive Proben gefunden, Nachtestungen der positiven Proben sind geplant. In der Corona-Monitoring-Studie waren alle Proben negativ. Insgesamt sind diese Woche 300 Proben eingegangen, die Positivenrate ist gesunken.</p> <p>! Bei FG17 sind 228 Einsendungen eingegangen, davon 4 RSV positiv, kein Sars-Co-V-2 Nachweis.</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr ab 16.06.2020 geplant. <i>Diskussion auf 08.06.2020 vertagt.</i></p> <p>! GA Frankfurt und GA Düsseldorf erstellen Vorschlag für Umgang mit akut respiratorisch Erkrankten am Flughafen bzw. für eine bundesweite Regelung zum Tragen von chirurgischem Mund-Nasen-Schutz im Flughafen zur Vorlage an AGI. <i>Diskussion auf 08.06.2020 vertagt.</i></p>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Die Reduktion des RKI-Outputs wurde bisher nicht mit BM Spahn besprochen. Die Herabstufung der Risikobewertung bietet ein gutes Argument, um die Berichterstattung herunterzufahren. Das BMG hat bereits einige Inhalte benannt, die weiterhin täglich zu berichten sind.</p> <p><i>ToDo: FG32 erstellt Beispiel für verkürzten Lagebericht und stimmt diese Vorlage mit BMG ab, so dass ggf. bereits für das Wochenende vom 13./14.06.2020 eine verkürzte Fassung ausreichen würde.</i></p>	FG32/Präs/ alle
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 08.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	08.06.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Madlen Schranz
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! ZIG1



- Basel Karo
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Irina Czogiel



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 423"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 492"><b>International</b></p> <p data-bbox="331 528 1010 560">Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="427 591 1198 792">! 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.</li> <li data-bbox="427 824 1198 1025">! 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.</li> <li data-bbox="427 1057 1198 1294">! 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.</li> <li data-bbox="427 1326 1198 1742">! 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.</li> <li data-bbox="427 1774 1198 1975">! Für die allgemeine Bevölkerung in Gebieten mit „community transmission“ und bei fehlender Möglichkeit zur physischen Distanzierung wird das Tragen einer medizinischen Maske für Personen mit einem höheren Risiko und Personen mit respiratorischen Symptomen empfohlen.</li> <li data-bbox="427 2007 1198 2033">! Nicht-medizinische Masken werden für die allgemeine</li> </ul>	ZIG1

	<p>Bevölkerung in Gebieten mit „community transmission“ und fehlender oder eingeschränkter Möglichkeit der physischen Distanzierung sowie in Settings mit hoher Bevölkerungsdichte empfohlen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die WHO empfiehlt eine Zusammensetzung der Masken aus mindestens 3 Schichten. Verschiedene Materialien werden hinsichtlich ihrer Filtrationseffizienz und Qualität beschrieben.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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).</li> <li>! 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.</li> <li>! Prof. Rösler führt Versuche mit einer Aerosol-Kammer in einem Hamster-Modell durch; die Ergebnisse können für weitere Überlegungen ggf. nützlich sein.</li> <li>! Die Ergebnisse der TU Berlin zur Verteilung der Aerosole im Raum sollen zeitnah zirkuliert werden.</li> <li>! Eine Maskenpflicht in Schulen könnte ggf. die Influenza-Last im Winter reduzieren.</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>FG14/FG36/ alle</p>
--	--	----------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>für eine Maske würden für viele Patienten z.B. einen zu hohen Atemwiderstand ergeben. Der Krisenstab spricht sich dagegen aus, konkrete Empfehlungen zum Aufbau nicht-medizinischer Masken zu geben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG14 stellt die Empfehlung der Bundes-Zahnärztekammer zur Verfügung.</i></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> <li>! Die Schwankungen des R-Werts der letzten Tage sind bei niedrigen Fallzahlen wenig aussagekräftig.</li> <li>! DIVI: 540 Personen aktuell auf ITS, davon beatmet: 316</li> <li>! Der rückläufige Trend hält an, alle Bundesländer übermitteln Fallzahlen im 2-stelligen Bereich bezüglich der Differenz zum Vortag. Die in MV nach Gottesdiensten aufgetretenen Fälle sind noch nicht sichtbar.</li> <li>! Die 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum zeigt einen abfallenden Trend.</li> <li>! 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</li> </ul>	FG32
--	---	------

Zusammenhang. Das Geschehen in Göttingen ist ebenfalls bekannt. Die hohe Inzidenz im LK Coburg ist im Zusammenhang mit dem Ausbruchsgeschehen im Nachbarkreis LK Sonneberg zu sehen. Das Amtshilfeersuchen bezüglich des Ausbruchsgeschehens in Göttingen wurde zurückgezogen; sollte wider Erwarten weiterer Unterstützungsbedarf bestehen, würde sich der Amtsarzt melden.

! Aktuelle Ausbrüche:

- Bremerhaven: Das GA ist bereit, bestimmte Daten zur Verfügung stellen, wenn dies mit wenig Mehraufwand verbunden ist. Zusätzlich wurde der Wunsch nach einer Aufbereitung des kreisübergreifenden Ausbruchs geäußert; gleiches gilt für den Ausbruch in Frankfurt. Es wird angeregt, dass sich die ÖGD-Kontaktstelle diese Aufgaben im Verlauf übernimmt.
- Viele Ausbrüche sind im Kontext religiöser Veranstaltungen (Pfingsten, Gottesdienste, Zuckerfest) einzuordnen. Außerdem gibt es weiterhin Ausbrüche in Logistikzentren, in fleischverarbeitenden Betrieben und unter Erntehelfern.

! Inanspruchnahme Notaufnahmen:

! Das neue Berichtsformat enthält Angaben zur Datengrundlage (aktuell 10 Notaufnahmen in 5 Bundesländer mit ca. 30 bis 260 Kontakten pro Tag), zum zeitlichen Verlauf mithilfe eines 7-Tage gleitenden Durchschnitts (ab Mitte März ist ein 30 bis 45%iger Abfall der Vorstellungen ersichtlich, seit Mitte April leichter Anstieg, aber nicht auf Ausgangsniveau), zur Altersverteilung (der abfallende Trend ist in allen Altersgruppen ersichtlich), zur Dringlichkeitseinschätzung (deutlicher Abfall bei 3. und 4. Dringlichkeitsstufe der Vorstellungen) und zu nach CEDIS-kodierten Vorstellungsgründen (kardiovaskuläre und neurologische Vorstellungsgründe mit starkem Rückgang verbunden).

! Die Veröffentlichung ist einmal pro Woche vorgesehen, ein Teil der Daten soll auch im Lagebericht veröffentlicht werden. Die Erstveröffentlichung ist im Epid. Bull. geplant.

! Es wird angeregt, den Bericht als Nachtrag zu einer schriftlichen Anfrage aus dem Bundestag zu senden.

! Der Krisenstab regt an, den Titel Surveillance



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Monitoring (SUMO) zu überdenken, einerseits weil die Surveillance in den Notaufnahmen nur einen kleinen Teil aller Surveillancebereiche darstellt, andererseits weil die Begrifflichkeiten früher in Zusammenhang mit Abt. 2 (Gesundheitsmonitoring) und Abt. 3 (Surveillance) standen.</p> <p>! Es ist unklar, ob es ab Mitte März vermehrt Vorstellungen im ambulanten Sektor gab oder die Fälle insgesamt erst später eine Notaufnahme aufgesucht oder keine ärztliche Hilfe in Anspruch genommen haben. Aus den vorhandenen Daten der Notaufnahmen lässt sich dies nicht beantworten. Allerdings könnte man über die in der AGInfluenza verfügbare Gesamtzahl aller ambulanten Patienten und über die für ICOSARI verfügbare Anzahl aller vollstationären Patienten ggf. eine Schätzung vornehmen. Diese Gegenüberstellung könnte ggf. in den Bericht aufgenommen werden.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>Corona-Warn-App (Stand, Diskussion)</p> <p>! Starttermin für die Corona-Warn-App ist der 15.06.2020. Es handelt sich um ein Quellcode-offenes Produkt, an dem viele Akteure (SAP, Telekom) beteiligt sind. Angesichts des Zeitdrucks sind einige Punkte, die ursprünglich bereits in der ersten Projektphase umgesetzt werden sollten, vertagt bzw. gestrichen worden. Eine große Herausforderung wird der Umgang mit Bürger- und Presseanfragen sein. Die Telekom wird eine Hotline einrichten. Zum 15.06.2020 werden weder alle Labore noch die GÄ angebunden sein, außerdem werden keine größeren Evaluationsmöglichkeiten vorhanden sein.</p> <p>! Die Corona-Warn-App sieht einen Austausch von Daten (Ort, Zeitpunkt) über Bluetooth bei Treffen von 2 Nutzern, die die App heruntergeladen haben, vor. Wird ein Nutzer im Verlauf getestet, so kann das Testergebnis entweder digital oder manuell (Freischaltung über Call Center) verifiziert und anderen Nutzern mitgeteilt werden. Dabei drucken Labore einen QR-Code aus. Das Testergebnis wird an den Laborserver übermittelt und der Nutzer erhält innerhalb der App die Information, dass er infiziert ist. Dabei muss der Nutzer selbst aktiv nach dem Testergebnis fragen. Dem Nutzer ist freigestellt, das positive Ergebnis über die App</p>	FG21

	<p><b>anderen Nutzern mitzuteilen.</b> Hierfür erhält er zusammen mit dem Laborergebnis eine Pin, um falsche Signalgebungen zu verhindern. Über eine Hotline der Telekom können technische als auch inhaltliche Fragen beantwortet werden. Es sind Schulungen geplant, um diese Hotline mit weiterer Funktionalität auszustatten. Der Kontakt mit den GÄ ist noch nicht im Detail geklärt.</p> <p>! Für die Planung und Umsetzung der 2. Projektphase wird um Unterstützung durch Abt. 3 gebeten. Der technische Stand soll im Krisenstab am 10.06.2020 weiter vorgestellt werden.</p> <p>! Die Seuchenreferenten sollen am Dienstag, den 09.06.2020 im Rahmen der AGI über die Corona-Warn-App informiert werden. Vertreter des BMG-Referats 512 sowie Justus Benzler (FG32) werden an der AGI teilnehmen.</p> <p>! Herr Wieler wird im Laufe der Woche an einer Telefonkonferenz zwischen BM Spahn und GÄ zu diesem Thema teilnehmen.</p>	<p>FG32</p> <p>Präs</p>
<b>4</b>	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Die neue Fassung der Risikobewertung ist fertiggestellt. Die Veröffentlichung soll nächste Woche im Rahmen der großen Pressekonferenz erfolgen, wenn auch die Corona-Warn-App vorgestellt wird. Eine entsprechende Abstimmung zum Zeitpunkt der Veröffentlichung ist heute Vormittag mit Herrn Holtherm erfolgt.</p> <p>! Es wird angeregt, den allgemeinen Satz zur weltweiten Reisewarnung des AA zu streichen.</p>	<p>VPräs/Präs</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Aktuell wird eine FAQ aufgesetzt, die einen Überblick über die aktuell verfügbaren Apps geben soll.</p> <p>! Die BZgA wurde seitens einer Anwaltskanzlei zu einer Stellungnahme bezüglich des von Zeitschriften ausgehenden Übertragungsrisikos aufgefordert. Dabei gehe es um massiv gesunkene Umsätze der Lesezirkel, von denen ca. 2,5 Mio. Arbeitsplätze abhängen. Es wird gefragt, wie diese Anfrage seitens des RKI beurteilt wird. Laut Krisenstab gibt es keinen Nachweis, dass SARS-CoV-2 auf Pappoberflächen 24 Stunden aktiv bleiben kann. Die Empfehlung, Lesezirkel-Zeitschriften einzustellen, kommt aus den Bundesländern.</p> <p>! Es wird gefragt, ob hinsichtlich der Ausbrüche in fleischverarbeitenden Betrieben oder Gemeinschaftsunterkünften eine Erweiterung des Sprachenangebots (Rumänisch, slawische Sprachen, leichte Sprache) geplant ist. Laut BZgA sind bereits Angebote in 13 Sprachen vorhanden, zusätzliche Inhalte sind in Polnisch und Rumänisch sowie in leichter Sprache geplant.</p>	<p>BZgA</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Piktogramme als auch Videobotschaften seien bereits verfügbar.</p> <p>! Am Dienstag, den 09.06.2020 sind im Zeitraum von 16 bis 19:00 Uhr Wartungsarbeiten an der Webseite geplant.</p> <p>! Es wird angeregt, im Situationsbericht eine allgemeine Einschätzung der Lage abzubilden, z.B. im Sinne von „die Zahlen sind weiterhin rückläufig, es gab im Durchschnitt X Fälle pro Tag in den letzten 7 Tagen, die meisten LK haben X Fälle“.</p> <p><i>ToDo: FG32 erstellt einen Vorschlag zur Einschätzung der Situation im Lagebericht.</i></p>	
7	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Das Grenzregime in Drittstaaten bestimmt weiterhin die Agenda, dabei soll die Teststrategie berücksichtigt werden. Angesichts der Situation in Brasilien und anderen Ländern sind keine vergleichbaren Daten verfügbar; selbst auf EU-Ebene erscheint ein daten-basiertes Grenzregime schwierig umsetzbar. Daher wird aktuell der Nachweis eines negativen Befundes bei Einreise als Voraussetzung diskutiert. Dies sei zeitlich von der Visumserteilung entkoppelt. Vielmehr werde eine Testung 48 Stunden vor Anreise, eine Testung an Flughäfen oder eine 14-tägige Quarantäne diskutiert. Viele logistische Fragen seien zu klären, z.B. der Umgang mit Gesundheitszertifikaten in den unterschiedlichsten Sprachen, die Frage der Zertifizierung, die Vermeidung von Warteschlangen bei Testungen an Flughäfen. Herr Rottmann habe darum gebeten, die Thematik in der AGI weiter zu diskutieren.</p> <p>! Eine Quarantäne-Anordnung bei Einreise aus europäischen Ländern mit einer 7-Tage-Inzidenz über 50/100.000 Einwohner sei bisher aus NI bekannt, nicht aber aus weiteren Bundesländern. An einer Quarantäne-Muster-Verordnung wird aktuell gearbeitet.</p> <p>! Seitens des RKI wird betont, dass die AG Flughäfen als auch das RKI sich gegen die Durchführung von Testungen an Flughäfen und ein entsprechendes Entry Screening ausgesprochen haben. Symptomatische Reisende sollten unabhängig von Herkunft und Versicherungsstatus getestet werden können.</p>	Frau Czogiel/ Frau Andernach
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p>	



	<p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>Nicht besprochen.</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>Empfehlung zu Aufnahmeeinrichtungen.</p> <p>! Der vom RKI erstellte Entwurf ist an das BMI weitergeleitet worden und anschließend auf Referentenebene von BMG und BMI geändert worden. Dabei wurden fachliche Empfehlungen des RKI z.T. substantiell verändert. Grundsätzlich ist zu hinterfragen, wie auf ein solches Vorgehen mit fachlichen Empfehlungen des RKI reagiert werden soll. Es wäre denkbar, eine Vorversion zu veröffentlichen oder auf eine Veröffentlichung zu verzichten.</p> <p>! Im BMG war primär das Team 3 unter Frau Ziegelmann involviert, welches die Problematik gesehen habe. Ggf. sollte überlegt werden, 2 Dokumente zu entwickeln: eins für die fachlichen Empfehlungen des RKI und ein zweites für die politischen Entscheidungen, was dann eine politische Ressortabstimmung zwischen BMG und BMI etc. durchlaufen kann. Es wird erwähnt, dass dpa eine Version des Papiers von Anfang Mai über das BMI erhalten und sich nach dem aktuellen Stand erkundigt habe.</p> <p><i>ToDo: Herr Schaade bespricht mit Herrn Rottmann weiteres Vorgehen.</i></p>	FG32/BMG/ alle
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Im Rahmen der Corona-Monitoring-Studie sind bisher aus Kupferzell 1973 Proben kumulativ untersucht worden, davon waren 2 grenzwertig. In der HCW-Studie sind 1167 Proben eingegangen, davon 391 inkl. Abstriche, der Rest entfällt auf ausschließlich serologische Proben. Aus der Routine Diagnostik wurden letzte Woche insgesamt 570 Proben auf SARS-CoV-2 untersucht, davon 50 positiv. Die Corona-Monitoring-Studie wird ab dem 24.06.2020 in einem weiteren Hotspot fortgesetzt.</p> <p>! Bei FG17 sind 221 Einsendungen, davon sind 4 RSV-positiv und 5 Rhinovirus-positiv, es gab keine SARS-CoV-2-Nachweise.</p>	ZBS1  FG17
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung im Flugverkehr ist ab 16.06.2020 geplant. Dabei sollen Reisende 2 Reihen vor und hinter einem bestätigten COVID-19-Falls informiert werden, nur der direkte Sitznachbar gilt als enge Kontaktperson. Dieses Vorgehen soll morgen in der EpiLag vorgestellt werden. Der Krisenstab stimmt dem Vorgehen zu.</p> <p>! GA Frankfurt und GA Düsseldorf erstellen Vorschlag für Umgang mit akut respiratorisch Erkrankten am Flughafen bzw. für eine bundesweite Regelung zum Tragen von chirurgischem Mund-Nasen-Schutz im Flughafen zur Vorlage an AGI.</p> <p>! Dabei ist zu berücksichtigen, dass EASA und ECDC das Tragen eines selbst organisierten chirurgischen Mundnasenschutz (wegen Zertifizierungsprozesses) an Flughäfen empfehlen, dessen Beschaffung an Flughäfen ggf. über Automaten ermöglicht werden soll. In den Bundesländern bestehen abweichende Regeln. Ein bundesweit einheitliches Vorgehen wurde bereits in der AGI diskutiert, aber sehr heterogen eingeschätzt. Der Vorschlag der GÄ DUS und FRAU wird in der AG Flughafen und später erneut in der AGI diskutiert werden.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob unterschiedliche Empfehlungen je nach Verkehrsmittel sinnvoll erscheinen. Die bisherige Unterscheidung zwischen Mundnasenbedeckung für die Allgemeinbevölkerung und Mundnasenschutz für medizinisches Personal ist ggf. leichter zu kommunizieren. Eine Diskrepanz der Empfehlungen auf europäischer Ebene wäre ggf. leichter verständlich als unterschiedliche Verfahrensweisen für Verkehrsmittel in Deutschland.</p>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Es ist geplant, mithilfe eines Fragebogens Feedback zur Wahrnehmung aktueller Arbeitsherausforderungen als auch Anregungen zur Verbesserung der Lagebewältigung am RKI während der COVID-19-Lage zu gewinnen. Die Federführung für den Fragebogen liegt bei Meike Schöll (FG32).</p>	FG32
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! AGI-Sitzung, diverse TKs mit BMG, Krisenstabssitzung BMG - BMI, ...</p>	alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	10.06.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann

- ! BMG
  - Iris Andernach



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen bleiben konstant</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hotspot Lateinamerika mit 30% der Fälle weltweit.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Länder mit über 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brasilien veröffentlicht auf der offiziellen Webseite der MoH keine kumulativen Fallzahlen mehr, es werden nur tägliche Zahlen nach Regionen veröffentlicht.</li> <li>○ In den USA ist seit zwei Wochen wieder ein leichter Anstieg zu verzeichnen. Es gibt einige Bundesstaaten mit stärkerer Tendenz (z.B. Texas)</li> </ul> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starke Tendenz in Bangladesch, Indien und Pakistan, in Bangladesch gab es im Rohingya-Flüchtlingscamp (&gt;1 Mio Menschen) einen ersten COVID-19-Todesfall.</li> <li>○ Im Iran zeigt sich nach den Lockerungen eine zweite Infektionswelle.</li> <li>○ In Schweden gab es in der letzten Woche eine starke Zunahme.</li> </ul> <p>! Länder mit 700 – 7.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen: Bei den europäischen Ländern ist nach 2-3 Wochen Lockerungen kein Anstieg der Fallzahlen sichtbar. Nur in Frankreich gab es einen leichten Anstieg, sie haben laut MoH in einigen Gebieten noch community transmission.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 184.861 (+318), davon 8.729 (4,7%) Todesfälle (+18), Inzidenz 222/100.000 Einw., ca. 170.700 Genesene, Schätzung der Reproduktionszahl (R) = 0,86 (95%-KI: 0,71 – 1,04), Schätzung 7-Tage-R = 0,86 (95%-KI: 0,76 – 0,95), (Stand 10.06.2020)</p> <p>! Nur noch ein BL (NW) mit über 100 neu übermittelten Fällen. Bei kleinen Fallzahlen schnell großer prozentualer Anstieg zwischen Meldewochen sichtbar (vgl. MV).</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! 6 LK über 25 übermittelte Fälle der letzten 7 Tage pro 100.000 Einwohner, nur SK Bremerhaven heute über 35, gestern auch noch LK Göttingen. LK Göttingen hat daraufhin begonnen zu diskutieren welche Maßnahmen ergriffen werden könnten.</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: Der Anteil der Fälle betreut nach §33 IfSG, hat etwas zugenommen. Die Geschehen in den Lebensmittel-Betrieben sind nicht mehr so ausgeprägt. Es gibt aber immer noch viele Fälle mit dem Status unbekannt. Da es sich um die Daten der letzten Woche handelt, kann es sein, dass die Daten noch nachgetragen werden. Es wird regelmäßig in der EpiLag und bei weiteren Gelegenheiten auf die Notwendigkeit der Vollständigkeit der Datenerfassung hingewiesen.</p> <p>! Aktuelle Ausbrüche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ LK Göttingen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK Göttingen hat offiziell Unterstützung angefragt. Sie benötigen v.a. epidemiologische Hilfe sowie Hilfe bei der Datenzusammenstellung und dem Zusammenstellen einer Übersicht der erfolgten Maßnahmen. Zudem gibt es Austausch in Bezug auf das Geschehen bei Kindern.</li> <li>▪ Hr. Spahn hat eine Tabelle (Strichliste) gesendet in der man die Schwere der Erkrankungen nach Altersgruppen ausfüllen kann.</li> <li>▪ Es gibt ca. 175 Infizierte, Einträge in Altenheime, 3 Schulen wurden komplett getestet, eine Kita ist involviert und ein Hochhauskomplex. Die Darstellung, dass der gesamte Ausbruch auf eine Feier zum Zuckerfest zurückgeht, ist nicht korrekt. Medienscreening durch Fr. Sarma. Fr. Broistedt, Gesundheitsdezernentin der Stadt Göttingen wird morgen persönlich mit Hr. Wieler sprechen.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Ausbruchsettings: Es sollen einheitliche Vorgaben entwickelt werden welche erhobenen Daten die GÄ wie eintragen sollen.</p> <p>! Überlastungsanzeigen: SK Wiesbaden hat eine Überlastung gemeldet, aber keine Unterstützung angefragt. Der LK Enzkreis möchte keine Unterstützung mehr und der SK Salzgitter hat nicht angefragt.</p> <p>! Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (auf Freitag verschoben)</p> <p>! Nachfrage zu Höhe der Untererfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Untererfassung in DE hat sich über die Zeit verändert. Zu Zeiten sehr hoher Fallzahlen, wurden trotz anderslautender</li> </ul>	
--	---	--



	RKI-Empfehlung die Haushaltsangehörigen nicht getestet (aufgrund fehlender Testkapazität oder Überlastung). Das heißt zu diesem Zeitpunkt war die Untererfassung höher als derzeit.	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b>  ! Zeitlicher Ablauf/Allgemeine Hinweise:  ○ Am Montag wird es einen Termin mit Hr. Wieler und Hr. Spahn geben bei dem die GÄ direkt über die Corona-Warn-App informiert werden sollen. Dazu soll ein Infolyer erarbeitet werden (von BMG und BKAm) in den die Empfehlungen des heute im Krisenstab diskutierten Papiers eingearbeitet werden. Hr. Helmke, gibt das Papier nach Abstimmung an BMG/BKAm weiter, wo der Infolyer erstellt wird.  ○ Dienstag Pressekonferenz im BKAm mit Hr. Spahn, Hr. Seehofer, Vorsitzende der Telekom und SAP, sowie Hr. Wieler. Im Anschluss soll die App gelauncht werden. Das RKI ist der Herausgeber der App und damit auch in Zukunft für die App verantwortlich. Seit Wochen gibt es schon eine Zusammenarbeit mit einer externen Agentur, die auch weiterhin die Kommunikation übernehmen wird. In den nächsten Wochen wird allerdings im Haus vermehrt Unterstützung benötigt (mind. 4, ggf. 6 Wochen, Hotlines etc). Es wird ein eigener Kommunikationsweg erstellt. Das RKI wird kontinuierlich über Wochen und Monate bzgl. epidemiologischer Fragen zur App befasst sein.  ○ Bisher war der Einfluss des RKI auf die App überschaubar und es handelt sich erstmal nur um eine relativ einfache Version (Rumpf). Es soll 2-wöchige Updates geben und die App mit der Zeit immer besser werden. Es ist ein Teil des „Werkzeugkastens“ – dies muss kommuniziert werden, um die Erwartungshalten realistisch zu halten. Es handelt sich aber grundsätzlich um ein Leuchtturmprojekt. Alle europäischen Länder entwickeln derzeit eine App. Als Herausgeber hat das RKI mehr Einfluss auf die Weiterentwicklung der App.  ○ Es wird eine große Pressekampagne vom Bundespresseamt und BKAm vorbereitet, BMG und RKI kennen sie noch nicht.  ! Die Corona-Warn-App wurde am Dienstag erstmals in der AGI vorgestellt. Es gab große Bedenken wie die daraus erwachsenden Aufgaben in der Kürze der Zeit umzusetzen sind.  ! RKI-Fließschemata und Vorgehensweisen sollten angepasst werden und der vorliegende Vorschlag „Optionen zum Vorgehen bei Benachrichtigung wegen eines erhöhten Infektionsrisikos durch die CoronaWarn-App für den ambulanten Bereich/primärärztliche Versorgung und den öffentlichen	FG37/alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gesundheitsdienst“ wurde diskutiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ablauf bei positivem SARS-CoV-2-Testergebnis: Wird der Indexfall positiv getestet und schaltet seine App frei, erscheint die Warnung bei verschiedenen Personen, bei denen ein Schwellenwert des kumulativen Kontakts überschritten ist. Dieser wird durch einen Algorithmus berechneten in den Distanz und Zeitdauer eingehen. Die Qualität des Kontakts kann nicht ermittelt werden. Die App sendet Informationen dazu wann der letzte Kontakt war und wie viele Kontakte es insgesamt gab.</li> <li>! 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.</li> <li>! Es soll in jedem Fall vom GA zunächst versucht werden die Kontaktsituation zu klären, ob ggf. doch KPI.</li> <li>! Es wird vorgeschlagen die Kategorisierung der Kontaktpersonen um die hybride Kategorie Warn-App zu ergänzen (Angebot des Testens, aber keine Quarantänisierung): Symptomatische Personen sollten getestet werden, asymptomatischen Personen soll Testung angeboten werden, Warnnachricht auf Smartphone muss dazu vorgezeigt werden, ggf. zusätzlich zweite Testung wie bei KPI 5-7 Tage nach Erstkontakt. Informationen zu COVID-19 (Kontaktreduktion, Abstandsregeln, Hygieneregeln, Tragen von MNB und zum Vorgehen bei eintretender Symptomatik).</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Es wird ein Zusatz in den vorliegenden Text eingefügt, dass auch wenn der Test negativ ist, eine Übertragung nicht ausgeschlossen ist.</li> <li>! Eine infektionsepidemiologische Begleitung der App ist wichtig. In SurvNet wird die Warn-App nicht sofort als Variable möglich sein,</li> </ul>	
--	--	--

	<p>das kann man aber im weiteren Verlauf überlegen. Zunächst sind aber Studien ggf. der bessere Weg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Die grundsätzlichen Einschränkungen bzgl. Abrechnung/Testung sollten aufgeschrieben werden und ans BMG kommuniziert werden.</li> <li>! Derzeitige Empfehlung spricht zwar alle 3 Ebenen (Hausärzte, KBV und GÄ) an, aber ist v.a. eine Empfehlung für die GÄ</li> <li>! 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.</li> <li>! Es ist unklar, ob das RKI Gelegenheit bekommt den Flyer zu kommentieren.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG37 finalisiert das Dokument und sendet es an Hr. Helmke.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Rolle der BZgA ist unklar. Die Kommunikationskampagne wird vom Bundespresseamt und BKAmT vorbereitet und Inhalte liegen weder dem RKI noch der BZgA vor.</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die am Montag im Krisenstab vorgestellte Vorgehensweise der Veröffentlichung der angepassten Risikobewertung im Rahmen der Pressekonferenz zur Vorstellung der Corona-Warn-App ist nicht mehr aktuell. Die angepasste Risikobewertung soll nur in Abstimmung mit dem BMG verändert werden. Dazu wird auf ein Signal von Hr. Wieler gewartet.</li> <li>! Heute sollte im Kabinett die Verlängerung der allgemeinen Reisewarnung bis August diskutiert werden. Der TOP ist allerdings vom AA von der Tagesordnung runtergenommen worden. Es gibt sehr großen Druck dazu von anderen Ländern</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>ZIGL</p>
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die BZgA wird einen Überblick über die verschiedenen Apps für die Bevölkerung erarbeiten.</li> <li>! 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.</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gab gestern Abend Probleme beim Wartungsfenster. Diese sind behoben und alle Dokumente heute früh hochgeladen worden.</li> <li>! Weiterhin viele Anfragen zu Reiserückkehrern. Bis jetzt wird auf den BMG-Handzettel verwiesen.</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es soll vom BMG heute Nachmittag ein Erlass gesendet werden, wonach das RKI Risikogebiete ausweisen soll.</li> <li>! Die zu verwendenden Parameter sind nicht klar. Da Inzidenzen bzw. andere Parameter abhängig sind von der Datenqualität sollen im Sinne eines „best educated guess“ die Risikogebiete bestimmt werden - wobei die Güte der Daten berücksichtigt werden soll.</li> <li>! Es soll sich um eine Ressortübergreifende Einschätzung handeln (zwischen BMG, BMI und AA abgestimmt), im Rahmen der Funktion des interministeriellen Krisenstabs. Vom RKI ist Zuarbeit und eine individuelle Einschätzung gefordert.</li> <li>! Am kommenden Montag soll es eine Abstimmung mit AA und BMI geben.</li> <li>! Angebot von Fr. Roßmann an Fr. Hanefeld für eine Zusammenarbeit in dem Punkt. Die Bundeswehr bewertet das Risiko derzeit für die Einsatzgebiete und die Länder in denen militärische Hilfeleistungen stattfinden.</li> </ul>	Fr. Andernach/ AL3/ZIGL
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Schaade hat um ein Update zum Strategiepapier-Entwurf gebeten. Die Kommentare wurden bis zum 09.06. gesammelt und Fr. Hanefeld wird für Montag, den 15.06. einen Vorschlag an den Krisenstab senden, der diskutiert werden kann.</li> <li>! 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.</li> <li>! Risikogebiete: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei der Ausweisung der Risikogebiete wurde versucht das RKI möglichst nicht zu involvieren. Müssen nun aber doch Kriterien benennen.</li> <li>○ Auf der möglichen Webseite zur Ausweisung der Risikogebiete sollte klar kommuniziert werden, dass die</li> </ul> </li> </ul>	ZIGL  FG32/alle

	<p>Ausweisung ein ressortübergreifender Prozess ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anmerkung, dass die Nachfragen beim RKI eingehen werden, wenn die Ausweisung auf den RKI-Seiten erfolgt. Besser wäre eine Ausweisung auf den AA-Seiten, die auch zuvor Reisehinweise gegeben haben.</li> <li>○ Es gab viel Austausch zwischen der ZIG und dem AA. Durch den zusätzlichen Aspekt, der zuvor nicht in die Reisewarnungen eingeflossen ist, wollte AA zunächst die Risikogebiete an anderer Stelle ausgewiesen haben.</li> <li>○ Die während der Krisenstabssitzung vom BMG versendete Muster-VO vom BMI legt fest, dass das RKI die Risikogebiete ausweist. Zudem sind die Indikatoren z.T. schon angegeben. Der Prozess der Abstimmung ist darin nicht geklärt.</li> <li>○ Anmerkung, dass sich das RKI so wenig wie möglich an dem Prozess beteiligen sollte, da es sich um einen sehr willkürlichen Prozess handelt. Die Fallzahlen sind die einzigen objektiven Daten, aber diese sind in den Ländern sehr unterschiedlich erhoben.</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Es gibt eine parallele Regelung zur Verordnung vom 08.06. zur Testung asymptomatischer Personen für die KH. Mit der deutschen Krankenhausgesellschaft wurden Zusatzentgelte ausgehandelt (z.B. bei Neuaufnahme-Screening).</p> <p>! Am NRZ Influenza wurden in den letzten 4 Wochen 205 Proben eingesendet, davon waren 3 RSV-positiv und 6 Rhinovirus-positiv. Es gab keine weiteren Erregernachweise (7 respiratorische Viren werden insgesamt getestet), insbesondere kein SARS-CoV-2 Nachweis.</p>	<p>AL1</p> <p>FG17</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Lagebericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <del>Im Lagebericht soll eine kurze</del> Ergänzung Formulierungsvorschlag von Fr. Glasmacher zum</li> </ul>	<p>FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>allgemeinen Trend der <del>rückgängigen</del> Fallzahlen <u>soll</u> aufgenommen werden. <u>Die Formulierung dazu sollte durch die Schichtleitung bzw. Fr. Diercke überprüft werden.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt zudem Thementage im Lagebericht: am Di wird ein Wochenvergleich durchgeführt. Eine Graphik mit dem <u>Vergleich der Inzidenzen Fallzahlen pro Meldewoche zur Darstellung des Trends</u> ist erstellt und kann nach finaler Freigabe aufgenommen werden. <u>Die Formulierung dazu sollte durch die Schichtleitung bzw. Fr. Diercke überprüft werden.</u></li> <li>○ Vorschlag, dass eine Anmerkung zu den Schwerpunkten an den Wochentagen eingefügt wird.</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ/Position Lagebericht fügt Anmerkung zu den Schwerpunkten an den verschiedenen Wochentagen in den Lagebericht ein.</i></p> <p>! Die Folien für das Pressebriefing sollen nicht mehr aktualisiert werden, da sie kaum genutzt werden und die Daten auch aus anderen Quellen gezogen werden können. Für den Fall eines Pressebriefings sollten im LZ Folien vorgehalten werden, die schnell angepasst und anlassbezogen überarbeitet werden können.</p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Siehe Diskussion unter RKI-Strategie</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 12.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	15.06.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ulrike Grote (Protokoll)
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel

- Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Irina Czogiel





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 423"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 492"><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="347 528 1070 560">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li data-bbox="427 595 1091 658">! Aktuell weltweit fast 7,8 Millionen Fälle; 430.126 Todesfälle (5,5%)</li> <li data-bbox="427 689 1214 1133">! Bei der Top 10 Liste der Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen, sind Brasilien und die USA (beide mit zunehmenden Trend) weiter führend. Die zunehmenden Fallzahlen in den USA kann auf eine vermehrte Testung und Ausbrüche im Süden in Gefängnis, Fleischvertrieben und Verpackungsbetriebe (z.B. Amazon) zurückgeführt werden. Auf dem 3. Platz steht nun Indien, das in der letzten Woche mehr als 70.000 neue Fälle gemeldet hat. Eine starke Tendenz ist besonders in Neu-Delhi zu beobachten. Eine Ministerin vermutet, dass es Ende des Monats 500.000 neue Fälle geben wird und dass rund 80.000 Krankenhausbetten benötigt werden; momentan gibt es nur 8.000 Betten).</li> <li data-bbox="427 1164 1203 1294">! 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.</li> <li data-bbox="427 1326 1182 1456">! 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.</li> <li data-bbox="427 1487 1203 1769">! 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.</li> <li data-bbox="347 1800 1198 2038">! 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.</li> </ul>	ZIG1

	<p>! Seit heute werden auf der RKI Internetseite wieder Risikogebiete ausgewiesen (<a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogebiete_neu.html</a>). Dafür wurde das RKI gebeten, unterschiedliche Indikatoren zu benennen. Von den anfangs 3 benannten Indikatoren (7-Tages-Inzidenz 50/100.000, Sterblichkeitsrate und Testdurchführung), wird nun zur Benennung von Risikogebieten nur die 7-Tages-Inzidenz genutzt und mit einer Auswertung des AA gepaart. Die Seite soll wöchentlich aktualisiert werden. Die Liste dient als Grundlage zur Beurteilung der Quarantänenotwendigkeit durch die Gesundheitsämter. Eine Ausnahme bilden Personen, die aus einem in der Liste genannten Land einreisen, und einen negativen Labortest (nicht älter als 48h) von einem ausgewiesenen Labor besitzen. Heute um 3 Uhr gibt es eine TK, um die zusammengeführten Werte zu besprechen. Da es um politische Entscheidung geht, geschieht die Zusammenführung durch BMG-BMI-AA. Das AA wird die Werte/Ausweisung der Risikogebiete auch für die Reisewarnungen nutzen. Obwohl die Bewertung durch das AA geschieht, wird die Liste nicht auf der Seite des AA veröffentlicht, da die Musterquarantäneverordnung auf das RKI verweist. Eine Verlinkung auf die Internetseite des AA wird vermutlich nicht ausreichen; Frau Hanefeld fragt aber nach. , daher muss das bei uns veröffentlicht werden. Link reicht nicht; Hanefeld fragt nach. Der mit dem AA und dem BMG abgestimmte Text auf der Internetseite vom RKI stellt deutlich klar, dass die Analyse in Abstimmung mit dem AA, BMG und BMI stattfindet. Generell kann es problematisch sein, dass dort gesagt wird, dass ein negativer Test ausreicht, um keine Quarantäne zu verordnen, das RKI allerdings an vielen Stellen sagt, dass ein negatives Testergebnis eine Infektion nicht ausschließt. Das RKI bleibt bei dieser fachlichen Einschätzung.</p> <p>! Herr Wieler berichtet von einem Gespräch mit dem Leiter des CDC China. Es wurden mehrere Gensequenzen (von Patienten und Umweltproben) gewonnen und analysiert. Das Ergebnis zeigt sehr ähnliche Sequenzen sowie europäische Linie.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt unter neugemeldete Fälle, 4 Todesfälle. Die Anzahl von intensivpflichtigen Patienten nimmt auch ab.</li> <li>! 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.</li> <li>! Hessen und Baden-Württemberg haben keine neuen Fälle übermittelt, NRW hat mit 74 neuen Fällen die höchste</li> </ul>	<p>FG32, alle</p>
--	---	-------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Anzahl.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die 7-Tage-Inzidenz für ganz Deutschland ist abnehmend. In Bremen und Berlin liegt die Inzidenz höher als in anderen Bundesländern. In Bremen lag der Wert immer über den Wert anderer Bundesländer, in Berlin sieht man einen Anstieg. Hier gibt es mehrere Geschehen (zum Teil Religionsgemeinschaft, zum Teil ethnische Gruppen).</li> <li>! Es gibt einen 1 LK (Landkreis Aichach-Friedberg) mit einer 7-Tage-Inzidenz von über 50/100.000 Ew. Hier gab es einen Ausbruch auf einen Spargelhof und es wurden viele Testungen im Rahmen eines Screenings durchgeführt.</li> </ul> <p>! Infos zu aktuellen Ausbruchsgeschehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Berlin: In Berlin gibt es mehrere Ausbruchsgeschehen u.a. in einer Schule in Spandau. Es gibt 58 Fälle von Angehörigen einer Glaubensgemeinschaft plus 64 Fälle aus 5 Bezirken mit gleicher ethnischer (rumänischer) Herkunft. Zwischen einem Geschehen in Magdeburg unter Personen mit auch rumänischer Herkunft und Berlin bestehen Verbindungen/Kontakte zwischen Personen, die allerdings nur schwer nachvollziehbar sind. Das LaGeSo vermutet auch Kontakte bei den Clustern in Berlin. Die Meldedaten erfassen allerdings nicht die Staatsangehörigkeit. Die Landesstelle kann daher schwer bewerten, welche Fälle in Verbindung stehen und welche nicht.</li> <li>! Vielleicht gibt es für die Gruppe einen Zentralrat, der mit einbezogen werden kann und hilft, die Kommunikation zu vereinfachen. Ein Zentralrat deckt jedoch nicht alles ab und es gibt sehr heterogene Gruppen. Es sind nicht alle Roma; viele sind aber in einer ähnlichen Situation, d.h. sie haben nur schwer Zugang zum Gesundheitssystem und sprachliche Barrieren. Angebote und Informationen müssen auf solche Gruppen zugeschnitten sein. Auch in anderen Bundesländern (Bayern, Niedersachsen) sind vermehrt rumänisch sprachige Personen betroffen. Es wäre sinnvoll, eine kleine Arbeitsgruppe zu bilden, die sich damit beschäftigt. Es gibt am RKI bereits Personen, die sich in dem Bereich bewegen und Erfahrung aus Berlin aus der Flüchtlingskrise besitzen. Frau Bremer hat bspw. morgen ein Telefonat mit einer Amtsärztin in Gütersloh. Dort gibt es eine hohe Anzahl von Personen aus Schlachtbetrieben (viele rumänisch-stämmig), die an COVID_19 erkrankt sind. Mit der Amtsärztin soll überlegt werden, ob eine Studie aufgesetzt werden soll. Die Fragestellung/Zielsetzung muss mit der Amtsärztin</li> </ul>	
--	---	--

	<p>geklärt werden. Ggf. kann das Problem auch noch in der EpiLag angesprochen werden.</p> <p>! Die Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer als Kurve ist sehr gut, Der einzelne R-Wert wird immer schwieriger zu beurteilen. Er erweckt den Eindruck, dass wir ein Plateau hätten, es gibt allerdings abnehmende Fallzahlen. Tendenziell sollte der Lagebericht (Frequenz, Inhalt) runtergefahren werden. Ggf. könnte etwas anderes gestrichen werden.</p> <p><i>ToDo: Die graphische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer soll zukünftig in dem Lagebericht eingefügt werden.</i></p> <p>! Es wird im Lagebericht sowohl der 4- Tage als auch der 7-Tage-R-Wert berichtet. Von einer Streichung des 4-Tage-R-Werts sollte aber abgesehen werden, um Inkonsistenzen zu vermeiden.</p> <p>! Es wird oft von einem Verhältnis von symptomatisch zu asymptomatischen Personen von 60-40 bis maximal 50-50 berichtet. Eine Frage ist, ob dies der Erfahrung der bisherigen Ausbrüche in Deutschland entspricht. Für Tirschenreuth gab es schon einige asymptomatische Personen. Die Anzahl der asymptomatischen Fälle hängt jedoch immer davon ab, wie viel man screent.</p> <p>! Die Anzahl der intensivpflichtigen Patienten nimmt ab. Gibt es eine Änderung der klinischen Verläufe? Kommt das durch mehr Erkenntnisse (z.B. Therapien)? Es ist wahrscheinlich eine Mischung aus mehreren Faktoren. Ein Faktor ist sicher die Anpassungen der Therapieempfehlungen, durch die Komplikationen im Vorfeld vermieden werden.</p> <p>! Gibt es Erkenntnisse, was eher ein Risikofaktor für einen schwereren Krankheitsverlauf ist -Alter oder Grunderkrankungen? Ein Einfluss auf einen schweren Verlauf hat u.a. die Anzahl und Art der jeweiligen Vorerkrankung. FG36 versucht dies in einem Modell basierend auf den ICOSARI Daten zu untersuchen.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Letzte Woche hat sich die Kommunikationsfirma stärker eingebracht, um das RKI Wieler Unterstützung zu bieten. Sie unterstützen bspw. bei Texten für die Presse. Ab heute Nacht wird die App verfügbar sein und die Arbeit wahrscheinlich mehr. Es gibt ein Team von ca. 20 Personen, die die Anfragen bearbeiten. Ein Epibull Artikel ist in Vorbereitung und auch eine Internetseite soll folgen.</p> <p>! Durch die Einbindung von Herrn Eckmanns soll die Seite der</p>	FG21



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Gesundheitsämter besser miteinbezogen werden. In der Schnelle und Dynamik der Situation gibt es Annahmen wie z.B. Gesundheitsämter eingebunden werden; dies muss aber noch konkret besprochen werden und kann dann im nächsten Update einfließen. Mit Stand heute Nacht wird das RKI Besitzer der App und kann mehr Einfluss nehmen. Bisher hat z.B. die Einbindung der KV hat trotz frühzeitigen Hinweisen des RKI sehr lange gedauert.</p> <p>! In einer 1-stündigen Videokonferenz mit 200 Gesundheitsämtern hat Herr Spahn und Herr Wieler die App vorgestellt und Fragen beantwortet (z.B. Wie funktioniert App? Was ist die Rolle der Gesundheitsämter? Wie geht man mit jemandem um, der eine Warnung über die App erhalten hat?). Der Austausch wurde als sehr positiv wahrgenommen. Die Gesundheitsämter äußern das Bedenken, dass Personen anrufen, die gar keine Warnung erhalten haben (gibt es Verifizierung der Warnung?) oder die App missbraucht wird.</p> <p>! Die Person, die eine Warnung erhält, kann sich aussuchen, ob er/sie sich an den Hausarzt oder das Gesundheitsamt wendet. Die meisten Personen würden sich aber vermutlich eher an den (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 vorhandene Flussschema aufgenommen werden kann oder ein separates Dokument erstellt werden sollte. Es gibt heute einen ersten Aufschlag.</p> <p>! Eine Evaluation der Daten ist wichtig. Frage, ob es Probleme beim Datenschutz gibt, da viele Sachen zentral abgelegt werden würde. Die Evaluation muss jetzt schon irgendwie erfassen, wer bspw. einen Test bekommen würde. Ggf. können hierfür auch die versendeten QR Codes für die Testergebnisse genutzt werden.</p> <p>! Es sind einige Personen vom Lagezentrum der Corona-Warn-App zugeteilt worden. Der Aufwand für das Lagezentrum sollte daher reduziert werden.</p> <p><i>ToDo: Bitte an die RKI-Leitung um Rücksprache mit dem BMG. Vorschlag ist für das Lagezentrum einen 1-Schicht Betrieb während der Woche anzubieten; keine Lagezentrumsarbeit am Wochenende.</i></p>	
4	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p>! The impact of social and physical distancing measures on COVID-19 activity in England (<i>vertraulich, da noch nicht veröffentlicht;</i></p>	FG32

	<p>Folien <a href="#">hier</a>): Für die Analyse wurden verschiedene Surveillancesysteme (Mortalitätssurveillance, syndromische Surveillance etc.) betrachte. Ziel war es die Auswirkungen der Maßnahmen zu sehen Zeigen. Es wurde berücksichtigt, wie lange es im Schnitt dauert von der Exposition über die Entwicklung der Symptome, dem ersten Kontakt mit dem Gesundheitswesen usw. In England gab es die ersten Fälle Ende Januar erste Fälle, Mitte März gab es einen starken Anstieg. Erste Empfehlungen gab es am 12.03. (z.B. Selbstisolation bei schweren ILI), ab 23. März gab es striktere Maßnahmen. Masken wurden nicht erwähnt. Das Verhalten zeigte einen Rückgang der Besuche beim Hausarzt. Es gab mehr Anrufe und es wurde von Fieber und Husten berichtet. Nach dem Einsetzen der Maßnahmen kam es zu einen Anstieg von Ausbrüchen in Einrichtungen (hauptsächlich in Pflegeheimen). Insgesamt konnte man deutliche Auswirkungen von Maßnahmen in den Surveillancesystem sehen. In einer Tabelle wurde dargestellt, wie lange es dauerte, bis diese Auswirkung zu sehen waren.</p> <p>! Für Deutschland gibt es bereits eine Übersicht der verschiedenen Surveillancesysteme. Eine Analyse der Auswirkungen der Maßnahmen in Deutschland anhand dieser Systeme wäre sicherlich auch interessant.</p>	
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Die Risikobewertung des RKI ist momentan noch hoch. Die Frage ist, wie lange dies beibehalten werden soll, wenn nun die Fallzahlen rückläufig sind. Das RKI ist in steigen Dialog hierzu mit dem BMG und wartet auf ein Signal.</p>	Alle
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Corona-Warn-App: Die Social Media Gruppe der BZgA steht in engem Kontakt mit der Gruppe des BMG. Die BZgA soll auf allen verfügbaren Kanälen die App bewerben.</p> <p>! Das Thema Hygiene ist sehr präsent. Es wurden rund 47.000 verschiedene Materialien (Aufkleber, Broschüren u.ä.) angefordert und verschickt. Anfordere sind u.a. Schulen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Die Risikogebiete wurden nun auf der RKI-Internetseite veröffentlicht. In der Liste der Länder sind auch europäische Länder (z.B. Schweden) aufgelistet. Die ECDC Karte stellt graphisch die Inzidenz der letzten 7-Tage in Europa dar. Es spricht nichts dagegen, diese weiterhin auf der RKI – Internetseite beizubehalten. Sie muss nur regelmäßig aktualisiert werden.</p> <p>! Dokument zu Gemeinschaftsunterkünften: Das noch unveröffentlichte Dokument (in der Version 07.05.2020, mit „Entwurf“ gekennzeichnet) ist im Internet aufgetaucht. Das BMI</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse, alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>hatte noch weitere Änderungen, die das RKI aus fachlicher Sicht aber nicht übernehmen wollen würde. Es gibt noch keine Zustimmung zur Veröffentlichung des BMG. Heute gab es noch ein Treffen auf Arbeitsebene zwischen Frau Mylius (BMG) und Frau Sarma und Frau <a href="#">Vygen-Bonnet</a> statt. Das weitere Verfahren bzgl. der Veröffentlichung soll noch mit dem BMG abgestimmt werden. Wenn das BMI auf seine Änderungen besteht, sollte es nicht als RKI-Dokument ausgewiesen sein. Wenn es Presseanfragen zu dem Dokument gibt, kann geantwortet werden, dass sich das Dokument noch in Abstimmung befindet.</p>	
<b>7</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zum Reiseregime und der Stärkung des ÖGD gibt es heute jeweils eine TK.</li> <li>! Das Thema Impfen rückt in den Fokus. Es wurden 6 Millionen Dosen für die Grippeimpfung bestellt und es wird diskutiert, wie diese in den Umlauf gebracht werden sollen.</li> <li>! Es gibt Überlegungen zur Umgestaltung des BMG-Lagezentrums. Die einzelnen Teams sollen aufgelöst werden und wieder in ihren Fachgebieten arbeiten. E-Mails werden umgeleitet. Das Team 3 unter Frau Ziegelmann wird demnach wieder in Referat 614 sein. Perspektiv soll die RKI-Verbindungsperson ebenso an das Referat 614 angebunden werden.</li> <li>! Das RKI plant auch eine Verschlinkung des Lagezentrums. Herr Rottmann wollte hierzu bereits ein Gespräch geführt haben, dass diese Woche hoffentlich nachgeholt wird.</li> </ul>	BMG-Liaison
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Entlassungskriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt eine Aktualisierung der Entlassungskriterien. Anlass war eine neue Auswertung von ZBS1 (Folien <a href="#">hier</a>).</li> <li>! 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 &gt;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</li> </ul>	ZBS1, IBBS

	<p>wächst, jedoch gab es einen Ausreißer von 29, weshalb er Cut-off dann bei 30 festgelegt wurde. Die Werte kommen natürlich immer darauf an, welche Patienten untersucht werden. Das RKI hatte wahrscheinlich durch die Gesundheitsämter Proben von milden bis normalen Infektionen erhalten. Das Problem ist die Vergleichbarkeit der Patienten. Bei einer Probe einer Patientin mit Vorerkrankungen gab es eine Ausnahme, da sie mit einem CT-Wert von 15 nach 55 Tagen noch Virus anzüchtbar war. Die Ergebnisse sollen bald publiziert werden.</p> <p>! Änderungen Flussdiagramm (<a href="#">hier</a>): Statt der bisherigen geforderten 14 Tage sollen nun 10 Tage empfohlen werden, was sich auch international immer mehr als Konsens herauszubilden scheint. Die 10 Tage sollte bei allen Verlaufsformen angewendet werden, d. h. auch bei schweren Verläufen, da schwere hospitalisierte Verläufe einschließlich der symptomatischen Krankheitsphase vor und während der Hospitalisierung die 10 Tage in aller Regel problemlos überschreiten und v.a. das Kriterium der 48h-Symptomfreiheit einer zu frühen, rein zeitbasierten Entisolierung entgegen steht. Zusätzlich wird bei schweren Fällen im stationären Setting von vornherein engmaschiger beprobt und die Entisolierung erfolgt somit nicht rein zeitbasiert. Trotzdem Vorschlag zur Ergänzung des Hinweises, dass schwere Verläufe mit einer länger andauernden Virusausscheidung einhergehen könnten. Auch bei asymptomatischen Infizierten sollen die 10 Tage angewendet werden. Bei medizinischem Personal werden ebenso die 10 Tage sowie die 48h Symptomfreiheit und eine negative PCR vorgeschlagen.</p> <p>! Endisolierung im Krankenhaus: Es gab zu Beginn eine Diskussion, ob eine Isolation überhaupt aufgehoben werden sollte. Aber eine Isolierung kann negative Auswirkungen haben und auch die Abläufe generell schwerer gestalten. Gerade im Krankenhaus ist eine ärztliche Aufgabe, solche Einzelfälle zu beurteilen.</p> <p>! Anschlussisolierung: Dies ist nicht mehr so prominent wie im alten Dokument. In den Hinweisen im unteren Teil steht, dass bei Entlassung aus dem Krankenhaus individuell eine Anschlussisolierung vorgenommen werden kann.</p> <p>! Berechnung der Genesenen: Dies ist ein von FG36 definierter Algorithmus, der sich auf die 14 Tage bezieht. Es wäre schwierig, rückwirkend die Zahlen zu ändern, weshalb bei der Algorithmus weiterhin auf den 14 Tagen beruhen soll.</p> <p>! Der Entwurf wird heute in einer TK mit dem STAKOB besprochen. Morgen soll es der AGI in einer TK vorgestellt werden. Rückmeldung dann ggf. bis Donnerstag, sodass auch hausintern genug Zeit für eine Rückmeldung ist.</p> <p><i>ToDo: Bitte Rückmeldungen zu dem Dokument an Frau Ruehe senden.</i></p>	
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1: Aus verschiedenen Gesundheitsämtern gab es die Rückmeldung, dass es vermehrt Fälle bei rumänisch-stämmigen Personen gibt. Das Gesundheitsamt Reinickendorf hat die</p>	ZBS1





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Vermutung, dass der Ursprung bei Fleischvertrieben liegt und hat ZBS1 gebeten, die angefragten Proben zu sequenzieren.</p> <p>! ZBS1: In Mitte gibt es hohe Positivraten. Am Freitag betrug diese Rate 45%, es kamen aber viele Proben im Rahmen einer Untersuchung eines Wohnkomplexes. Samstag erhielt ZBS1 von Bewohnern dieses Wohnkomplexes weitere 32 Proben, wovon jedoch nur 4 positiv waren. Sollten nochmal Proben positiv sein, würde der gesamte Wohnkomplex unter Quarantäne gestellt werden. Ansonsten war der Positivanteil mit 18,7% bei 535 Proben (d.h. 100 Proben positiv) relativ hoch.</p> <p>! FG17: Für die ARE/ILI Surveillance im Rahmen der AGI gab es in der letzte Woche 92 Einsendungen, wovon 1x RSV und 4x Rhinovirus nachgewiesen wurden. Generell sind Atemwegserkrankungen, wie das für diese Zeit normal ist, auf relativ geringen stand.</p> <p>! Bei einem Treffen mit dem ECDC gab es eine interessante Präsentation von Israel. Israel haben Kita/Schulen früher aufgemacht (13. bzw. 17.05.2020). Ende Mai sind die Zahlen auf über 80 Fälle pro Tag gestiegen. In einer Schule mit 1.200 Schülern sind 135 Schüler und 29 Lehrer infiziert. Es gibt noch keine Daten zu sekundären Fällen. Die Schule wurde als Infektionsort ausgemacht.</p> <p><i>ToDo: Herr Wolff wird die Folien von Israel noch einmal im Detail vorstellen.</i></p> <p>! Herr Spahn hat eine Runde von 17 Wissenschaftlern (Aerosolforschern, Epidemiologen...) gegründet, die ihn berät. Freitag hat sich die Runde erstmals getroffen. Herr Wendtner (Infektiologe) berichtete, dass von den von ihm untersuchten Patienten des Webasto Clusters, 4 keine Antikörper nachweisbar haben. Es waren alles keine schweren Verläufe. Bei Coronaviren (auch bei SARS) wird insgesamt beschrieben, dass Titer nach einer Infektion sehr schnell abfallen. Die T-Zell Immunität bleibt länger bestehen. Wenn jedoch Antikörper wirklich so schnell verschwinden, kann nie die tatsächliche Prävalenz erfasst werden. Die Prävalenzstudien wären dann nicht richtig.</p>	<p>FG17</p> <p>Präs</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! DEMIS-Update: Alle Verträge und datenschutzrechtlichen Aspekte wurden letzte Woche geklärt. Heute um 15:30 Uhr gibt es einen Testlauf mit einem Labor und einem Gesundheitsamt. Wenn der Testlauf erfolgreich ist, werden weitere Gesundheitsämter und Labore angeschlossen. Die Übermittlung von negativen Testergebnissen wird erst in einer zweiten</p>	<p>FG32</p>

	Ausbaustufe eingebaut. Dies muss zunächst noch fachlich begründet werden und auch von BMG eine rechtliche Rückmeldung vorliegen, dass die Datenerhebung von gesunden Personen gestattet ist. Es gibt 4 Wochen Zeit zur Klärung. Die 1. Ausbaustufe kann aber unabhängig davon implementiert werden.	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ! Quarantäneverordnung – <i>nicht besprochen</i> ! Kommunikation/ Vorgehen an Grenzen: Die Grenzaufhebung in Europa hat heute gestartet. Es gibt eine Liste von Laboren, die qualitativ gut sind, um negativen Test zu belegen. Alles ist aber noch im Fluss.	AL3
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Nicht besprochen	FG32
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	17.06.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Meike Schöll (Protokoll)
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss

- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 389 564 427"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 495"><b>International</b></p> <p data-bbox="331 528 1010 562">Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="427 591 1155 658">! Aktuell weltweit über 8 Mio. Fälle; 436.632 Todesfälle (5,7%)</li> <li data-bbox="427 687 1206 790">! 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).</li> <li data-bbox="427 819 1203 954">! 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.</li> <li data-bbox="427 983 1198 1086">! 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.</li> <li data-bbox="427 1115 1198 1285">! 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.</li> <li data-bbox="427 1314 1198 1456">! 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.</li> <li data-bbox="427 1485 1209 1792">! 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.</li> <li data-bbox="427 1821 1174 1955">! Afrika: Etwa 4-5% der täglich weltweit neu gemeldeten Fälle entfallen auf Afrika. Zu den stark betroffenen Ländern gehören Algerien, Ägypten, Nigeria und Südafrika.</li> <li data-bbox="427 1984 1179 2018">! Neuseeland: Nach 24 Tagen ohne neue Fälle wurden am</li> </ul>	<p data-bbox="1243 454 1302 488">ZIG1</p> <p data-bbox="1243 1823 1289 1856">alle</p>

	<p>16.06.2020 2 aus UK über Australien importierte Fälle gemeldet. Die beiden Personen hätten keinen Kontakt zu anderen Personen gehabt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Die Präsentation unterstreicht, dass es sich um eine Pandemie handelt, deren Bewältigung auf nationaler Basis allein nicht möglich ist.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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)</li> <li>! DIVI: aktuell 419 auf ITS, davon 258 beatmet</li> <li>! 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).</li> <li>! Beim Vergleich der Meldewochen 23 und 24 zeigen einzelne BL (BE, ST) ansteigende Fallzahlen, BE hat ein höheres Niveau als ST.</li> <li>! Die Reproduktionszahl scheint sich auf einem Plateau einzupendeln.</li> <li>! Die 7-Tage-Inzidenz für ganz Deutschland ist abnehmend.</li> <li>! Die 7-Tage-Inzidenz nach BL zeigt den Anstieg in BE und ST. Der Anstieg in BE ist u.a. auf ein Ausbruchsgeschehen in einer rumänisch-sprachigen Gruppe zurückzuführen. Die 7-Tage-Inzidenz in HB weicht deutlich von der übrigen BL ab.</li> <li>! Hinsichtlich der geografischen Verteilung der 7-Tage-Inzidenz ist auffällig, dass über 250 Kreise keine oder &lt;5 Fälle in den letzten 7 Tagen übermittelt haben.</li> <li>! Beim Wochenvergleich waren in der Vorwoche die Kreise</li> </ul>	<p>FG32</p>
--	--	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Sonneberg und Coburg stärker auffällig als in der aktuellen KW.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt einen LK (Landkreis Aichach-Friedberg) mit einer 7-Tage-Inzidenz über 50/100.000 Einwohner. Es handelt sich dort um einen örtlich begrenzten Ausbruch unter Spargelerntehelfern, daher sind keine bevölkerungsbasierten Maßnahmen geplant.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Infos zu aktuellen Ausbruchsgeschehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>! Göttingen: Am 15.06.2020/16.06.2020 waren Ruth Zimmermann und Navina Sarma vor Ort. Vom 18.-21.06.2020 ist eine weitere Präsenz in Göttingen geplant, dabei soll am 18.06.2020 eine TK mit dem Ausbruchsteam, dem GA und MA am RKI erfolgen. Die Erwartungen ans RKI sind Unterstützung bei Testaktionen und Kontaktpersonennachverfolgung, Abstrichen, Aufarbeitung einer anonymisierten Lineliste, Vorbereitung einer Good Practice Darstellung.</li> <li>! Gütersloh: Die Lage spitzt sich dort zu, es ist v.a. rumänisch-sprachige Gruppe betroffen, aber gemischtes Geschehen (Ausbruch in einem Fleisch-verarbeitenden Betrieb und in einer freien Kirchengemeinde), Abstrichaktion im Betrieb ist bereits gestartet, z.T. sind unter den Fällen neue Mitarbeiter, die kürzlich aus Rumänien eingereist sein sollen. Viviane Bremer steht in Kontakt mit der dortigen Amtsärztin; eine Aufarbeitung wird seitens des GA gewünscht und ein offizielles Amtshilfeersuchen erwartet. Als Ausbruchsteam</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

stehen Christina Frank und Raskit Lachmann bereit, ein MA aus FG34 soll ebenfalls mitfahren.

! Empfehlungen im Umgang mit Angestellten der Fleisch-verarbeitenden Betriebe (Stichwort Arbeitsquarantäne) werden diskutiert. Bei einem Unternehmen konnten Mitarbeitende trotz eines positiven Testergebnisses weiter arbeiten gehen, unter der Annahme, dass diese eine Quarantäne-Anordnung umgehen würden (z.B. durch Weiterbeschäftigung in anderen Betrieben). Die Praxis wurde mit Sprachbarrieren, geringer Bereitschaft zur Mitarbeit und dem Verschwinden einzelner Mitarbeiter bei Quarantäne-Anordnung seitens des Betriebs gerechtfertigt und im LK Enzkreis seitens des GA auch notgedrungen akzeptiert. Der Krisenstab rät von diesem Vorgehen ab, selbst eine Arbeitsquarantäne in kleinen, sich nicht vermischenden Gruppen würde den aktuellen Empfehlungen des RKI entgegenstehen.

! Hinsichtlich des Kapazitätenmonitorings hatte BM Spahn den Oberbürgermeister von Salzgitter kontaktiert. Die dort seit Wochen bestehende Überlastungsanzeige sei ein politisches Signal und soll laut Oberbürgermeister zurückgenommen werden (aktuell aber noch keine Änderungsmitteilung eingegangen). Hinsichtlich des LK Enzkreis wurde heute seitens der zuständigen Landesbehörde um Rückstufung in Kategorie 1 gebeten.

! Level of Transmission:

! Die Datengrundlage für die Beurteilung ist nach wie vor schwierig. Der Anteil der Fälle mit Ausbruchs-ID variiert bei den Bundesländern zwischen 0 und 70%, wohingegen der Anteil der Fälle mit Kontakt zu bestätigtem Fall von allen Fällen mit entsprechenden Angaben zwischen 50 und 100% schwankt. Basierend auf letzterem Ansatz könnte man Cluster Transmission ggf. rechtfertigen. Der Krisenstab regt an, auch die 7-Tage-Inzidenz zu berücksichtigen, bei der die überwiegende Mehrheit der Kreise keine und wenige Fälle pro 100.000 Einwohner hatte.

! Das Vorgehen für die Eingabe der Fälle variiert nicht nur von BL zu BL, sondern auch zwischen GÄ (Software, vorhandenes Personal, Qualifikation des vorhandenen Personals, etc.). Sogar innerhalb eines GA sind bestimmte Datenbanken nicht kompatibel.

! Es wird beschlossen, das Level of Transmission für Deutschland auf Cluster umzustellen.





2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
4	<b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b> ! 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	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Kein neuer Sachstand	
6	<b>Kommunikation</b> ! Die Corona-Warn-App wird aktuell auf allen Kanälen beworben. Es gab die Rückmeldung u.a. hinsichtlich der Einbeziehung ausländischer Gäste sowie andere Systeme. Sind Nachbesserungen der App geplant, auch in einfacherer Form? Kann die App auch auf Smartphones älterer Generation genutzt werden? ! Es wird gebeten, diese Rückmeldungen direkt an die für die App zuständige Projektgruppe weiterzuleiten. Die App wird mit älteren Geräten aufgrund der low-energy Bluetooth Technik nicht kompatibel sein. ! Es gehen primär Anfragen zur App und zu den Risikogebieten ein. Dabei soll hinsichtlich der Risikogebiete stärker betont werden, dass die Erstellung der Liste letztlich eine interministerielle Entscheidung zwischen BMG/AA/BMI ist. ! Es wird darum gebeten, Mails (z.B. vom BMG) weiterhin intern weiterzuleiten. ! Zum Umgang mit Risikogebieten wurde eine Kommunikation seitens des BMG vorbereitet und dem LZ zur Verfügung gestellt. Dabei wird ein 2-stufiger Prozess basierend auf den Inzidenzen und einer qualitativen Einschätzung der Auslandsvertretungen beschrieben. Eine Sprachregelung für die Laborliste steht noch aus, dazu erstellt Ronja Wenchel einen Vorschlag. Es soll eine separate Liste für Anfragen geben; das Volumen der Nachfragen soll an das BMG zurückgespiegelt werden. Anfragen von Botschaften sollen an das AA (BMG in CC) und Anfragen anderer Gesundheitsministerien an das BMG weitergeleitet werden, während Anfragen von Privatpersonen oder Firmen seitens des RKI mit einem Standardtext beantwortet werden sollen. ! Wird seitens des RKI ein Anstieg der Fallzahlen aufgrund importierter Fälle festgestellt, sollte dieser bei der regelmäßig	BZgA  Alle  Presse  ZIG/Presse/ alle

	für donnerstags angesetzten TK mit BMG/AA eingebracht werden. Eine Aktualisierung der Risikogebiete ist regelmäßig für freitags vorgesehen. Die aktuelle Regelung gilt bis 01.07.2020, da dann eine EU-weite Regelung seitens der EU vorgestellt werden soll.	
<b>7</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Laut BMG ist in der Muster-Quarantäne-VO die Veröffentlichung der Risikogebiete auf der RKI-Webseite vorgesehen. Warum dies in die VO aufgenommen wurde, ist nicht klar.</li> <li>! Das Einreiseregime ist weiterhin bestimmendes Thema im BMG. Die Änderungen in der Muster-Quarantäne-VO wurden durch neuere Rechtsprechung notwendig, der durch die Einführung einer Negativliste Rechnung getragen wird. Die Erstellung der Negativliste ist mit einer aufwändigen Abfrage aller Auslandsvertretungen (Fragebogen mit 7 Fragen zu qualitativen Parametern, insbesondere Einschätzung der Datenqualität) verbunden. Die Einschätzungen der Auslandsvertretungen und die Inzidenz werden in einer Master-Excel-Liste eingetragen, auf deren Basis die Abstimmung über mögliche Risikogebiete geführt wird. Die Verlässlichkeit der Datenlage war bei der bisherigen qualitativen Definition der Risikogebiete ausschlaggebend. Für die nächste Liste wird neben der Inzidenz auch eine Abbildung des Trends gewünscht.</li> <li>! Zum 01.07.2020 ist ein europäisches Vorgehen mit Erstellung einer Positivliste geplant; ausschlaggebend soll die 14-Tage-Inzidenz mit einem gleitenden Cut-off bei 16,1/100.000 Einwohner sein. Angesichts umfangreicher Abstimmungen ist es zweifelhaft, ob die Regelung bis 01.07.2020 vorliegt. Anpassungen der VO an das europäische Vorgehen sind im Verlauf ggf. notwendig. Für eine Einschätzung dieses Vorgehens wird das BMG auf das Lagezentrum zukommen.</li> <li>! 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.</li> </ul>	<p>BMG-Liaison</p> <p>alle</p>
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verkürzung Betriebszeiten Lagezentrum: Die Betriebszeiten wurden auf 9 bis 17 Uhr reduziert. Die Position Presse-Liaison entfällt, da Mitarbeitende zur Corona-Warn-App abgeordnet wurden. Weitere Outputs sollen reduziert werden; insbesondere soll der Lagebericht gekürzt werden. Eine Abstimmung mit dem BMG bezüglich der Betriebszeiten ist nicht vorgesehen.</li> </ul>	<p>FG32/Presse /alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Der nCoV-Lage-Ordner wurde am 13.06.2020 erfolgreich auf S:\Wissdaten migriert, jedoch funktionieren dadurch ggf. einige Links nicht mehr. Die Ordnerstruktur ist ansonsten unverändert.</li> <li>! Der Krisenstab entscheidet, freitags regulär bereits um 11 Uhr zu tagen. Die Präsentation zur nationalen Lage wird ggf. weiter gekürzt.</li> </ul>	
9	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorstellung Strategiepapier: <i>vertagt auf Freitag</i></li> <li>! Handreichung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zum Umgang mit Personen mit der Meldung „erhöhtes Risiko“ einer SARS-CoV-2-Infektion (Corona-Warn-App, CWA) <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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).</li> <li>! Bei asymptomatischen Personen mit CWA-Warnung ist ein ärztliches Beratungsgespräch vorgesehen. 2 Fragen: 1) Gab es am Tag der letzten Risiko-Begegnung eine für eine Infektion relevante Kontaktsituation? 2) Besteht ein überdurchschnittliches Weiterverbreitungsrisiko oder ein Risiko für schwerwiegende Konsequenzen bei einer möglichen Weiterverbreitung? <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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).</li> <li>! Wenn kein relevant erhöhtes Risiko besteht, dann kein Test, aber Einhaltung der AHA-Regeln und Reduktion der Kontakte.</li> </ul> </li> <li>! 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.</li> <li>! Es wird angemerkt, dass Hausärzte eine seuchenhygienische Rolle zugewiesen bekommen.</li> <li>! Die Kontaktreduktion für 14 Tage bezieht sich auf den</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG FG37</p>

	<p>letzten Tag des Risikokontakts.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eine routinemäßige Krankschreibung bei asymptomatischen Personen, die eine Warnung erhalten haben, wird verneint. Die Indikation für die Durchführung eines Tests stellt der Arzt.</li> <li>! Inwiefern für Hausärzte die Beratungsgespräche neben der Testung abgerechnet werden können, ist von der KBV zu klären.</li> <li>! Es wird angeregt, im Verlauf einen Flyer für Hausärzte bzw. eine Darstellung im Flussschema zu erstellen.</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! In der AG Diagnostik wurde der Fragenkatalog des BMG diskutiert, insbesondere auch der Stellenwert der Antikörpertestungen im Rahmen der Teststrategie. Dabei liegt ihr Wert primär in den sero-epidemiologischen Studien; im Rahmen der Teststrategie haben Antikörpertestungen eine untergeordnete Bedeutung. Der Bericht soll zeitnah finalisiert und dem BMG zur Verfügung gestellt werden. Herr Voigt wird Ergebnisse zur Antikörpertestung nächste Woche vorstellen.</li> <li>! 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 Gangelth 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.</li> <li>! Es wird darauf hingewiesen, dass 1/3 der auffälligen Blutspender (2%) neutralisierende Antikörper aufwies.</li> </ul>	FG17/AL1/ AL2
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Laborbasierte Surveillance ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Der Testverzug ist mit durchschnittlich weniger als einem Tag zwischen Entnahme und Testung gering. Jedoch sind Ausreißer zu berücksichtigen, z.B. gibt es im LK Sonneberg kein Labor, so dass dort 2 bis 3 Tage auf Ergebnisse gewartet wird (im LK gibt es weiterhin Fälle sowie eine Häufung von Fällen im Krankenhaus).</li> <li>! 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</li> </ul>	FG37



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>könnte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anteil der positiven Testungen sinkt langsam weiter. Dies zeigt sich auch in der Darstellung nach Bundesländern.</li> <li>! Die Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW sinkt in der Altersgruppe der &gt;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.</li> <li>! Die serologische Ergebnisse (IgG-Antikörper-Testungen) weisen einen Positivanteil von 7% aus, jedoch ist die Prävalenz wahrscheinlich deutlich geringer (die Daten basieren nicht auf einer repräsentativen Studie). In einer Studie an einem Krankenhaus mit einem COVID-19-Ausbruch in Marzahn wurde eine Prävalenz von 2% unter dem medizinischen Personal gefunden. Andere Studien weisen ebenfalls auf eine niedrige Prävalenz hin.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p>DEMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Aktuell ist keine Pressearbeit geplant. Die Gesundheitsämter sollen über die Seuchenreferenten aufgefordert werden, Zertifikate zu beantragen.</li> </ul> <p>Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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).</li> </ul>	<p>FG32/AL1</p> <p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	---	---

	<p>! Die SARI-Surveillance bis zur 23. KW verzeichnet weiterhin einen Rückgang der SARI-Fallzahlen mit einem im Vergleich zur Vorsaisons niedrigerem Niveau. Der Anteil der COVID-19-Fälle an allen SARI-Fällen ist von der 22. zur 23. KW leicht angestiegen.</p> <p>! In der globalen Influenza-Surveillance (WHO Update 369) wird ersichtlich, dass aus vielen afrikanischen Staaten oder dem indischen Subkontinent (Transmission Zones) kaum Proben eingesandt werden. In der Karibik dominiert Influenza A, in Nordamerika dagegen eher Influenza B. In der TK von ECDC-WHO freitags wurde die Sorge mitgeteilt, dass die Influenza-Surveillance momentan schlecht funktioniere und ggf. damit auch die Informationslage für COVID-19 eingeschränkt sei. Die z.T. fehlenden Daten könnten Auswirkungen auf die nächsten Empfehlungen für den Influenza-Impfstoff für die Südhalbkugel haben. Ggf. zeigt sich aber auch bei Influenza die Wirkung der im Rahmen von COVID-19 getroffenen Maßnahmen.</p> <p><i>ToDo:</i> FG36 wird am kommenden Montag Ergebnisse zur Auswertung der Daten bei Kindern vorstellen.</p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! BMG wünscht sich ein Gespräch bezüglich des Papiers zu den Gemeinschaftsunterkünften, jedoch sind die Autoren aktuell verhindert. Es wird nach einem passenden Termin gesucht.</p>	FG32
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 19.06.2020, <b>11:00 Uhr</b> (neu), via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.06.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG33
  - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG35
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Ronja Wenchel

- Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Marica Grossegeesse
- ! Abt. 3
  - Michael Höhle
  - Felix Weidemann
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b> <b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/ letzte 7 Tage, &gt;8 Mio. Fälle, Top 3 Brasilien, USA, Indien <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Chile</u>: zum 1. Mal &gt;70.000 neue Fälle, lauf Gesundheitsbehörde Probleme mit Berichterstattung, ca. 30.000 Fälle die zuvor nicht gemeldet wurden, starker Anstieg</li> <li>▪ Außerdem Russische Föderation, Pakistan, Peru, Mexiko, Saudi Arabien, Südafrika</li> </ul> </li> <li>○ 16 Länder mit 7-Tages-Inzidenz &gt;50/100.000 Einw., im europäischen Raum Armenien, Schweden, Republik Moldau, Nord Mazedonien, Weißrussland, Russland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>USA</u>: &gt;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, &gt;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 &gt;26 Mio., positiver Anteil ca. bei 10%</li> <li>▪ <u>Schweden</u>: 53.000 Fälle, 4,3% in Intensivstation, Todesfälle 9,3%, 7-Tages-Inzidenz 71,2/100.000, neue Fälle seit Mitte Mai stark ansteigend, Teststrategie v.a. hospitalisierte Personen, HCW und Pflegeheim-MA, Sprache ist von einer „late pandemic phase“; seit Mai Testkapazitäten stark erhöht, auch Testung von Verdachtsfällen mit milden Symptomen, ca. 50.000 Tests/letzte Woche, Positivanteil 12% ! 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

ca. 25% der Personen nicht anwesend

### **National**

- ! Fallzahlen, 7-Tages-Inzidenzen, Trend (Folien [hier](#))
    - SurvNet übermittelt: 188.534 (+770), davon 8.872 (4,7%) Todesfälle (+16), 7-Tages-Inzidenz 3,2/100.000 Einw., ca. 174.400 Genesene
    - Höchste Fallzahl seit einem Monat und es sind noch nicht alle Meldungen erfolgt
    - Verschiedene auch große BL (NW, SA) übermitteln nicht am Wochenende, Impact wird erst verzögert nächste Woche sichtbar werden (Di oder Mi)
    - Beide R-Werte liegen über 1, da noch zahlreiche Nachmeldungen zu erwarten sind sollte dies im Lagebericht erwähnt werden im Sinne von „es gibt größere Ausbruchsgeschehen in Magdeburg, Berlin, Göttingen, Gütersloh, dies wird sich auch im R-Wert bemerkbar machen“
    - Inzidenzen bundesweit Anstieg auf 3,2, Länder über Durchschnittsinzidenz, BE, HB, NS, SA, alle anderen liegen unter dem Durchschnitt von 3,2
    - Für den Ausbruch in Göttingen hat das RKI angeboten Proben zu sequenzieren, dies ist nicht ganz einfach da dort die Universität und der Krisenstab Göttingen teilweise ohne Einbezug des GA arbeiten
    - Ausbruch in Gütersloh, Tönnies
- Fleischverarbeitung
- Inzidenz liegt bei 94/100.000, es ist zu erwarten, dass dies bald über 100 geht, ggf. werden noch benachbarte Kreise betroffen werden
  - Geschehen ist sehr groß und komplex und wird möglicherweise auch andere BL betreffen
  - >700 MA von Tönnies und Unterunternehmen wurden positiv getestet, Nenner ist nicht ganz klar, ca. 2.000 von 7.000 MA
  - Wenn Testungen ausgeweitet werden, werden eventuell auch Ausbrüche in anderen Betrieben erkannt, es wird sich über die kommenden Tage und Wochen ziehen bis alle getestet und Ergebnisse verfügbar sind
  - Ausbruch vermutlich der bisher größte in Deutschland, es gibt viele überlappende Faktoren, Wohn- und Arbeitssituation sind problematisch, hinzukommt die wiederhergestellte Reisefreiheit ! Heimreisen in Ursprungsländer der MA kann zu Infektionsexporten führen
  - Gütersloh hatte im März eine Rückkehrerwelle aus Österreich
  - Anfang Mai hatte Tönnies bereits alle MA getestet



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sporadische Fälle und langsamer Fallanstieg in der Fleischindustrie ab Mitte Mai (Erkrankungsbeginn-Daten), Ursprung ist nicht ganz klar aber nach Amtsärztin Fr. Bunte war es eine Mischung aus Tests durch Tönnies bei Reiserückkehrern und Neueinstellungen sowie symptomatischen Personen (Minderheit)</li> <li>▪ Epikurve (Christina Frank) mit Peak am 16.06. beruht bei neuen Fällen nicht auf Erkrankungsbeginn sondern vermutlich Testdatum</li> <li>▪ Tönnies ist relativ offen und vermutet niedrige Temperaturen als begünstigenden Faktor, Sequenzen könnten mit denen anderer aus der Fleischindustrie verglichen werden</li> <li>▪ GA benötigt Unterstützung um KoNa und Management zu sichern, Sicherung qualitativer Daten stellt eine Herausforderung dar</li> <li>▪ Insgesamt hohe Komplexität auch wegen der Werksverträge</li> <li>▪ 15 Containment Scouts sind vor Ort und wurden bereits vor dem Ausbruch von dort angefordert</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Eine Gruppe aus Abteilung 3 beschäftigt sich hiermit und bereitet den Einsatz vor, Viviane Bremer koordiniert, das Ausbruchsteam ist bereit</li> <li>▪ Genaues Amtshilfeersuchen wird abgewartet um zu verstehen, was vom RKI erwünscht ist</li> <li>▪ Bundeswehr und Fr Teichert/ÖGD haben auch Unterstützungsanfragen erhalten</li> <li>○ Auch andere große Ausbrüche in Deutschland sollten analysiert werden um nicht einen möglichen Trend zu verpassen</li> <li>○ Heute findet ein Gespräch mit Göttingen statt, aus Erfahrung ist es sinnvoll und besser, nicht zu proaktiv vorzupreschen, sondern abzuwarten, bis Auftrag und Ansprechpartner feststehen</li> <li>○ Es gibt neben den genannten großen auch Ausbrüche in privatem Umfeld, Alten- und Pflegeheimen</li> <li>○ 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</li> </ul>	
--	--	--

	<p>! Testkapazität und Testungen: Positivrate liegt bei 0,8%, &gt;2.600 positiv, &gt;320.000 Testungen (insgesamt &gt;5 Mio.)</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>Ausweisung der Risikogebiete und Labore</b></p> <p>! RKI PHI und Presseteam sind beschäftigt hiermit und handhaben die Herausforderung sehr gut</p> <p>! Nächste Abstimmung heute im Anschluss an den Krisenstab</p> <p>! RKI-Pressestelle benötigt ein komplettes Word-Dokument zu den Risikogebieten, welches auch archiviert werden kann</p> <p>! Gestern kam eine E-Mail von Hr. Sangs über das LZ, dass Länder korrekt ausgewiesen werden müssen, dies ist politisch nicht einfach und nicht RKI-Aufgabe</p> <p>! Die Erwartungshaltung von außen/BMG ist, dass Dinge extrem schnell auf die Webseite gestellt werden (oft Nachfrage nach 10 Minuten), es ist teilweise mehr Zeit notwendig</p> <p>! Johanna Hanefeld bespricht erneut die Rahmenbedingungen mit dem BMG/AA</p> <p><b>Andere internationale Neuigkeiten</b></p> <p>! Zentralasiatische Republiken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Turkmenistan: Muna Abu Sin (FG37) fährt in 10d auf einen gemeinsamen Einsatz von RKI und WHO nach Turkmenistan, das Land bestreitet, Fälle zu haben obwohl eine neue Form der Pneumonie bei Fällen identifiziert wurde</li> <li>○ Tadschikistan: eine WHO, PHE und RKI scoping mission wird geplant, das EMT Angebot von Deutschland wurde in letzter Instanz nicht vom Land angenommen</li> <li>○ Armenien: Hilfeersuchen über AA, Montag startet eine WHO Mission, aktuell wird auch auf Anfrage ein EMT Vorschlag vom RKI vorbereitet; Armenien ist generell offener mit Informationen und hat aktuell einen starken Fallzuwachs, es gibt dort viel Labourmigration und Bevölkerungsbewegung im Agrar- und Landwirtschaftsbereich welches als treibender Faktor gesehen wird</li> </ul> <p>! Äthiopien: ebenfalls Bitte um Unterstützung, seit kurzem gibt es vermehrt Fälle, das Land bemüht sich, Testkapazitäten aufzubauen, ZIG steht im Austausch mit BMZ und Dt. Botschaft vor Ort zu einer möglichen Unterstützung, wird auch aufgrund der engen Kollaboration mit Africa CDC als wichtig erachtet, deren Hauptsitz in Addis ist</p> <p>! Brasilien: Hilfeersuchen an mehrere Institutionen in Deutschland, die brasilianische Bundesregierung wünscht keine Hilfe, und die Ersuche erfolgen von Staaten oder Städten, politisch nicht einfach</p> <p>! Diese bei ZIG eingehende Hilfeersuche führen nicht immer zur Umsetzung, sie werden von den Ländern oft an viele Empfänger geschickt, RKI und andere Institutionen und Organisation lernen, wie dies am besten angegangen wird</p>	



3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p><b>Studienergebnisse: Estimatig the effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 in Europe (Nature Publikation <a href="#">Link</a>), Flaxman et al., siehe <a href="#">Folien</a></b></p> <p>! Eine Gruppe aus Abteilung 3 hat ihre Einschätzung zur o.g. genannten Studie zusammengefasst und vorgetragen (s. Folien)</p> <p>! Ziel der Studie: Schätzung der verschiedenen Einzeleffekte der Maßnahmen in 11 europäischen Ländern</p> <p>! Methode: Transmissionsmodellierung aufgrund der Todesfallverlaufszahlen basierend auf den an das ECDC übermittelten Daten</p> <p>! Ergebnisse für Deutschland: Mit letzter eingeführter Maßnahme (Lockdown 23.03.) deutliche Senkung von R, alle Vorherigen Maßnahmen zeigten kaum einen Effekt</p> <p>! Limitationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von Sterbefällen wird auf R zurückgerechnet, zentrale Annahme ist der Verzug wann R-Änderung Einfluss auf die Sterbefälle hat</li> <li>○ Studie berücksichtigt nicht, dass die ans ECDC gemeldeten Daten nicht den beobachteten Verlauf, der in SurvStat gesehen werden kann, darstellt</li> <li>○ Meldeverzug von mindestens 5 Tagen ist noch darin enthalten jedoch in der Modellierung nicht berücksichtigt, Änderungen könnten früher eintreten</li> </ul> <p>! Das Transmissionsgeschehen in Deutschland hat die Risikogruppen mit einer Verzögerung erreicht, dies ist ein impliziter Transmissionsverzug, der sich auch auf R auswirkt</p> <p>! Studie nimmt an, dass sich R mit dem Tag des Maßnahmenbeschlusses ändert und berücksichtigt nicht, dass Maßnahmen ggf. zeitlich verschoben Auswirkungen haben, eine Erörterung der Einzeleffekte von Maßnahmen ist schwierig</p> <p>! Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Studie ist ein Versuch, den Zusammenhang zwischen Maßnahmen und Infektionsgeschehen zu analysieren</li> <li>○ Die Autoren erkennen an, dass die Annahmen grob sind und hoffen, dies wird durch die Daten der zahlreichen Länder ausgegült</li> <li>○ Todesfälle sind weit entfernt vom Transmissionsgeschehen, nur ein Teil der Bevölkerung spiegelt das Transmissionsgeschehen ab</li> <li>○ Zusammenhänge sind nicht kausal zu sehen</li> <li>○ Konklusion dass Rückgang von R fast alleinig auf Lockdown zurückzuführen ist, ist nicht plausibel</li> </ul>	Abt. 3/ FG34

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auswirkungen der Maßnahmen sind nicht auf Daten von vulnerablen Gruppen sondern auf die in der Allgemeinbevölkerung zurückzuführen</li> <li>○ Ergebnis für Deutschland nicht sehr aussagekräftig</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch hinter der Studie ist, Lockdown-Maßnahmen zu rechtfertigen, der präventive Charakter der Maßnahmen wurde nicht genügend in den Vordergrund gestellt</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Präventiver Effekt der Maßnahmen ist essentiell, es kann nicht reaktiv agiert werden</li> <li>○ Narrative zum Verlauf wäre auch hinsichtlich der Verfahrensweise im Strategiepapier</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Noch stets Rückmeldung vom BMG erwartet</p>	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! CWA: Zustimmung und Kritik, bekannte Punkte</li> <li>! Es gibt vermehrt Fragen zu den regionalen Hygieneauflagen</li> <li>! Thema aus der Telefonberatung: psychische Notlagen im weitesten Sinne und über die gesamte Bevölkerung (altersunabhängig)</li> <li>! Institutionsübergreifende Vorbereitung des Themas Influenza</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! CWA: ähnlich BZgA, einige Anfragen, wurde gut vorbereitet</li> <li>! Nächste Woche erscheint im EpiBull ein Artikel zur Inanspruchnahme der deutschen Notaufnahmen (Madlen Schranz, FG32)</li> <li>! Wochenenddienste sind Rufbereitschaft, d.h. Presse muss bei Bedarf aktiv angerufen werden, Nummern werden jeden Freitag an das LZ kommuniziert</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>7</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Iris Andernach geht in Urlaub und Irina Czogiel übernimmt und wird in Zukunft am Krisenstab teilnehmen</p>	
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Vorstellung Strategiepapier COVID-19-Response, Update Nr. 4, (<a href="#">Link</a>)</b></p> <p>! Entwurf ist im Wesentlichen ähnlich dem vorherigen Papier, Motto: kein massiver Anstieg sondern einzelne Cluster erwartet</p> <p>! Beinhaltet sind mehrere klare Handlungsempfehlungen, um das Geschehen weiter gering zu halten</p> <p>! Einzig große Veränderung seit dem letztem Entwurf ist die Inklusion der Vorbereitung auf einen Impfstoff</p> <p>! Am Ende des Papiers stehen die 6 großen Forschungsfragen</p> <p>! Weiteres Vorgehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gerne Kommentare und Ergänzungen an Johanna Hanefeld bis Montag</li> <li>○ Anfang nächster Woche wird es an das an BMG geschickt mit dem Hinweis, dass es im EpiBull veröffentlichen werden soll</li> </ul> <p>! Die Grundzüge des Strategiepapiers können als Narrative für ein Overviewpaper zur Strategie in Deutschland dienen, dies könnte teils Rückblick teils Vorausschau sein und Aspekte beinhalten, die bis zur weitläufigen Bereitstellung eines Impfstoffes wichtig bzw. zu Bedenken sind</p> <p>! Krisenstab ist mit Vorgehen einverstanden</p> <p><b>Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (<a href="#">Link</a>)</b></p> <p>! Es gab einen erheblicher Kommentierungsbedarf durch BMI und BL, das Dokument ist in seiner RKI-Urfassung auf der Homepage von Pro Asyl, Ziel ist ein abgestimmtes Papier, gestern gab es eine 2-stündige Verhandlung mit BMI und BMG</p> <p>! Herausforderung ist die Unterbringungssituation in Erstaufnahmeeinrichtungen, wo sich viele Menschen auf engem Raum ein Zimmer teilen, teilweise unverwandt und unbekannt, diese Situation führt maßgeblich zu vermehrten Infektionen</p> <p>! BewohnerInnen eines Zimmers können nicht automatisch als Hausstand angesehen werden, auch diese Menschen sollen das</p>	<p>ZIG</p> <p>FG32/FG34</p>

	<p>Recht und die Möglichkeit haben, sich zu schützen und Distanzhaltung durchzuführen, Entzerrungen sind notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMI möchte Gruppen, die unfreiwillig eng zusammenwohnen als einen Hausstand definieren damit akzeptabel ist, dass Abstandshaltung nicht umsetzbar ist und hält sehr daran fest</li> <li>! Das RKI kann dies nicht mittragen, Abstandshaltung sollte für nicht verwandte/bekannte möglich sein</li> <li>! Betroffene Absätze (auch auf Prävention und nicht nur Ausbruchssituationen bezogen) wurden vom RKI abgestimmt kommentiert, Rückmeldung muss heute bis 13 Uhr ans BMG</li> <li>! Dies hat Parallelen zu KKH-Zimmern, in denen Patienten auch durch Teilen des Bades generell als KP Kategorie I einzustufen sind</li> <li>! Woher kommt der Begriff Hausstand? Nicht ganz klar, das BMI ist wenig vertraut mit dem IfSG, will sich jedoch an die Verordnung halten</li> </ul> <p><b>Entlasskriterien Entwurf (<a href="#">Link</a>), 3 Anpassungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! 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 Niedrigprävalenzsettings sollen Verlaufs-PCR-Testungen an zwei Tagen und Probeorten erfolgen um das Risiko der Entlassung falsch-negativer Fälle zu verhindern</li> <li>! 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</li> <li>! Nächste Schritte: Entwurf wird noch grafisch verbessert und anschließend mit KL, STAKOB, Krisenstab und AGI geteilt, danach Publikation</li> <li>! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Ist zweifache Testung bei asymptomatischen Fällen übertrieben? Es wird überlegt, ob einmalige Testung genügt, Charité macht es mehrfach aber ggf. nicht alle, dies ist auch Prävalenzabhängig; Herr von</li> </ul> </li> </ul>	<p>IBBS</p>
--	--	-------------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kleist hat berechnet, wie viele Fälle möglicherweise mit einfacher Testung nicht erreicht würden (6%), durch eine Serienschaltung würden mehr Fälle identifiziert; im Niedrigprävalenzsetting ist die Rate der falsch positiven höher und kann zur Zumutung von unberechtigter Isolierung für 10 oder 14 Tage führen (z.B. wenn eine Person aus anderem Grund eingewiesen und überraschend positiv getestet wird und deswegen auf die Isolierstation kommt), die KKH sitzen dies nicht ab sondern testen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ PCR ist für SARS-CoV-2 weniger zuverlässig als für manche andere Erreger, die Spezifität bei Ringversuchen lag teilweise bei 92% und nicht über 98%</li> </ul> <p>! Das Dokument wird in seiner aktuellen Version in die Abstimmung gegeben um die Reaktionen zu sehen</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Thema</b></p> <p>! Es sind viele und knapp 900 Proben eingegangen, Positivenrate liegt bei 13,5% (knapp 120), dies ist begründet durch viele Proben von Wohnkomplexen, Wohn- und Pflegeheimen und Familienclustern</p> <p>! MF Sequenzanalysen (s.o. unter Lage National): bitte Proben hierhin leiten, auch aus FG17 und ZBS1 um über die Dynamik von Ausbrüchen Informationen zu gewinnen,</p> <p>! Vorherige Anzucht ist nicht per se notwendig und von den Methoden der primären Extraktion (in FG17 und ZBS1) abhängig</p> <p>! O.g. Proben wurden bereits von Frau Pilz (MF) abgeholt</p> <p>! Update FG17 (leider akustisch nicht verstanden, bitte bei Bedarf ergänzen)</p>	FG17 ZBS1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! S. unter Dokumente Entlasskriterien</p>	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Ausbruch Gütersloh</b></p> <p>! S. oben unter Lage National</p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	

13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p><b>Kreuzfahrt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kreuzschiffahrten möchten den Betrieb wieder aufnehmen, zunächst aufs Meer fahren und in 2. Stufe im europäischen Raum, dies wird mit entsprechenden Hygienekonzepten umgesetzt</li> <li>! Der verantwortliche Arbeitskreis (AkKü) hält am Mo eine TK hierzu</li> </ul> <p><b>Flugverkehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Diskussion mit der AGI zum Thema wird nächsten Montag weitergeführt</li> <li>! EASA und ECDC Empfehlung zum Flugverkehr wird weiter diskutiert, z.B. wer diese unterzeichnet und eine Länderbefragung wird stattfinden</li> </ul>	FG32
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 22.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.06.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
- ! FG33
  - Sabine Vygen-Bonnet
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher

- ! ZBS1
  - Marica Grossegesse
  - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Basel Karo
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Irina Czogiel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Ca. 8,8 Mio. Fälle und &gt; 460.000 Verstorbene (4,5%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterhin die meisten Fälle in USA und Brasilien</li> <li>○ Indien: starke Tendenz nach oben</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ weniger Länder in Europa mit einer Inzidenz von &gt; 50 Fälle pro 100.000: Schweden und Weißrussland liegen nicht mehr über dieser Schwelle (Schweden jedoch nur knapp darunter)</li> <li>○ Stark betroffen sind Lateinamerika und USA.</li> </ul> </li> <li>! Publikation: Contact Tracing Assessment of COVID-19 Transmission Dynamics in Taiwan and Risk at Different Exposure Periods <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Untersucht wurden Übertragungsdynamik und -risiko zu verschiedenen Expositionszeiträumen</li> <li>○ 100 Indexfälle mit 2.761 Kontakten wurden bis 14 Tage nach der der letzten Exposition verfolgt.</li> <li>○ Definition Expositionszeit: beginnt 4 Tage vor Symptombeginn des Indexfall, bei asymptomatischem Indexfall: ab Datum der Bestätigung,</li> <li>○ Definition Kontakt: Face-to-Face ohne Maske für &gt; 15 min, bei HCW: 2 m ohne N95 Maske</li> <li>○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 100 Indexfälle, davon 9 asymptomatisch; 2.761 Kontakte: Haushaltskontakte, Nicht-Haushalts-Familienkontakte, HCW-Kontakte, Andere</li> <li>▪ Es wurden 22 Sekundärfälle, davon 4 asymptomatisch, identifiziert. Keiner der 9 asymptomatischen Indexfälle übertrug einen sekundären Fall.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle 22 sekundären Fälle hatten ihre erste Exposition innerhalb 5 Tagen nach Symptombeginn des Indexfalles.</li> <li>▪ Höheres Risiko einer Infektion bei Haushalts- und Familienkontakten, bei einem Kontakt vor und bis 5 Tage nach Symptombeginn. Höheres Risiko bei höherem Alter und schweren Symptomen des Indexfalls.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schlussfolgerungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höheres Übertragungsrisiko um den Zeitpunkt des Symptombeginns, niedrigeres im späteren Verlauf der Erkrankung des Indexfalles.</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Ein KH-Aufenthalt für die Isolierung zur Reduzierung der Übertragung scheint nicht notwendig.</li> </ul> </li> <li>○ Berücksichtigt werden sollte: es handelt sich um eine besondere Situation mit einem sehr geringen R.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 190.359 (+537), davon 8.885 (4,7%) Todesfälle (+3), Inzidenz 229/100.000 Einw., ca. 175.300 Genesene, Reff=2,76</li> <li>○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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?</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p>
--	--	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Berichte am Sonntag und Montag verzichtet werden, da sie ein unvollständiges Bild zeigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die TK mit dem BMG wurde auf Di und Do reduziert, deshalb konnte das Thema in der TK noch nicht angesprochen werden. Fr. Diercke übernimmt am Dienstag die TK mit dem BMG.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Differenz zum Vortag in den Landkreisen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folie beschreibt Übermittlungsartefakte und hängt damit zusammen, wie viele GA am Wochenende übermitteln.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 18.06 Anstieg auf ca. 3.600 Fälle in den letzten 7 Tagen. Ist die Darstellung sinnvoll? Im Moment kann auf sie verzichtet werden, da der Anstieg in erster Linie auf Cluster zurückzuführen ist.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Bremen findet noch keinen Anschluss an die anderen Länder, dies liegt an verschiedenen AusbruchsGeschehen in Bremen. Möglicherweise ähnlich wie in anderen kreisfreien Städten.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 148 LK keine Fälle. Es fehlen noch Fälle in Gütersloh, die hohen Inzidenzen in Warendorf hängen mit dem Ausbruch in Gütersloh zusammen.</li> </ul> </li> <li>○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen &gt; 50 bzw. &gt; 35 Fälle / 100.000: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 50 Fälle: LK Gütersloh</li> <li>▪ &gt;35 Fälle: LK Göttingen, LK Warendorf</li> </ul> </li> <li>○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Amtshilfeersuchen aus Berlin, Gütersloh/Warendorf und Göttingen</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Gütersloh</u> Fleischverarbeitung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fr. Frank, Hr. Koppe, Fr. Lachmann sind vor Ort. 1.331 positive Testergebnisse, &gt; 1.000 stehen noch aus.</li> <li>▪ Es gibt eine unterschiedlich hohe Attack Rate. Vor allem in der Schweinezerlegung ist der Positivenanteil sehr hoch.</li> <li>▪ Die Mitarbeiter wohnen auch in den umliegenden LK. Über weitere Maßnahmen wird nachgedacht.</li> <li>▪ 14 Infizierte sind ohne jede Verbindung zum Betrieb. Problematisch sind auch 18 LKW-Fahrer.</li> <li>▪ Es gibt einen Rückstau bei der Eingabe. Die Verbindung mit den Adressen ist schwierig, zum Teil wurden die Daten auch falsch eingegeben. Das GA verwendet nicht SurvNet, sondern ISGA.</li> <li>▪ Es wurde umfangreich abgestrichen. Die Kommunikation ist schwierig, Dolmetscher sind nötig und die Auskunftsfreude ist nicht sehr hoch. Es gibt Angst vor Behörden und dem medizinischen System.</li> <li>▪ Gibt es belastbare Gründe für die späte Entdeckung des Ausbruchs in Gütersloh? Hinweise: Leute hatten die Anweisung, sich ärztlich nicht vorzustellen und sind nur als ganze Gruppe zum Arzt gegangen, da sie sonst Angst vor einer Entlassung hatten (Fr. Frank). Es gab offensichtlich keinen niederschweligen Zugang zum deutschen Gesundheitswesen.</li> <li>▪ Ob die Ansteckung am Arbeitsplatz oder in der Unterkunft erfolgte, ist im Moment noch klar. In den hauptsächlich betroffenen Betriebsbereichen, wohnen die Mitarbeiter auch eher prekär.</li> <li>▪ Eine Studie soll durchgeführt werden.</li> <li>▪ Ist die Empfehlung eines Kontaktverbots für diesen LK sinnvoll? Politische Entscheidungen liegen nicht in unserer Hand.</li> <li>▪ Von 7.000 Mitarbeitern sind knapp 4.000 Rumänen, die relativ abgegrenzt von übriger Bevölkerung sind, deshalb wurde bisher auf generelle Maßnahmen noch verzichtet.</li> </ul> </li> <li>○ <u>Göttingen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptsächlich ist der Stadtkreis betroffen. Das Ausbruchsteam ist zurück. Die Containment Scouts</li> </ul> </li> </ul>	FG34
--	--	------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>bleiben noch etwas länger.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 120 Personen waren positiv. Auch hier waren Sprachmittler notwendig und es gab Probleme bei der Kommunikation mit verschiedenen Akteuren.</li> <li>▪ 1 Fall in Friedberg in einem Aufnahmelager für Asylsuchende</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Magdeburg</u>: Es wurden am Wochenende einige Fälle übermittelt.</li> </ul> <p>! R-Wert Erhöhungen: Handelt es sich um einen generellen Trend oder ist der Anstieg mit Ausbrüchen zu begründen? (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung Nowcasting + R-Wert: In den letzte 30 Tage Anstieg, durch Glättung ist der Anstieg nach 16.06. verschoben.</li> <li>○ Entwicklung ohne Gütersloh, Warendorf, Göttingen und Magdeburg: Scala reduziert sich auf die Hälfte, trotzdem ist ein leichter Anstieg zu beobachten. Der R-Wert ist weiter über 1.</li> <li>○ Der Anstieg lässt sich nicht komplett auf die 4 Ausbrüche zurückzuführen, vermutlich gibt es auch mehrere kleinere Ausbruchsgeschehen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Frage: Maßnahmen müssen frühzeitig einsetzen. Wie viele Wochen kann die derzeitige Entwicklung beobachtet werden, ohne eine Verschärfung der Maßnahmen zu empfehlen?</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Das Geschehen in Berlin wurde zunächst nicht aus der Berechnung rausgenommen werden, da viel diffuser, betroffen sind viele Stadtbezirke.</li> <li>○ Bei vielen anderen BL gibt es noch keine großen Bedenken,</li> </ul>	
--	---	--

	<p>148 LK sind ganz ohne Fälle.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der R-Wert muss zusammen mit den absoluten Fallzahlen zusammen betrachtet werden.</li> <li>○ In der Pressekonferenz morgen sollte darauf hingewiesen werden, dass Armut Infektionskrankheiten macht (Robert Koch).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Clusteranalyse geht in diese Richtung, die Gesamtheit aller Cluster muss betrachtet werden.</li> <li>○ Es gibt zwischenzeitlich ein Team aus Abt. 3 unter Leitung von Fr. Buda. Bei wöchentlichen Treffen werden die Daten gemeinsam in einem internen Dashboard diskutiert.</li> <li>○ Bei der geografischen Darstellung gibt es viele weiße LK im Süden, NRW sticht im Moment hervor.</li> <li>○ Der Bericht sollte umgestaltet werden und jedes BL für sich mit entsprechenden Cluster und Infektionsgeschehen betrachtet werden.</li> <li>○ Großstädte sollten gezielter angesehen werden.</li> <li>○ Die Datenqualität des Meldesystems sollte verbessert werden, dies setzt mehr Personal vor Ort voraus. Das System ist geeignet um Signale zu erkennen.</li> <li>○ Syndromische Surveillance, Testung, Medienscreening sind Datenquellen für aktuelle Entwicklungen. Im Herbst soll das Grippeweb größer ausgerollt werden, die Bevölkerung kann dann aktiv mitarbeiten.</li> <li>○ Eine systematische Information über große Veranstaltungen wäre sinnvoll, ist aber nicht realistisch.</li> <li>○ Prekäre Gruppen, die im Moment das Geschehen triggern, nutzen die Corona-Warn-App eher nicht.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Im Moment kommen 1/3 aller Fälle aus einem LK, in 350 von 400 LK gibt es nur minimales Geschehen.</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mittlerweile über 10 Mio. Downloads</li> <li>! Feedback in Medien insgesamt gut und in der Bevölkerung positiv, da extrem datenschutzkonform.</li> <li>! Kritikpunkte: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Mehr Sprachen sollten verfügbar sein.</li> <li>○ Kein Erwerb in App-Stores außerhalb von Deutschland möglich.</li> </ul> </li> <li>! Workflows funktionieren gerade gut. Bisher sind ca. 4.600 Emails eingegangen, die von ca. 25 aktiven Personen bearbeitet wurden.</li> <li>! 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.</li> <li>! Neben der Fehlerbehebung stellt sich die Frage, wie die App evaluiert werden soll.</li> <li>! 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.</li> <li>! Wie viele positive Befunde sind der App bisher gemeldet worden? Hierzu gibt es im Moment noch keine Information, wäre aber sinnvoll.</li> </ul>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p><b>Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern &lt; 10 Jahren (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kooperation DJI und RKI unter Federführung DJI: läuft seit 1.Juni und soll schrittweise die Öffnung der Kitas begleiten.</li> <li>! Ziel: Klärung wie stark das Öffnungsgeschehen mit gehäuften Infektionen von Kindern und Erwachsenen einhergeht.</li> <li>! Forschungsfragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unter welchen Bedingungen wird die schrittweise Öffnung aktuell angeboten?</li> <li>○ Welche Herausforderungen sind für die Einrichtungen, das Personal, die Kinder sowie die Eltern von besonderer Bedeutung?</li> </ul> </li> </ul>	FG36

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unter welchen Voraussetzungen gelingt eine schrittweise, kontrollierte Öffnung?</li> <li>○ Wie hoch sind die damit einhergehenden Erkrankungsrisiken für alle Beteiligten?</li> <li>○ Welche Rolle spielt die Gestaltung der Betreuung für die weitere Verbreitung von SARS-CoV-2? Welche Rolle kommt dabei Kindern zu?</li> </ul> <p>! Es gibt 4 Module, 2 davon unter FF des RKI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modul 3: Auswertung der Meldedaten und der syndromischen Surveillance (Abt. 3). Erkrankungs-Monitoring bei Kindern durch bestehende Surveillance-Instrumente + Meldewesen. Ziel: Informationsgehalt dieser zu verbessern.</li> <li>○ Modul 4: Anlassbezogene Testung in Kitas bei aufgetretener Infektion (Abt. 2). Vor Ort Symptomerhebung + Probenahmen; Befragungen, um Infektionsnetzwerke besser zu verstehen.</li> </ul> <p>! Begonnen wird mit einem Systematischen Monitoring der Literatur und der Erstellung einer Plattform für laufende Studien. Wie viele und mit welchem Ziel werden Studien in Deutschland durchgeführt?</p> <p>! 1. Monatsbericht: DJI hat alle Länder zur Öffnung der Kindertagesbetreuung befragt. In KW 18 startete Phase II der Kitaöffnung nach kompletten Lockdown in fast allen BL.</p> <p>! GrippeWeb: akute respiratorische Erkrankungen waren deutlich rückläufig seit Kitaschließungen und Lockdown.</p> <p>! Entwicklung Fallzahlen bei Kindern zwischen 0-5 Jahren: ca. 1,4% an allen übermittelten Fällen. Kitaschließung und Lockdown hatte deutlichen Einfluss, aktuell ist ein möglicher Anstieg der Fallzahlen sichtbar.</p> <p>! Meldeinzidenz mit &gt; 10jährigen vergleichen, gesamt Meldeinzidenz, Altersgruppen Kinder unter 10 Jahren, relativ konstante Inzidenz, Anteil an allen Fällen nimmt zu, absolute Fallzahlen auf niedrigen Niveau,</p> <p>! Geplant ist in Zukunft 2-3 Folien jeden Montag beizusteuern.</p> <p>! Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Wie viele sind symptomatisch, wie viele hospitalisiert? Symptomatik ist in den Meldezahlen enthalten.</li> <li>○ Sind die Hygienekonzepte in Einrichtungen vergleichbar? Es wird untersucht, welche Hygienekonzepte verwendet werden und welche sich bewähren.</li> <li>○ Inwieweit ist der Kulturbereich der Länder einbezogen? Das Familienministerium ist mit einbezogen und wird monatlich informiert. Es gibt einen engen Schulterschluss mit den Fachgesellschaften.</li> </ul> <p>! Das BMG hat in der AG Diagnostik nach der Sinnhaftigkeit eines Screening bei Betreuern nachgefragt. In wieweit sind die Betreuer miteingebunden? Bei Untersuchungen vor Ort werden</p>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	sie ins Infektionsnetzwerk miteinbezogen. In den Meldedaten soll der Informationsgehalt hierzu verbessert werden.	
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	
<b>6</b>	<b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>  ! Auf Mittwoch verschoben  <b>Presse</b>  ! Morgen findet ein Pressebriefing statt. Das Pressebriefing wird in 2 Teile geteilt sein. Den 1.Part übernimmt Hr. Wieler, den 2. Teil Fr. Rexroth. Angedacht ist, dass Fr. Rexroth aktiv kommunizieren und nicht nur für Nachfragen zur Verfügung stehen wird.  ! Es wird keine neue Ausweisung von Risikogebieten innerhalb Deutschlands geben. Die Risikogebiete wurden von der 7-Tages-Inzidenz > 50/100.000 abgelöst.	BZgA   Presse
<b>7</b>	<b>Neues aus dem BMG</b>  ! ÖGD-Kontaktstelle: im Ministergespräch keine Einwände zum Vorschlag. ! 50 Mio. Euro für Modernisierung ÖGD: Verwaltungsvereinbarung zur praktischen Umsetzung ist in Arbeit. ! Pakt für ÖGD: langfristig ab 2022; Rekrutierung von ärztlichen Personal; Entwurf wird erstellt. ! EU-Abstimmung für Einreise aus Drittstaaten: Erarbeiten einer Regelung bis zum 01.07 ist geplant. Es gab Zustimmung zum Vorschlag von Deutschland auch qualitative Kriterien miteinzubeziehen. Über welchem Grenzwert das quantitative Kriterium liegen soll, wird noch diskutiert.	BMG-Liaison
<b>8</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>a) Allgemein</b>  ! AGI: Unterstützung der Bundesländer untereinander bei größeren Geschehen (Bsp. Gütersloh) (siehe E-Mail Hr. Schaade, 19.06.2020, 21:07)  ○ Angefragt waren 100 Teams à 5 Personen mit PKW.  ○ Gibt es Überlegungen, dass BL sich gegenseitig unterstützen? Hatte Fr. Rexroth bereits in der AGI in Bezug auf Labore gefragt. Dies erwies sich schwieriger als gedacht, ist im Laborbereich zwischenzeitlich jedoch zum Teil	FG32

	<p>möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Idee einer gegenseitigen Unterstützung sollte intensiviert werden und auf die Tagesordnung der AGI gesetzt werden.</li> <li>○ Es muss bedacht werden, dass Landesbehörden stark begrenzte Kapazitäten hinsichtlich personeller Ressourcen haben.</li> <li>○ Containment Scouts könnten über Landesgrenzen hinweg verschoben werden.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Bewertung aktuelle Situation: Ansammlung von Ausbrüchen oder Veränderung des allgemeinen Trends?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Siehe aktuelle Lage</li> </ul>	
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Empfehlungen zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende</b></p> <p>! Am Freitag fand eine Einigung dahingehend statt, dass BewohnerInnen eines Zimmers nicht automatisch als Hausstand angesehen werden können und auch diese Menschen das Recht und die Möglichkeit haben sollen, sich zu schützen und Distanzhaltung durchzuführen.</p> <p>! Dieser Vorschlag wurde vom BMI abgelehnt. Das BMI betrachtet Personen, die sich ein Zimmer teilen, als Hausstand. Hintergrund ist die Befürchtung von Klagen gegen die Unterbringungssituation. Personen mit Risikofaktoren bekamen bereits das Recht zugesprochen, für den Zeitraum der Pandemie auszuziehen.</p> <p>! Heute Nachmittag findet diesbezüglich eine TK statt.</p> <p>! Die RKI-Position bleibt: Personen, die nicht in einer Bezugsgruppe sind, müssen die Möglichkeit haben Abstand zu halten. Hier kann nicht nachgegeben werden, die Empfehlung wird von RKI-Seite nicht mitveröffentlicht werden.</p> <p>! Eine Entwurfsfassung des Papiers vom RKI ist z.B. auf den Seiten von Pro Asyl zu finden. Hierauf könnten Anfragen der Presse verwiesen werden.</p> <p>! Das Papier wird, wenn das BMI auf seiner Haltung beharrt, unter dem Namen des BMG/ BMI veröffentlicht werden. Das RKI tritt dann als Autor des Papiers nicht mit in Erscheinung.</p>	FG32 / Alle
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Letzte Woche sind 400 Proben eingegangen, nicht viele davon waren positiv.</p> <p>! Bei FG17 sind 73 Proben eingegangen, davon kein SARS-CoV-2 Nachweis.</p>	ZBS1 FG17



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Vorschlag Frau Suckau-Hagel/Herr Drosten -> Verkürzung der Absonderung (siehe E-Mail, 19.06.2020, 21:19 Uhr) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus einer Beratung des Berliner Senats mit Hr. Drosten entstand der Vorschlag erkrankte Personen, die in überbelegten Wohnungen leben, 4 Tage aus dem häuslichen Umfeld heraus zunehmen und an einem anderen Ort zu isolieren.</li> <li>○ Im RKI-Papier zur Endisolierung sind 10 Tage vorgesehen.</li> <li>○ Vorschlag: Das Papier vom RKI wird morgen sowieso in der AGI thematisiert. Bei dieser Gelegenheit sollte der Vorschlag aus Berlin kurz angesprochen werden. Es soll hierzu keine Zusatzempfehlung vom RKI geben.</li> </ul>	Alle
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Ausbruch Gütersloh <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Siehe aktuelle Lage</li> </ul> ! Amtshilfeersuchen Berlin Neukölln <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abt. 3 wird eruieren, was machbar ist.</li> </ul>	Abt.3
13	<b>Surveillance</b> ! Laborbasierte Surveillance ARS <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auf Mittwoch verschoben</li> </ul>	FG37
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
16	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	Alle
17	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	24.06.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
  - Sebastian Voigt
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walther Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG1



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



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: &gt;9 Mio. Fälle und &gt;470.000 Todesfälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei allen 10 schwankt R-Wert um 1, Russland und Pakistan zeigen abnehmenden Trend, alle anderen ansteigend</li> <li>▪ Top 3 Brasilien, USA und Indien weisen ungefähr die gleiche Verdopplungszeit vor, alle drei haben &gt;70.000 neue Fälle/letzte 7 Tage</li> <li>▪ <u>Brasilien</u>: Peak beruht auf Nachmeldungen aufgrund von Meldeverzug, die Lage bleibt angespannt, Positivanteil je nach Provinz bis zu 31%</li> <li>▪ <u>Indien</u>: Maßnahmenlockerung aus wirtschaftlichen Gründen, darauf folgender Fallzahlenanstieg, Gesundheitseinrichtungen stehen unter Druck, ein mobiles Labor ist verfügbar aber ungenügend</li> <li>▪ <u>USA</u>: Fallzahlen ansteigend in vielen Staaten, z.B. Kalifornien, Texas, etc. teilweise wurden hier vor kurzem Lockerungen eingeführt wurden</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: 16 Länder in Europa, Asien und Amerika <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu auf dieser Liste sind Bolivien und San Marino, die anderen sind gleich geblieben</li> <li>▪ <u>Saudi Arabien</u>: seit Sonntag Lockerungen, der Hadsch im Juli wird stark eingeschränkt, nur 1.000 Pilger aus Saudi Arabien sind geplant</li> </ul> </li> <li>○ Veränderung 7-Tages-Inzidenz zur vorhergehenden <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Australien</u>: lange stabile und gute Situation, nun vermehrt Ausbrüche z.B. in Quarantänehotels und in Familienfällen, 1. Todesfall nach &gt;1 Monat ohne, steigende Fallzahlen</li> <li>▪ <u>Südkorea</u>: erneuter Schub von autochthonen Fällen, z.B. unter Menschen die zur Arbeit, in Gebetshäuser und Clubs gehen; außerhalb von Seoul nur geringe lokale Übertragungen</li> <li>▪ <u>Amerikanischer Kontinent</u>: besorgniserregende Entwicklungen, Hälfte der Fälle weltweit</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage, wenig neues im Vergleich zu letzter Woche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Peaks in Irak und Chile sind auf Meldeverzug bzw.- Nachmeldungen von Fällen zurückzuführen</li> <li>▪ Die Trends sind generell gleich geblieben</li> <li>▪ In mehreren Ländern werden aus wirtschaftli-</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<p>chen Gründe die Maßnahmen gelockert was zu Fallzahlenanstieg führt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO Ankündigung: Influenzasaison startet langsam in der Südhalbkugel, Kapazitätenprobleme sind möglich</li> <li>○ Es gibt unter den anwesenden keine neuen Informationen zur Frage Saisonalität (auch wegen der beginnenden Influenzasaison)</li> <li>○ Kapazitätenmonitoring GA: gestern im Bericht wurde kein Kreis als überlastet angezeigt</li> <li>○ Bitte: Vorsicht mit dem Begriff „zweite Welle“, nicht jeder Fallzahlenanstieg stellt eine zweite Welle dar, die Terminologie sollte vorsichtig verwendet werden</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 191.449 (+587), davon 8.914 (4,7%) Todesfälle (+19), Inzidenz 230/100.000 Einw., ca. 176.300 Genesene</li> <li>○ R-Werte bleiben beide erhalten, 0,72 und 1,17 (7-T)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenzen: hoch und über Durchschnitt in BE, NW, HB</li> <li>○ Das BMG strebt eine Gesetzesänderung bezüglich der Fallübermittlung am Wochenende an</li> <li>○ Es gibt neben den großen bekannten auch weitere unterschiedliche Ausbruchsgeschehen, z.B. italienische Großfamilie in Sachsen</li> <li>○ Warendorf und Gütersloh sind seit gestern beide im Lockdown</li> </ul> <p>! SARS-CoV in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzte Woche mehr Fälle, Wochenauswertung ist noch nicht verfügbar, Anzahl der Testungen ist dabei auf gleichem Niveau und relativ hoch geblieben</li> <li>○ Tagesweise Spitzen stellen Testungen im Rahmen von Reihenuntersuchungen dar (bundesweit und auch in den BL), Positivanteil insgesamt um die 1%</li> <li>○ Testungen nach Altersgruppe und KW: &gt;80-jährige werden relativ gesehen am meisten getestet, Anstieg der Testungen bei Kindern, was durch Testungen in Schulen erklärt werden könnte</li> <li>○ In allen Altersgruppen ist die Positivität (deutlich) &lt;5%, auch bei Kindern scheint sich auf diesem Niveau einzupendeln</li> <li>○ Nächste Woche präsentiert Muna Abu Sin mehr zur Serologie</li> </ul> <p>! Kosten Coronatestungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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?)</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG37</p> <p>AL1</p>
--	--	------------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eventuell die Kapazitäten bei Vertragslaboren zurückgefahren werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein Expertenrat wurde berufen und AL1 hat eine Anfrage an die betroffenen RKI-MA geschickt (Janna Seifried Abt. 3/FG37) ob eventuell Einschätzungen zu den diesbezüglichen Auswirkungen möglich sind</li> <li>○ Dies wird auch heute beim Treffen der AG Diagnostik besprochen</li> <li>○ Wenn sich im Testverhalten etwas ändert wird dies in ARS zu sehen sein, Änderung wird nicht erwartet</li> <li>○ Generell besprechen welche Daten in welcher Form herausgegeben werden sollen</li> </ul> <p>! Darstellung von Ausbrüchen und nach BL aus den RKI-Daten (Folien von Matthias an der Heiden)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Visualisierung des Verlaufs der Fallzahlen und der übermittelten <u>Ausbrüche-Fälle mit Ausbruchs-ID</u></li> <li>○ Der Anteil von <u>Fällen in</u> Ausbrüchen in den Meldedaten wächst, der von Ausbrüchen mit unbekanntem Setting nimmt ab</li> <li>○ Es gibt keine klare Anweisung zur Kategorisierung und diese ist nicht ganz einheitlich/nachvollziehbar, z.B. wurde Gütersloh als Hotel/Pension/Herberge eingeordnet</li> <li>○ <u>Fälle in</u> Ausbrüchen in Altenheimen, KKH und medizinischen Einrichtungen sind stark zurückgegangen, welches eine wichtige Erfolgsgeschichte darstellt da hier die vulnerabelsten Gruppen betroffen sind, diese sind einfach zu klassifizieren</li> <li>○ Es gibt Meldeverzug generell und auch aus Gütersloh</li> <li>○ Oft wurden keine Ausbrüche angelegt, bzw. teilweise Ausbrüche für nur einen Fall angelegt um Kontakte zu erfassen</li> <li>○ Die Latenz zwischen Fallerkennung und Ausbruchs-anlage im System müsste noch ausgewertet werden</li> <li>○ Interessant zu analysieren wäre der Zusammenhang zwischen der Verbreitung in der Allgemeinbevölkerung und Ausbrüchen, z.B. in Heimen? Gibt es Hinweise darauf, dass das Personal COVID-19 in die Heime bringt? Dies wurde noch nicht ausgewertet und sollte anhand von lokalen Daten analysiert werden, im KKH war sichtbar, dass es teilweise von außen hereingetragen wurde, dies kann einzeln lokal ausgewertet werden ist aber nicht generalisierbar</li> </ul>	FG34
--	---	------

	<i>To Do: Freitag Präsentation von Matthias an der Heiden zum Nowcasting für die letzten 30 Tage und von Alexander Ulrich (FG31) zum Thema Signale</i>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p><b>AK-Nachweis nach Infektion</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Sebastian Voigt hat diverse Studien zu SARS-CoV 1 und SARS-CoV-2 ausgewertet und die Ergebnisse zusammengefasst</li> <li>! 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</li> <li>! Unterschied intensivpflichtige (IST) bzw. non-ITS Fällen: bei ITS Titer insgesamt deutlich höher, eher Spike-IgG Antwort, bei non-IST eher Nucleocapsid-IgG Antwort</li> <li>! Ebenfalls Darstellung von IgM &amp; IgG Antwortarten (stark, schwach, kein Ig messbar) und zeitlichem Verlauf (s. Folien)</li> <li>! Fazit: es sind viel mehr Daten und Serostudien (auch Vergleich von symptomatisch und asymptomatisch Infizierten) notwendig, ein Immunitätspass erscheint nicht sinnvoll</li> <li>! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zu neurologischen Langzeitwirkungen ist aktuell sehr wenig verfügbar</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	FG12
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Warten auf Signal von BMG	



<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bis auf wenige Anfragen zu lokalen Vorschriften und Auflagen, z.B. bezüglich Einreiseverbote aus Gütersloh bestätigt sich der Trend, dass Pandemieanfragen zurückgehen</li> <li>! Vermehrt wieder Anfragen zu Themen wie Existenzbedrohung, Suchtproblematiken, häufig Angehörige die Hilfe suchen über das reguläre BZgA Beratungstelefon der anderen Bereiche</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Webseiten-Teaser wurde auf zeitlos umgestellt und ein neues Foto hochgeladen</li> </ul> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Thematik Alkohol und Sucht wurde für BW-Infekt Info mit aufgenommen</li> <li>! Aktuell keine Rückmeldungen von den BW-Fachleuten, die vor Ort sind und GA bei Ausbrüchen unterstützen? Frau Roßmann erkundigt sich</li> <li>! Es gab eine Containment Scout Schulung am Freitag und die CS wurden gleich eingesetzt, nächste Woche Schulung in Hannover</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Bundeswehr</p>
	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine Änderung in Schwerpunktthemen, langsam Vorbereitung auf den kommenden Herbst</li> <li>! Es ging eine Bitte ans RKI-LZ zur Kommentierung von Empfehlungen durch FG14 die Thema der nächsten CdS Schalte am Montag sind</li> <li>! Gestern gemeinsamer Krisenstab: u.a. Situation in Göttingen</li> <li>! Generell große Hilfsbereitschaft zur Unterstützung</li> <li>! Frage ob eine Handreiche anhand des Beispiels Göttingen sinnvoll wäre, wie auf/von Kreisebene um Hilfe gebeten werden kann, BMG kommt möglicherweise auf RKI zu hiermit; Gedanke dahinter: verschiedene Ersuche, eine Koordinierung wäre gut, wie kann an lokaler Stelle bei verschiedenen Institutionen um Hilfe gebeten werden? Zusammenspiel THW, Bundeswehr, RKI</li> </ul> <p><b>Reisethematik Laborliste</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es soll eine Lösung auf EU-Ebene bezüglich der Handhabe von Risikogebieten/Grenzen ab 1. Juli geben, wird diese EU-Regelung die Länderliste bezüglich der Labore mit einschließen, bzw. muss die Länderliste mit Laboren weiter geführt werden?</li> <li>! Dies wird auf EU-Ebene aktuell nicht als prioritäres Kriterium gesehen, generell ist eine Kohärenz mit der Muster-VO angestrebt (Gesa Lücking führt als BMG-Vertreterin die Verhandlungen)</li> </ul>	<p>BMG</p> <p>ZIG/BMG</p>

	! Frau Czogiel erkundigt sich und gibt Frau Hanefeld Rückmeldung	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Übersicht zu Präventionsmaßnahmen (<a href="#">Link</a>)</b></p> <p>! VPräs hat aufgrund der Re-Eskalation in LK/SK ein Stufenschema der Basismaßnahmen entworfen, um zu illustrieren was das RKI empfiehlt, erste Kommentare wurden bereits eingearbeitet</p> <p>! Generell sollen die ersten Blöcke antiepidemischer Maßnahmen aktiv empfohlen werden, ab einer bestimmter Fallzahl-Größe sind neben klassisch epidemiologischen Maßnahmen auch bevölkerungsbezogene Maßnahmen sinnvoll Meinungsbild:</p> <p>! 1. Darstellung und Ebenen-Einstufung der Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Gewichtung zur Absage von Veranstaltungen könnte eingebaut werden, niederschwelliger bzw. vielleicht stufenweises Vorgehen</li> <li>○ Nicht ganz deutlich: „Generelles Tragen von MNS in Gesundheitseinrichtungen und Pflegeheimen“, außerdem Erwähnung von AHA-Regeln</li> <li>○ Schankwirtschaften sollen nicht auf ein Level mit Clubs gesetzt werden sondern weiter nach unten (um nicht mit Clubs alle Gastwirtschaften zu schließen)</li> <li>○ Die dargestellten Maßnahmen sind unterschiedlich bindend, Empfehlungen und rechtlich bindende werden mehr oder weniger gleichgesetzt, dies könnte noch unterschieden werden</li> </ul> <p>! 2. mögliche weitere Abstimmung und Veröffentlichung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Dokument bietet eine gute Diskussionsgrundlage und sollte mit den Ländern diskutiert werden</li> <li>○ RKI-Empfehlungen werden jetzt schon häufig verallgemeinert, es besteht die Gefahr, dass es zu sehr vereinfacht und falsch umgesetzt wird</li> <li>○ Wenn es veröffentlicht wird, passt es zu der neuen Strategie, die durch ZIG entwickelt wird, Publikation könnte zeitgleich anvisiert werden</li> <li>○ Besser klare Kommunikation als Mutmaßungen bezüglich der RKI-Haltung zu stimulieren</li> <li>○ Es muss betont werden, dass es keine Einzelmaßnahmen sondern komplementäre Maßnahmenpakete sein sollen</li> <li>○ 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</li> </ul>	VPräs



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kommunikation (Anfragen und Antworten), die einen Beleg für die Wichtigkeit und Evidenz (bzw. Mangel von Evidenz) liefert</p> <p>! Next steps</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokument wird zügig angepasst und mit Expertengruppen abgestimmt</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Flusschema für Ärzte, Testkriterien und Maßnahmen</b></p> <p>! Es gab Bitten das Flusschema anzupassen:</p> <p>! 1. aus HB zu Verweis auf Infos zu Kontaktpersonen der Kat I</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Personen kommen nicht zum Arzt und landen eigentlich beim GA (welches den Status KP festlegt)</li> <li>○ Das Flusschema Dokument bezieht sich auf symptomatische Personen</li> </ul> <p>! 2. vom BMG mit Bitte um Verweis auf CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunikation rundum CWA sollte getrennt von bestehenden Dokumenten bleiben</li> <li>○ Dies stiftet möglicherweise mehr Verwirrung</li> <li>○ CWA Hinweis löst nicht automatisch Verdacht aus</li> </ul> <p>! Es wurde entschlossen, dass eine getrennte Betrachtung und die ursprüngliche Logik des Umgangs mit Verdachtsfällen beibehalten wird</p> <p>! Schema wird bei alter Version belassen, Rückmeldung ans BMG dass Vorschlag fachlich geprüft und abgelehnt wurde</p> <p>! Online gibt es erweiterte Empfehlungen für ÄrztInnen zu Risikobewertungen</p> <p>! Es gibt vereinzelte Anfragen von ÄrztInnen, die nicht zufrieden sind sich alle Informationen zusammensuchen zu lassen und sich eine gesammelte Darstellung wünschen ! können auf KV-en hingewiesen werden, die Informationen auch aufbereiten</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>AGI Sentinel</b></p> <p>! Sentinel Untersuchungen laufen auf normalem Niveau der Sommersurveillance, ca. 10 Einsendungen pro Tag, Testungen finden 1-2 mal pro Woche statt, am Montag wurde zum 1. Mal Parainfluenza nachgewiesen</p>	FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Viele inhaltliche Rückmeldungen zu den Entlassungskriterien</p>	



	<p>aus der STAKOB die jetzt eingearbeitet werden und dann zur Kommentierung kommen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anfrage aus Berlin zur Verkürzung der Isolierung &lt;10d wurde geklärt, diese bezog sich auf ein spezifisches Setting und sollte nicht als generelle Empfehlung gelten</li> <li>! Entlasskriterien werden zeitnah, ggf. Freitag, erneut besprochen</li> </ul>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Gütersloh</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI-Team vor Ort ist sehr eingebunden in die Ausbruchsresponse und hat wenig Valenzen zur Erstellung und Analyse der Datenbanken</li> <li>! Anfrage nach zusätzlicher personeller Unterstützung vom RKI, Lockdown und Quarantänebestimmung machen es schwieriger, Prüfung in ZIG läuft, MF negativ</li> <li>! Teleberatung durch FG31 initiiert, das Ministerium in NRW wurde informiert</li> <li>! Wechselseitige Unterstützung zwischen BL funktioniert nicht, müsste vielleicht perspektivisch ausgebaut werden</li> <li>! Abt. 2 wird erneut gefragt, ob von dort jemand verfügbar und bereit ist das RKI-Team vor Ort zu unterstützen</li> </ul> <p><b>Neukölln</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI Team war gestern am GA, freundlich und offen empfangen</li> <li>! Ausbruch wurde durch freiwillige Testungen an Schulen zufällig erkannt, da Schüler von 7 Schulen dieselbe Adresse angaben</li> <li>! Es sind 13 (oder mehr?) Wohnhäuser mit 396 Wohneinheiten betroffen, die Bewohner sind sehr heterogen aber u.a. sind Mitglieder der Pfingstgemeinde aus Rumänien mit teilweise großen Familien dabei</li> <li>! 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)</li> <li>! Die Quarantäne wurde nicht immer gut eingehalten und es gab Gerüchte, dass Gottesdienste in Kellerräumen stattfanden</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> <li>! RKI Team hat den Datensatz erhalten der allerdings suboptimal ist, viele Fragen aufwirft und möglicherweise nicht so viele Antworten liefern kann</li> <li>! Auch Bedarf an SurvNet Unterstützung, Kontakt wird erstellt</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Testung der neuen Abstriche durch ZBS1 wurde organisiert</p> <p><b>Testungen in Schulen und Kitas</b></p> <p>! Fragen zu Testungen in Schulen und Kitas nehmen zu und werden auch in der AG Diagnostik diskutiert, u.a. auf BMG-Einladung mit Vertretern von BMFSJ</p> <p>! AG Diagnostik, Fachgesellschaften und Verbände haben sich für symptombasierte Testung ausgesprochen, die auf Widerstand bei KinderärztInnen stößt (wegen ARE-Saison ab Herbst)</p> <p>! Anlasslose Testung wird diskutiert, doch Umgang damit bleibt unklar</p> <p>! Die Corona-Kita-Studie thematisiert viele dieser Aspekte</p> <p>! RKI-Ansatz: bei entsprechender Symptomatik soll Diagnostik erfolgen, wenn Kinder mit Symptomen und COVID-19-Nachweis in Einrichtung (Schule, Kita) waren, ist es eine potentielle Ausbruchssituation, dann sollten aufgrund der hohen Raten an asymptomatischen Fällen auch KP im engen Kreise getestet werden</p> <p>! Anlasslose regelmäßige Testung wird eingebracht um den Lehrern (ggf. auch in Risikogruppen) Sicherheit zu geben, sollte gut differenziert diskutiert werden</p> <p>! Berlin hat stichprobenartig in Schulen getestet, wenn so Geschehen identifiziert werden ist es ein Tool/Methode, um sensitiv Cluster zu erkennen</p> <p><b>Wiederaufnahme Schulbetrieb nach der Sommerpause</b></p> <p>! Expertenrunde Influenza gestern: Konsens darüber, dass es noch nicht Zeit ist, ohne jegliche Maßnahmen wieder in den normalen Schulbetrieb einzusteigen, geht aus fachlicher Haltung noch nicht</p> <p>! Abstimmung mit Ländern steht noch aus</p>	<p>AL1</p> <p>AL1</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Vorbereitung der nächsten SurvNet Version mit zusätzlichen Variablen (z.B. <u>Infektionsgrund</u> und <u>Infektionsumfeld</u>)</p> <p>! DEMIS: weitere Einbindung von GA</p> <p>! SORMAS bindet gewisse RKI-Kapazitäten</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Reiseverkehr und die damit verbundene, grenzüberschreitende KoNa nimmt wieder zu</p> <p>! Diskussion Maske vs. Mundschutz läuft weiter und wurde auch in der AGI besprochen, nun soll durch die IGV-PoE GA Gruppe eine Empfehlung vorbereitet werden</p> <p>! Von 3 Bussen mit kroatischen Landsleuten die von Zagreb nach Deutschland unterwegs waren wurde 1 an der österreichisch-deutschen Grenze aufgehalten</p> <p>! LKW-Fahrer von denen 1 positiv getestet wurde wurden</p>	FG32

	aufgefordert, 14d Quarantäne in ihren LKW abzusetzen bzw. al KP Kat I in ihr Herkunftsland Rumänien zurückzukehren da keine Unterkunft bereitgestellt werden konnte	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 26.06.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.06.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG31
  - Alexander Ullrich
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG34
  - Ruth Offergeld
- ! FG36
  - Walther Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1

- Luisa Denkel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Irina Czogiel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 387 564 423"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 461 512 492"><b>International</b></p> <p data-bbox="360 528 1102 560">! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="528 595 1214 860">○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: &gt;9 Mio. Fälle und &gt;470.000 Todesfälle <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 696 1214 860">▪ 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).</li> </ul> </li> <li data-bbox="528 893 1214 1256">○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner: <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 958 1214 1160">▪ 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.</li> <li data-bbox="584 1193 1214 1256">▪ Saudi-Arabien: Einreisen aus dem Ausland zum Hadj in diesem Jahr werden nicht zugelassen.</li> </ul> </li> <li data-bbox="528 1290 1214 1939">○ Veränderung 7-Tage-Inzidenz zur vorhergehenden <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="584 1384 1214 1480">▪ Anstieg in um &gt;50% ist zurückzuführen auf 15 neue reiseassoziierte Fälle, die sich derzeit in „managed isolation“ befinden.</li> <li data-bbox="584 1514 1214 1610">▪ In Australien wurde ein „Testing blitz“ durchgeführt mit Vans und Krankenwagen, die in den Hotspots Testungen anbieten.</li> <li data-bbox="584 1644 1214 1740">▪ Insgesamt ist ein Anstieg der Fallzahlen in Europa zu verzeichnen, zurückzuführen v.a. auf Ausbrüche und auf den Anstieg in Osteuropa.</li> <li data-bbox="584 1774 1214 1939">▪ DE hat durch die hohen Fallzahlen in der letzten Woche durch den Ausbruch bei Tönnies ebenfalls einen Anstieg um &gt;50%. Hier zeigt sich aber bei kleinen Fallzahlen die gleiche Problematik wie beim R-Wert.</li> </ul> </li> <li data-bbox="528 1973 1214 2004">○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7</li> </ul>	ZIG1

	<p>Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <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.</li> <li>▪ <u>Indien</u>: Die Fallzahlen in Indien steigen immer weiter an, v.a. in Delhi.</li> <li>▪ <u>USA</u>: Anstieg v.a. in den Südstaaten, zurückzuführen auf Lockerung von Maßnahmen trotz weiterhin hoher Fallzahlen.</li> </ul> <p>○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bemerkenswert hier v.a. Kolumbien: insg. 80.000 Fälle und allein in letzten 7 Tagen 20.000 Fälle.</li> </ul> <p>○ Länder mit 7.000-70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Kirgisistan</u>: 4000 Fälle insgesamt, 1300 Fälle in den letzten 7 Tagen.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 192.556 (+477), davon 8.948 (4,6%) Todesfälle (+21), Inzidenz 232/100.000 Einw., ca. 177.100 Genesene</li> <li>○ 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.</li> <li>○ R-Werte: <math>R = 0,57</math> (95%-Prädiktionsintervall: 0,48 – 0,70), 7-Tage-R = 1,02 (95%-Prädiktionsintervall: 0,95 – 1,10) (Stand 26.06.2020)</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Im Verlauf der 7-Tage-Inzidenz sieht man</li> </ul>	FG32/alle
--	--	-----------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>jedoch, dass sie insgesamt, wie auch in NRW, BE und HB rückläufig ist. Nur LK Gütersloh weiterhin über 50 Fälle/100.000 EW, abnehmend in LK Warendorf und SK Hamm (dort auch Fälle des Ausbruchs bei Tönnies wohnhaft).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbrüche: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Ausbruch LK Gütersloh</u>: Fr. Frank und das Ausbruchsteam schreiben täglich einen Bericht, der auch ans BMG (inkl. Hr. Spahn und Hr. Holtherm) weitergeleitet wird. Es gibt verschiedene Abstrichstellen, es wurden aber nur sehr wenige Fälle entdeckt. Von 46 Fällen in den letzten Tage konnte bei 23 Fällen, die über den LK verteilt leben noch kein Kontakt zu anderen Fällen hergestellt werden.</li> <li>▪ <u>Ausbruch Moers/LK Wesel</u>: Ausbruch ebenfalls bei einem Fleischproduzenten, allerdings weniger Mitarbeiter und derzeit 67 positiv getestet.</li> <li>▪ <u>Ausbruch Berlin-Neukölln</u>: Ausbruchsteam des RKIs vor Ort, Quarantänemaßnahmen auch in den Medien, unklar nach welcher Strategie Testungen angeboten wurden.</li> <li>▪ <u>Ausbruch Berlin-Friedrichshain</u>: Insgesamt ist das Geschehen in BE mit am aktivsten, in BE-Friedrichshain ebenfalls ein Wohnblock unter Quarantäne.</li> <li>▪ <u>Ausbruch Oldenburg</u>: Es handelt sich um einen Hähnchenfleischschlachtbetrieb. Zunächst hieß es, dass dort nur Stammpersonal arbeitet, das schon lange in DE wohnt, inzwischen gibt es auch andere Hinweise.</li> <li>▪ Häusliche Quarantäne für ganze Wohnblocks kein ideales Vorgehen, Ausweichquartiere wären wichtig. Soweit bekannt wurden in Göttingen die RKI-Empfehlungen nach individueller Quarantäne umgesetzt. Allerdings wird individuell vor Ort entschieden. Grundsätzlich Quarantäne in unüberischlichen Situationen (baulich, organisatorisch), wie z.B. Kreuzfahrtschiffen oder Wohnblocks schwierig. Es sollte dazu eine organisatorische Empfehlung geben.</li> <li>▪ Nach Einschätzung der Landesstelle hängen die Geschehen in BE zusammen, da es</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG31/alle</p>
--	---	------------------



	<p>gemeinsame Kirchenveranstaltungen und private Kontakte gab. Es handelt sich v.a. um Roma. Insgesamt unübersichtliche Lage, aber inzwischen Möglichkeit über die Personen vor Ort Informationen zu bekommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Labortestungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Analog zu den Fallzahlen stieg in der KW25 der Positivenanteil. In der KW25 wurde insgesamt deutlich mehr getestet. Die Testkapazitäten haben sich im Vergleich zur Vorwoche nochmals erhöht, auf nun 1,1 Mio Tests.</li> </ul> </li> <li>○ 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).</li> <li>○ Laut COSMO-Studie hat sich die Risikowahrnehmung nicht groß verändert. Leichter Anstieg der Wahrnehmung als niedriges Risiko (21 auf 26%), aber im Trend konstant.</li> </ul> <p>! Signale Bericht (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es geht um ein Früherkennungstool auf Landkreisebene, inspiriert von der Berliner Ampel, dem internen Papier zu Früherkennungsfaktoren und den PISA Indikatoren. Es werden SurvNet, DIVI- und ARS-Daten gebündelt. Der Bericht ist im Lageberichtsordner des aktuellen Tages verfügbar. Es wird derzeit ein einfaches Voting verwendet – dies kann noch verbessert werden. Ebenso wie die Grenzwerte noch angepasst werden können. Weitere Analysen zu Ausbruchsdaten sollen noch zugefügt werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Sehr positive Rückmeldung vom Krisenstab. Anmerkung, dass Intensivbetten (Schwere im PISA System) nicht unbedingt der Frühwarnung dienen, da</li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zu dem Zeitpunkt die Fälle schon im Meldesystem erfasst werden. Für die Frühwarnung für die Intensivbetten werden derzeit auch andere Tools entwickelt. Grundsätzlich sollte die Plattform im besten Fall auch für andere Krankheiten nutzbar sein. Grenzwerte sollten so angepasst werden, dass es nicht zu sensitiv ist, da sonst ggf. eine tatsächliche Situation sich nicht heraushebt. Die Indikatoren könnten gewichtet und eine Kombination verwendet werden. Eine Betrachtung der versch. Altersgruppen wäre eine gute Ergänzung. Der Verlauf über die Zeit könnte auch ein klareres Bild geben („Fingerabdruck“ des LK über die Zeit), allerdings keine historischen Daten vorhanden, nur Trend.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Heute erneute Abstimmung zur Risikogebieten, Südafrika hat hohe 7-Tages-Inzidenzen. Fr. Hanefeld wird den Prozess ansprechen, aber ab Mitte nächster Woche greift wahrscheinlich die EU-Regelung.</li> <li>! ZIG4 fährt heute auf eine SEEG-Mission nach Togo um den Aufbau von Diagnostik zu unterstützen.</li> <li>! Hr. Baumann unterstützt in Tadschikistan die Etablierung eines Labornetzwerkes im Land.</li> <li>! Datum für die WHO-Mission nach Turkmenistan ist der 06.07. und vom RKI fährt Fr. Abu Sin mit. Die Regierung dort verleugnet das Vorkommen von COVID-19.</li> <li>! Es wird ein Emergency Medical Team nach Armenien reisen. Die letztendliche Zustimmung der Regierung fehlt aber noch.</li> <li>! Hr. Baum ist in Kamerun zur Unterstützung.</li> <li>! Hr. Ellerbrok hat ein Gespräch mit dem WHO-Landesbüro in Äthiopien, ggf. wird dort unterstützt.</li> <li>! Chefin des Medical research council aus Südafrika ist bemüht um Partnerschaften, wurde ans PEI vermittelt. Angebot von</li> </ul>	ZIGL

	<p>möglichen Vaccine-Trials in der Region. Johnson and Johnson werden dort Vaccine Trial durchführen und auch Studien aus DE willkommen.</p> <p>! Es gab ein Meeting zu einer Zusammenarbeit mit den Vereinigten Arabischen Emiraten und dem Fraunhofer Institut, vermittelt von PricewaterhouseCoopers. Eigentliches Projekt nicht so interessant (da Auftragsforschung und Rolle von pwc unklar), aber das Fraunhofer Institut macht ein sehr interessantes Maßnahmenmonitoring auf LK-Ebene in Form einer Modellierung (mit Gesundheitsversorgungsdaten). Es gibt auch ein Projekt zum Maßnahmenmonitoring in Bielefeld. Eine weitere Zusammenarbeit mit dem Fraunhofer Institut sollte angestrebt werden.</p> <p>! Grundsätzlich sind alle Dienstreisen im RKI ausgesetzt, höchstens im Kontext von COVID-19 möglich, aber auch hier sollte genau geprüft werden. Oben genannte DR über SEEG etc. organisiert, die Versicherungsschutz haben.</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Neues aus der Wissenschaft</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nächste Woche werden nochmal Anwendungsfehler beim Tragen der MNB thematisiert.</p> <p>! Das Testen soll zudem prominenter beworben werden, um eine höhere Testakzeptanz zu erreichen.</p> <p>! Es werden Tools erarbeitet zur Kommunikation im Hinblick auf Risiko (Risiko einer Infektion vs. Risiko eines schweren Verlaufs - derzeit keine klare Differenzierung).</p> <p>! Frühwarnsysteme: Es sollte geschaut werden, ob es Lebenslagen, Wohnumstände etc. gibt, die Ausbrüche begünstigen. In dem Zusammenhang sollten einige Gruppen (z.B. Roma) stärker adressiert werden, damit man hier präventiv wirksam werden kann. Es könnte ggf. über die Vertreter der Community passieren, oder aber über den Zentralrat der Sinti und Roma. Grds. gibt es in bestimmten Bereichen der Gesellschaft Ressentiments gegenüber staatlichen Institutionen. BZgA hat über das Ethnomedizinische Zentrum einen Zugang. Bei Masern hat sich gezeigt, dass im besten Fall schon zuvor die</p>	BZgA, alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Kontakte etabliert werden sollten, damit es im Ausbruchsfall funktioniert. Die lokale Ansprache ist dabei wichtig.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Derzeit v.a. Anfragen zur App, die weitergeleitet wurden, ansonsten nur kleine Themen.</p>	Presse
	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Der konkrete Text des Kommissionsvorschlag zur Ausweisung von Risikogebieten durch die EU liegt vor und es soll heute eine Einigung geben. Es gibt quantitative (Surveillance, contact tracing etc.) und qualitative Kriterien. Für die qualitativen Kriterien sollen die Auslandsvertretungen der Mitgliedsstaaten unterstützen. Die einzelnen Mitgliedsstaaten können strengere Regeln anlegen, aber nicht aufweichen. Bst. Personengruppen (HCW etc.) sind ausgenommen. In DE gelten aber die Quarantäneverordnungen, die dann angepasst werden müssten. Es ist aber nicht klar, ob dies geschehen wird.</p>	BMG
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Stellungnahme für Min Spahn</b></p> <p>! Anfrage: „Falls wir das Risiko in Deutschland auf moderat setzen, müssten wir dann nicht auch die Maskenpflicht einbeziehen?“ AE Haas Mail 25.06.2020 11:49</p> <p>! Anlass war ein Artikel, der in Pneumologie publiziert werden sollte, in dem sich die Autoren eher kritisch zu MNB geäußert haben.</p> <p>! Die fachliche Empfehlung zum Tragen der MNB sollte nicht zurückgenommen werden, die fachliche Empfehlung ist nicht von der Risikobewertung abhängig.</p> <p>! Die Risikobewertung und die allgem. Empfehlungen sollten zudem nicht vermengt werden, da es andernfalls zur Verwirrung in der Bevölkerung kommen könnte. Insgesamt wird es schwierig sein zu kommunizieren, dass wenn das Risiko auf moderat gesetzt wird, trotzdem die Regeln eingehalten werden müssen. Grundsätzlich Risiko auf Bevölkerungsebene schwer zu vermitteln.</p> <p>! Im ECDC Risk Assessment wurde differenziert, ggf. könnte man daran angelehnt kommunizieren, dass Personen, die sich nicht an AHA-Regeln halten ein höheres Risiko haben. - Grundsätzlich könnte überlegt werden, ob direkt auf ECDC-</p>	<p>FG36/alle</p> <p>FG32/alle</p>

	<p>Risikobewertung verwiesen wird.</p> <p><b>Umgang mit Reisenden und Durchreisenden:</b></p> <p>! Bisher wurde bei Reisenden davon ausgegangen, dass die Isolation, wie auch die Quarantäne von engen Kontaktpersonen vor Ort erfolgt. Aber es gibt vermehrt Diskussionen/Anfragen zum Umgang und zur Durchreise durch DE im Auto von laborbestätigten SARS-CoV-2-Fällen bzw. engen Kontaktpersonen.</p> <p>! Man muss unterscheiden in fachliche und regulatorische Fragen: Fachlich wird vom RKI klar empfohlen die Isolierung/Quarantäne vor Ort durchzuführen. Es wäre schwer vermittelbar, wenn Fälle hier in DE isoliert werden, aber Fälle aus anderen Ländern durchreisen könnten. Es sollte, wie auch bei anderen Erkrankungen höchstens Sondertransporte geben.</p> <p>! Regulatorisch könnte es allerdings Probleme geben, da z.B. Spanien keine gesetzliche Grundlage hat Kontaktpersonen am Reisen zu hindern und die Kosten für die Unterbringung werden nicht übernommen. Diese Fragen könnte ggf. das AA klären.</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p><b>Fortführung der Diskussion bei TOP Kommunikation zur Kontaktaufnahme zum Zentralrat der Sinti und Roma:</b></p> <p>! Eine Kontaktaufnahme sollte im besten Fall von politischer Seite (BMG) geschehen und könnte von RKI-Seite vorbereitet werden: Bericht an BMG mit Vorschlag auf politischer Ebene Kontakt herzustellen.</p> <p>! Der Kontakt zur Integrationsbeauftragten wurde an Fr. Rexroth vermittelt. Es sollte geklärt werden, ob Kontakt schon hergestellt wurde.</p> <p>! Fr. Sarma und Fr. Vygen-Bonnet haben Erfahrungen mit Einbeziehungen unterschiedlicher Communities und wären sehr geeignet die Aufgabe zu übernehmen.</p> <p><i>ToDo: Wege erarbeiten, wie man über gezielte Ansprache der Communities auf lokaler Ebene (Integrationsbeauftragter, GÄ) oder über den politischen Weg (BMG – Zentralrat der Sinti und Roma) die Compliance verbessert und Akzeptanz für die Maßnahmen schafft.</i></p>	<p>alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>FAQ: Blutgruppen als Risikofaktoren für schwere Verläufe von COVID-19</b></p> <p>! Studie wonach Polymorphismen mit schwerem COVID-19 Verlauf mit Lungenversagen assoziiert sind. Ein Polymorphismus ist auf dem Locus für Blutgruppe A gelegen.</p>	<p>FG34</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Insgesamt ist der Anteil von Personen mit Blutgruppe A Rh+ höher. Patienten mit Blutgruppe O haben möglicherweise protektiven Effekt.</p> <p>! Die Studienlage ist jedoch unklar und Evidenz nicht sehr stark, ggf. gibt es auch einen Einfluss auf Infizierbarkeit und ACE-Rezeptoren ggf. unterschiedlich bei verschiedenen Blutgruppen verteilt. Es könnte auch ein Effekt der Antikörper bei Blutgruppe O gegen A sein, den man nicht genauer definieren kann.</p> <p>! Therapeutisch und prophylaktisch folgt daraus keine Konsequenz, FAQ wurden vorbereitet.</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1: 1500 Proben, 171 SARS-CoV-2 positiv, zuvor 1078 Proben, 79 SARS-CoV-2 positiv. COMO-Studie: 289 Proben, alle negativ.</p> <p>! FG17: 199 Einsendungen am NRZI, davon 30 Rhinovirus positiv, 1 Parainfluenza positiv, 1 RSV positiv, keine SARS-CoV-2 positiven Proben</p>	ZBS1 FG17
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung</b></p> <p>! Das Dokument wurde nach Rückmeldungen aus der Ärzteschaft überarbeitet und vereinfacht.</p> <p>! Eine Entisolierung bei einem Ct-Wert &gt;30 wird nur im Kontext von schweren Verläufen erwähnt.</p> <p>! Beim medizinischen Personal kann in Situation von Personalmangel eine mögliche Verkürzung im Einzelfall vorgesehen werden (nach 48 Stunden Symptombefreiheit und zwei negativen PCR-Untersuchungen im Abstand von mindestens 24 h). Die Informationen zur vorzeitigen Entisolierung von medizinischem Personal sind in keinem anderen Papier zu finden und sollten daher weiter hier erwähnt werden.</p> <p>! Der Krisenstab stimmt dem Papier zu.</p> <p><b>Veränderung der KoNa-Kriterien</b></p> <p>! Laut WHO-Empfehlung Personen 4 Tage vor Symptombeginn symptomatisch. Dies wird durch FG36 geprüft und im Krisenstab besprochen.</p> <p>! Derzeit nur „Kontakt zu einem bestätigten Fall von COVID-19 ab dem 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles“.</p>	IBBS  Hr. Schaade FG32

	Es sollte eine Formulierung ähnlich „Kontakt zu Person mit laborbestätigtem SARS-CoV-2 Nachweis 2 Tage vor Abnahmedatum“ eingefügt werden.	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Ausbruch Gütersloh Anfrage BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das Team vor Ort sendet einen täglichen Ausbruchsbericht, eine verkürzte Version geht ans BMG.</li> <li>! Das BMG hat eine Anfrage zu einem möglichen Eintrag in die weitere Bevölkerung gestellt.</li> <li>! Rund 1300 Personen positiv getestet, davon 46 in weiterer Bevölkerung, davon wurde bei nur ca. 2% bisher kein Zusammenhang gefunden.</li> </ul> <p><b>Weitere Ausbrüche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! S.o.</li> </ul>	FG32
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>Bericht von Signale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! S.o.</li> </ul>	
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p><b>Konzeptpapier</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das Konzeptpapier COVID-19 Prozesse Flugverkehr befindet sich derzeit in Abstimmung zwischen der AGI und der AG IGV benannte Flughäfen. Es soll entweder als Empfehlung der AGI oder als Empfehlung des RKIs in Zusammenarbeit mit den für die nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) zuständigen obersten Landesgesundheitsbehörden und Gesundheitsämtern veröffentlicht werden.</li> </ul>	FG32
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p><b>Aufstockung der Schicht in der internationalen Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>Verkürzte Lagezentrumsschichten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Die Lagezentrumsschicht am Wochenende von 10 – 17 Uhr ist ausreichend, es kommen am Wochenende nicht mehr so viele Anfragen.</li> </ul>	FG32



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Es gibt keine neuen Informationen bezüglich der Erstellung des Lageberichts am Wochenende. Das BMG wurde seitens des LZ schriftlich darum gebeten die Taktung der Lageberichte reduzieren zu können. Das BMG hat die AGI darauf hingewiesen, dass unbedingt auch am Wochenende übermittelt werden soll. Ansonsten soll eine gesetzliche Grundlage dafür geschaffen werden.</p> <p><b>Allgemein:</b></p> <p>! Nächste Woche ist die letzte Sitzungswoche des Bundestags vor der parlamentarischen Sommerpause bis Ende August. Es wird eine deutliche reduzierte Anzahl an parlamentarischen Anfragen erwartet.</p>	Hr. Schaade
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Ausschuss für Gesundheit am 01.07.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Wieler hat einen Tagesordnungspunkt und soll die derzeitige Situation, insbesondere im Bezug auf die Ausbrüche in Schlachthöfen darstellen.</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ erstellt einen Sprechzettel für Hr. Wieler</i></p>	FG32, Hr. Wieler
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 29.06.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	29.06.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Sarah Esquevin
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Marica Grossegeesse
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Irina Czogiel



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Ca. 10 Mio. Fälle und ca. 500.000 Verstorbene (5,01%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterhin USA und Brasilien an erster Stelle</li> <li>○ Abnehmender Trend in Russland und Pakistan</li> <li>○ Südafrika mit kürzester Verdoppelungszeit. Letzte Woche wurden einige Maßnahmen aufgehoben, obwohl die Fallzahlen ansteigen.</li> </ul> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 15 Länder mit 7-Tagesinzidenz &gt; 50</li> <li>○ Insgesamt wenig Veränderung, weiterhin deutlich über 50% der Neuinfektionen in amerikanischer Region</li> <li>○ Fälle im Westbalkan und Osteuropa nehmen zu, verstärkte Testung in dieser Region</li> </ul> <p>! Länder mit &gt; 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Brasilien, Indien, USA</li> <li>○ 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.</li> <li>○ USA: Anpassung von Risikogruppen: Personen mit hohem Risiko und Personen mit möglicherweise erhöhtem Risiko: betrifft schwangere Frauen. Es gibt eine Studie in USA (MMWR), dass Schwangere öfter hospitalisiert und beatmet werden müssen, jedoch kein erhöhtes Sterberisiko haben. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldedaten sind mit Limitationen versehen, wird sich FG36 für Steckbrief näher ansehen.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</p>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenig Veränderung</li> <li>! Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</li> <li>○ Trends bleiben ähnlich</li> <li>○ Massentestung in Frankreich mittels PCR um unentdeckte Cluster aufzudecken, zunächst im Großraum Paris</li> <li>! Peking-Cluster</li> <li>○ 256 Fälle, davon 22 asymptomatische</li> <li>○ Frühster Symptombeginn Anfang Juni, Alter 1 – 86 Jahre</li> <li>○ Export in 5 andere Provinzen, fast bei 100% der Fälle Link zu einem Markt, weitere Subcluster definiert</li> <li>○ Umweltproben von Nahrungsmitteln und Gegenständen getestet (40/5.424 positiv)</li> <li>○ Virus wurde analysiert, ist nicht verlinkt mit früherem Virus in Peking oder Wuhan. Europa-Typ, jedoch älter als das gegenwärtig zirkulierende Virus in Europa.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Keine Hintergrundinformationen zu asymptomatischen Fällen vorhanden.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ SurvNet übermittelt: 193.761 (+262), davon 8.961 (4,6%) Todesfälle (+4), Inzidenz 233/100.000 Einw., ca. 178.100 Genesene, Reff=0,74</li> <li>○ Anzahl Personen auf ITS ist relativ konstant.</li> <li>○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ In Berlin sind die Fallzahlen wieder zurückgegangen.</li> </ul> </li> <li>○ Nowcasting – Schätzung der Reproduktionszahl</li> </ul>	FG32
--	---	------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ R-Wert ist deutlich abgefallen und wieder unter 1. Dies liegt u.a. an den hohen Zahlen im Vergleichszeitraum.</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum bundesweit       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die bundesweite Inzidenz sinkt wieder, bisher jedoch noch nicht auf das Niveau von Mitte Juni.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auch in NRW und Bremen geht die Inzidenz deutlich zurück.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im LK Gütersloh ist die Inzidenz deutlich gesunken, liegt jedoch immer noch bei 112/100.000 Einw.; 410 neue Fälle in letzten 7 Tagen.</li> <li>▪ Inzidenz &gt; 25: SK Coburg, SK Delmenhorst</li> </ul> </li> <li>○ Landkreise mit 7-Tage-Inzidenzen &gt; 50 bzw. &gt; 35 Fälle / 100.000:       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 50 Fälle: LK Gütersloh</li> <li>▪ In „übriger Bevölkerung“ werden mehr Fälle gefunden. Wahrscheinlich auch begründet durch vermehrtes Testen.</li> </ul> </li> <li>○ Häufigste Expositionsorte im Ausland       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anfrage über EWRS: nach Österreich wurden vermehrt Fälle aus Westbalkan importiert.</li> <li>▪ In Deutschland insgesamt sehr geringer Anteil an importierten Fällen. Innerhalb der Expositionsorte im Ausland ist der Anteil aus Westbalkan relativ hoch.</li> </ul> </li> <li>○ Aktuelle Ausbrüche       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Gütersloh</u>: ca. 107 Fälle in übriger Bevölkerung, vermutlich keine community transmission im LK, es werden noch Ergebnisse erwartet. Morgen TK mit ECDC: Die Klimaanlage in den Betrieben scheinen bei Übertragung eine Rolle zu spielen. Bisher ist die Theorie noch nicht epidemiologisch belegbar, scheint aber nicht unrealistisch zu sein.</li> <li>▪ <u>Oldenburg</u>: fleischverarbeitender Betrieb</li> <li>▪ <u>Delmenhorst</u>: in Zusammenhang mit Betrieb in</li> </ul> </li> </ul>	FG36
--	--	------

	<p>Oldenburg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <u>Coburg</u>: Gottesdienst</li> <li>▪ <u>Friedland</u>: Fallzahlen in Grenzdurchgangslager erhöht, Info aus der Presse. Nachfrage in Niedersachsen, warten auf weitere Information.</li> <li>▪ <u>Moers</u>: Fleischproduzent, Fallzahl nicht mehr stark gestiegen.</li> <li>▪ <u>Starnberg</u>: Neuer Ausbruch in Flüchtlingsunterkunft, 16 Fälle, 10 haben bei einem Catering-Unternehmen gearbeitet.</li> <li>▪ <u>Köln</u>: Pflegeheim</li> <li>▪ <u>München</u>: Asylunterkunft</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Ist es für das Ausbruchsteam möglich herauszufinden, wie viele der Asymptomatischen in der Folge noch Symptome entwickeln?</li> <li>○ Von 107 Fällen in Gütersloh hatten nur 25 Fälle nachvollziehbare Kontakte zu Tönnies-Mitarbeitern. Ist bekannt, wo sich der Rest infiziert haben könnte (evtl. doch Community transmission)?</li> </ul> <p><i>ToDo: Weitergabe dieser Fragen ans Ausbruchsteam (Fr. Diercke)</i></p> <p>! Corona Kita Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortschreibung zeigt, dass die ARE-Inzidenz weiterhin deutlich unter den Erkrankungsraten der Vorjahre liegt.</li> <li>▪ Die Zirkulation andere Viren in dieser Altersgruppe nimmt nach Lockerungen zu.</li> </ul> </li> <li>○ Entwicklung der Fallzahlen: 0 – 5 Jahre <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldedaten: Anstieg aus Vorwoche setzt sich nicht</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>fort.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil an 0-5 und 6-10 Jährigen nimmt zu.</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz Kinder mit/ohne Bezug zu einem in SurvNet beschriebenen Ausbruch nach BL <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten sind nicht vollständig.</li> <li>▪ Insbesondere Bremen ist auffällig: Ausbruch in einer Flüchtlingsunterkunft.</li> <li>▪ In Berlin: Ausbrüche in privatem Umfeld.</li> <li>▪ Sachsen-Anhalt: alles Einzelfälle; in Niedersachsen auch Ausbrüche</li> </ul> </li> <li>○ Betreuung in einer Einrichtung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übermittlungsqualität soll verbessert werden.</li> <li>▪ Tendenz leichter Anstieg. Noch keine Anhaltspunkte, dass Öffnung der Kinderbetreuung damit zusammenhängt.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Corona-Warn-App</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ca. 14 Mio. Downloads, ab 1. Juli neue Version mit Fehlerbehebung</li> <li>○ Ca. 7.000 Anfragen zur App, großer Wille zur Verbesserung des Produktes von Seiten der Bevölkerung</li> <li>○ Erste Warnungen wurden darüber generiert. Frage, wie kann/darf das kommuniziert werden?</li> <li>○ Reine Downloadzahlen werden kommuniziert, Beobachtung einer Verlangsamung der Downloadzahlen.</li> <li>○ Hr. Benzler hat im Beirat einen Vortrag zur Begleitforschung gehalten.</li> <li>○ Eine Art Dashboard von SAP und Telekom soll am Freitag im Krisenstab vorgestellt werden. 2 Meetings hierzu in dieser Woche.</li> <li>○ Anbindung ÖGD nicht so einfach, soll morgen in der Sitzung der AGI besprochen werden.</li> <li>○ Anbindung der Labore ist auch nicht so trivial, wie sich die Hersteller das vorgestellt haben.</li> </ul> <p>! Mobilitätsdaten können weiter ausgewertet werden, wird weiter finanziert.</p>	FG21

	<p>! Wie bildet sich Geschehen in Gütersloh in digitalen Projekten ab?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Keine Aussage bei Corona-Warn-App möglich. Aktuell nur Gesamtzahlen, keine Regionalität.</li> <li>o 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.</li> </ul> <p>! Ergänzung: in dieser Woche wird der Forschungsantrag zu SORMAS beim BMG eingereicht. Noch sind viele Fragen offen, der Antrag wird dennoch gestellt.</p>	FG32
4	<p><b>Neue wissenschaftliche Erkenntnisse</b></p> <p><i>ToDo: Dieser Punkt wird dauerhaft von der Tagesordnung entfernt (Lagezentrum).</i></p>	Alle
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Immer noch hohes Risiko, Vorgabe vom BMG: bis 1.Juli wird daran nichts geändert.</p> <p>! Der Satz: „Die Anzahl der neu übermittelten Fälle ist aktuell rückläufig.“ soll angepasst werden.</p> <p><i>ToDo: Fr. an der Heiden wird einen Entwurf für eine geringfügige Anpassung erstellen.</i></p>	Alle
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Verstärkte Bewerbung der Teststrategie steht auf dem Plan, welche Botschaften für welche Zielgruppen.</p> <p>! Teststrategie soll in Kooperation mit Hausärzterverband bekannter gemacht werden, erweiterte Testkapazitäten sind vorhanden, morgen Austausch mit Hr. Mielke hierzu.</p> <p>! Bericht der AG Labordiagnostik soll nächste Woche dem BMG vorgelegt werden. Morgen Finalisierung des Berichts. Bericht soll Mittwoch oder Freitag im Krisenstab vorgestellt werden.</p> <p><i>ToDo: Hr. Mielke sendet Fr. Thaiss den Bericht zu.</i></p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Vorabveröffentlichung eines Artikels zur Inanspruchnahme deutscher Notaufnahmen und zur Nutzung von Routinedaten aus Notaufnahmen letzte Woche online im Epid. Bull.</p> <p>! An den Wochenenden nur noch Rufbereitschaft in der Pressestelle hat sich bewährt, weit weniger Anfragen als in der Vergangenheit.</p>	BZgA  Presse
7	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Noch keine Einigung zu EU Einreisebeschränkungen, weiteres Vorgehen wird besprochen, ggf. Verlängerung der Einreisebeschränkungen.</p> <p>! Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales NRW: neue Infektionsschutzvorschriften für Fleischverarbeitungsbetriebe mit mehr als 100 Beschäftigten. Die Betriebe müssen ab 01.07.2020 folgende Auflagen erfüllen: 2x pro Woche negative Testung der Mitarbeiter; Information der Mitarbeiter, dass</p>	BMG-Liaison





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Arbeiten mit Erkältungssymptomen nicht zulässig ist; Liste mit Adressen der Mitarbeiter muss im Betrieb vorhanden sein.</p> <p>! RKI: Extreme Engpässe bei der Besetzung des Lagezentrums, die Arbeitszeiten müssen reduziert werden. Im Moment extrem starke Belastung durch kleine Anfragen und Anfragen nach dem Informationsfreiheitsgesetz. Die Arbeitsbelastung ist sehr groß, gleichzeitig gibt es immer mehr Anfragen nach Unterstützung vor Ort. Ressourcen auch an Stellen nötig, die fachlich nicht für sinnvoll gehalten werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Situation ist ähnlich im BMG. Fr. Czogiel wird den Punkt an Hr. Rottmann weitergeben.</li> </ul> <p><i>ToDo: Ansprechen der Engpässe in BMG-Morgenlage durch Hr. Hamouda</i></p>	Abt. 3
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Interessante Populationen: Querschnittstestung Gütersloh</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag von Hr. Mielke neben der KoNachverfolgung bestimmte Populationen aufgrund ihrer Zugänglichkeit und/ bzw. Bedeutung für das Infektionsgeschehen zu testen. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Basis: alle symptomatischen Personen, dann</li> <li>▪ 1) Alle Patienten, die in Krankenhäuser aufgenommen werden (vulnerable Population)</li> <li>▪ 2) Bewohner von Altenheimen, die in diese aufgenommen werden (vulnerable Population)</li> <li>▪ 3) HCW (oft Mütter von Kindern; Kontakt zu vulnerablen Gruppen)</li> <li>▪ 4) Schulen/ Kitas/ Betreuer/Lehrer/innen</li> <li>▪ 5) Polizei/ Feuerwehr (gut zugängliche Population)</li> </ul> </li> <li>○ Die Idee ist mindesten in Ausbruchssituationen auch asymptomatische Personen in bestimmten Subgruppen zu testen, als sinnvolle Ergänzung zur Teststrategie und zur Generierung von Informationen (sporadischer Nachweis, Cluster, community transmission) für die Steuerung von Maßnahmen.</li> <li>○ Wäre für bestimmte Gruppen (z.B. Schlachthofmitarbeiter) ein Sentinel, ergänzend zum Sentinel der AGI, unabhängig von Ausbruchssituationen sinnvoll?</li> </ul>	VPräs / AL1 / FG36

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wem dient z.B. eine Testung in Schulen? Reicht ein Sentinel zur repräsentativen Abbildung von Gruppen bei der aktuellen Zirkulation des Virus überhaupt aus?</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Gezielte Testung bei vulnerablen Gruppen sollte ausgeweitet werden, bei KoNachverfolgung sollen auch Asymptomatische getestet werden. Ungezielte Massentests sind nicht sinnvoll.</li> <li>○ 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).</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Mielke schickt den Bericht an den Verteiler Krisenstab.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Verzögerung in Gütersloh konnte gut aufgearbeitet werden und war nicht aufs Meldesystem zurückzuführen, die Mitarbeiter von Tönnies wurden gezielt aufgefordert nicht zum Arzt zu gehen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Vorschlag: AGI-Sentinel und Grippe Web um Faktor 10 auszubauen. Das geht allerdings nicht mit aktuellen Ressourcen und ohne längerfristige Perspektive.</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Es gibt einen Erlass vom BMG (Rückmeldung bis 09.07.) mit der Bitte um Zuarbeit zur Aufrüstung "symptomgetriggerte ARE-Sentinel" für den Herbst/Winter 2020/21.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 (und FG17) erstellen Schreiben ans BMG, um die Surveillancesysteme auszubauen und zu stärken.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Sensitivität der Surveillancesysteme muss ausreichend sein. Im spezifischen Ausbruch soll definiert werden, wie getestet werden sollte. Hierbei soll die Liste aus der Mail</li> </ul>	<p>FG32 / AL3</p>
--	---	-------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>berücksichtigt werden.</p> <p>! Formulierung bzgl. des Endpunktes der infektiösen Periode</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zur Länge der Quarantänezeit findet am 7.Juli eine Videokonferenz mit Minister Spahn statt, bei der das Papier finalisiert werden soll.</li> <li>○ Für die Quarantäne nach Exposition und die Verkürzung der Isolation bei Erkrankten oder asymptomatische Infizierten stellt Fr. Ruehe Daten zum Entlassmanagement zusammen.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Eingehende Anfragen zu Laboren für SARS-CoV-2-Testung von Reisenden aus div. Ländern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Einer Veröffentlichung dieser Liste hat das BMG nicht zugestimmt.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! <b>Umgang mit Anfragen zum Informationsfreiheitsgesetz (IFG)</b>, siehe auch NDR Artikel:  <a href="https://www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Informationen-des-RKI-Das-ueberforderte-Institut,rki124.html">https://www.ndr.de/nachrichten/info/Corona-Informationen-des-RKI-Das-ueberforderte-Institut,rki124.html</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt zahlreiche Anfragen zum Informationsfreiheitsgesetz. Hr. Fouquet hat aufgrund der hohen Arbeitsbelastung diese Anfragen depriorisiert, dadurch wurden sie nicht innerhalb der Frist beantwortet, was ein ungünstiges Bild in der Außendarstellung des RKI nach sich zog. Der Autor des NDR Artikels hat bereits in der Vergangenheit kritisch über das RKI berichtet. Es gibt viele Kommentare zum Artikel, die die Kritik gut eingeordnet</li> </ul>	
--	---	--

	<p>haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Fouquet ist derzeit ans BMG abgeordnet und soll bzgl. der IFG Anfragen nicht kontaktiert werden. Absprachen zwischen RKI und BMG sind in Arbeit. Anfragen sollen immer über die Rechtsabteilung laufen. Diese ist mit der Rechtsabteilung des BMG in direktem Kontakt.</li> <li>○ <b>Wichtig:</b> Antworten werden wortwörtlich auf einer Webseite veröffentlicht (Beispiel: <a href="https://fragdenstaat.de/anfrage/interne-unterlagen-des-rki-zum-neuen-corona-virus/">https://fragdenstaat.de/anfrage/interne-unterlagen-des-rki-zum-neuen-corona-virus/</a>). Finaler Versand muss immer über die generische Email-Adresse des Rechtsreferats erfolgen (nicht etwa über Lagezentrum) - <a href="mailto:Informationszugang@rki.de">Informationszugang@rki.de</a>.</li> <li>○ Wenn Daten nicht herausgegeben werden sollen, kann auf den Datenschutz verwiesen werden. In Protokollen können auch einzelne Teile geschwärzt werden.</li> <li>○ Für die Beantwortung der Fragen wäre eine Einschätzung der Presse oder des Rechtsreferates sinnvoll, ob es sich um Anfragen von Journalisten oder Privatpersonen handelt.</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> ! Bei FG17 sind 87 Proben eingegangen, davon 1 Parainfluenza positiv und 27 Rhinovirus positiv, keine SARS-CoV-2 positiven Proben.	FG17
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! S. unter „Neues aus dem BMG“	



<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Dienstag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! TK mit ECDC über Ausbruch in Fleischverarbeitungsbetrieb (TN: FG32, FG35, FG36) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC plant aktualisiertes Rapid Risk Assessment</li> <li>○ Ausbrüche in Schlachthöfen neben USA auch in Niederlanden, Frankreich und Irland</li> </ul> </li> <li>! Termin mit Datenjournalisten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kritik: RKI stellt zu wenige Daten zur Verfügung und diese nicht im richtigen Format, deshalb gemeinsamer Termin mit einer Auswahl an Datenjournalisten und Fr. Degen, Fr. Diercke und Hr. an der Heiden, moderiert von Hr. Stollorz.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	03.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! Abt. 2
  - Katja Kajikhina
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Luisa Denkel
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Ruth Offergeld
  - Navina Sarma
  - Uwe Koppe
- ! FG35
  - Christian Frank

- Raskit Lachmann
- ! FG36
  - Walter Haas
  
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International INIG</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)  10,6 Mio Fälle und 515.973 Verstorbene (4,8%)  Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:  Insgesamt gleichbleibend mit USA weiterhin führend mit hoher Verdopplungszahl; Russische Föderation Zunahme ist verlangsamt; Südafrika zeigt vergleichsweise schnelle Verdopplung der Fallzahlen; neu dazugekommen ist Kolumbien, Peru ist nicht mehr auf der Liste  7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (Karte)  In rot (neu):  Afrika: Westsahara 74,86/100.000  Asien: Kasachstan 40.000 Fälle insgesamt; Meldung von 20.000 in vergangenen 7 Tagen; Bündelung von Meldungen  USA meldete gestern die meisten neuen Fälle jemals; starker Anstieg in 36 Staaten, kommendes Wochenende nationaler Feiertag (Independence Day)  Länder mit &gt; 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage  Indien und USA ein steiler Anstieg; Texas hat neu die Maskenpflicht eingeführt  Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage  Bangladesch Fallzahlen gehen hoch  Weiterhin ansteigender Trend in Kolumbien  In Russland geht Trend weiterhin zurück  Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage  Anstieg in Bosnien Herzegowina, Kirgisistan und Kasachstan  Rapid Risk Assessment ECDC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Seit dem 16.06. ein Anstieg in allen EU-Ländern auf Grund von Lockerungen der nicht-pharmazeutischen Interventionen</li> <li>○ Durchschnitt der 14-Tagesinzidenz liegt bei 14 neuen Fälle pro 100.000</li> <li>○ Montenegro, Kosovo, Luxemburg, Serbien, Türkei überschreiten den Durchschnitt  Anstieg der Fallzahlen kann auf das Hochfahren der Testkapazitäten in Luxemburg, Serbien und Türkei zurückgeführt werden.</li> </ul>	ZIG/INIG



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Tatsächlicher Anstieg ist in Montenegro, Kosovo, Bosnien, Bulgarien, Rumänien und Tschechien zu sehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neue Risikobewertung: <ul style="list-style-type: none"> <li><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)</li> <li>Bevölkerung mit Risikofaktoren: sehr hohe Wahrscheinlichkeit der Infektion und große Auswirkung der Krankheit</li> </ul> </li> <li>○ Risiko für Länder mit weiterer Zunahme der Fallzahlen, wenn keine geeignete Maßnahmen und Kapazitäten vorhanden sind: <ul style="list-style-type: none"> <li>Hoch, wenn keine Monitoringsysteme vorhanden sind und keine Testungen und Kontaktpersonennachverfolgung durchgeführt werden sowie nicht-pharmakologische Maßnahmen gelockert werden, obwohl community transmission stattfinden</li> <li>Wahrscheinlichkeit eines weiteren Anstiegs hoch; Auswirkung eines weiteren Anstiegs moderat</li> </ul> </li> <li>○ Details zur Indikatoren der Einteilung von community transmission oder in Kürze stattfindendes community transmission sind nicht bekannt.</li> </ul> <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Etwa 50% der neuen Fälle und mehr als 50% der Todesfälle stammen aus Amerika (Basilien und USA)</li> <li>○ Asien: Anstieg und hohe Fallzahlen in Indien, Bangladesch und Indonesien</li> <li>○ Afrika: etwa 6% der neuen globalen Fälle mit 70% davon Südafrika</li> <li>○ Europa: Russland hohes Niveau mit Rückgang</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Ozeanien: Großer Ausbruch in Melbourne mit 300 000 Personen im Lockdown</li> <li>○ Studien: <ul style="list-style-type: none"> <li>JAMA Neurology: COVID-Patienten haben ein 7-fach höheres Schlaganfallrisiko im Vergleich zu</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>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-Impfstoffkandidaten in Phase 1/2 Studie mit 45 Freiwilligen (IgG- Titer, SARS-CoV-2-neutralisierende Titer (PrePrint))</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lage hat sich insgesamt beruhigt</li> <li>o 446 neue Fälle; Anteil Verstorbene 4,6%</li> <li>o R0 sowie 7-Tage-R &gt;1</li> <li>o DIVI/IST: keine Veränderungen</li> </ul> </li> <li>! Fälle und Todesfälle pro Bundesland             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Viele Fälle aus NRW (50%)</li> <li>o 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)</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Deutlicher Rückgang auch in NRW</li> </ul> </li> <li>! 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</li> <li>! Aktuelle Ausbrüche              Germersheim:              Hochzeit mit 150 Gästen; Genehmigung des GA lag vor.              Christliche Gemeinschaft mit vorher bekannten Einzelfällen, unklar ob die Gemeinde oder die Hochzeitgesellschaft ursächlich waren. Dieses geschehen ist besonders interessant für den BMG.              Veranstaltungsanteile draußen/drinnen werden sind nicht bekannt und werden in RP erfragt.</li> </ul> <p>Verteilung der gemeldeten Fälle nach Setting können im Signale-Dashboard eingesehen werden.          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.</p>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Viele Geschehen können auf einen Kontakt zu einem bestätigten Fall zurückgeführt oder einem Ausbruch zugeordnet werden Montag trägt M. Diercke detailliert dazu Daten vor.</p> <p>Dingolfing-Landau: Reihentestung im Asylbewerberheim. Die positiven Fälle werden in einer separaten Unterkunft untergebracht, die KP sind in der Einrichtung unter Quarantäne.</p> <p>! Labortestungen (Datenstand 30.06.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW 26 deutlich mehr getestet als in der Vorwoche</li> <li>○ Positivenrate unter 1%</li> </ul> <p>Kapazitäten sind auf gleichhohem Niveau, jedoch nicht voll ausgenutzt</p> <p>! Expositionsort Ausland: Von 157 Fälle mit Expositionsort außerhalb Deutschlands, kamen 71 (57%) aus Serbien</p> <p><i>TODO: Frau Hanefeld bringt das (Anzahl Anstieg Fallzahlen Serbien) heute in die TK zu Risikogebieten mit BMG, AA und BMI ein; Liste der Risikogebiete wird zwischen 18 und 19 Uhr online gehen.</i></p> <p><i>FG 32: BL werden über den AGI-Verteiler zum Anstieg der Fallzahlen aus Serbien informiert, damit diese Info unter der Quarantänemusterverfügung und -Verordnung berücksichtigt werden kann.</i></p> <p><i>LZ: Diese Information (Anzahl Anstieg Fallzahlen Serbien) wird nächste Woche Dienstag in den Lagebericht aufgenommen (nach Rücksprache mit M. Diercke)</i></p> <p>! Treffen im BMG mit der türkischen Vizeministerin (Teilnahme Osamah)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktivitäten in der Türkei sind sehr positiv einzustufen, das Geschehen beschränkt sich auf Osten und Südosten der Türkei</li> <li>○ Es gibt 6.000 Teams mit jeweils 3 Personen die Kontaktpersonennachverfolgung durchführen; 99% der Kontakte können in 24 h erreicht werden</li> <li>○ Die Unterlagen ( in Papierform) werden mit Frau Hanefeld geteilt</li> </ul> <p>! Bericht des Ausbruchsteams aus Gütersloh (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Team ist seit 01.07.2020 wieder da; Einsatzdauer: 12 Tage</li> <li>○ Folie 2: Erste Welle (blau) eher symptomatische Fälle; Übrige Bevölkerung (grün); Ausbruch Tönnies (rot gestrichelt)</li> </ul>	<p>Abt. 3</p> <p>FG35/34</p>
--	--	------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfänge des Ausbruchs Mitte Mai im Rahmen des Screening von fleischverarbeitenden Betrieben: 7 von 7.000 getestet MA positiv</li> <li>○ Nachbarn LK Osnabrück großer Ausbruch in Westcrown, Dissen; Über einen Gottesdienst evt. Verbindungen zwischen den beiden Unternehmen.</li> <li>○ Ende Mai durften MA in die Heimatländer reisen, Exposition in den Heimatländern ist zeitlich retrospektiv nicht plausibel <u>für den Eintrag des Virus von dort</u></li> <li>○ Fälle in der übrigen Bevölkerung (grün): Ein Cluster im Zusammenhang mit einer Hochzeitgesellschaft mit Gottesdienst mit Gesang, Veranstaltungsort unklar und 10 positive HCW im KH Gütersloh</li> <li>○ Aktuell werden viele asymptomatische Fälle identifiziert durch die Reisefreitestung</li> <li>○ Heatmap: Wohnorte von Tönnies Angestellten; v.a. nähere Umgebung geht über Kreisgrenzen hinaus (<u>im Kreis GT: ca. 1.000 Fälle mit tausenden KP1</u>)</li> <li>○ <u>Durch die massive Ausweitung des Testens von asymptomatischen Bewohnern half nur wenige Infektionen zu identifizieren bei steigenden Fallzahlen stiegen dann die Fallzahlen in der „übrigen Bevölkerung“, aber vermutlich wurden dabei auch spät-positive Personen nach unbemerkter Infektion in der ersten Welle entdeckt.</u></li> <li>○ Alle Angestellte Tönnies mit Familien/Mitbewohnern müssen in Quarantäne <u>sowie tausende als KP1</u></li> <li>○ In den ersten 14-Tage Quarantäne <u>wurden konnten nur wenige positive MA aus den Haushalten ausziehen, dies resultiert in Haushalten mit positiven Mitarbeitern aus dem Screening Mitte Juni und später während der Quarantäne positiv getesteten Personen in den Haushalten in eine neue Runde von 14 Tagen Quarantäne, alle Mitbewohner waren KP1 und Quarantäneverlängerung bei zusätzlichen positiven Fällen</u></li> <li>○ Heute sind die ersten 14-Tage vorbei, neue Fälle werden <u>zukünftig</u> aus den Haushalten ausgesiedelt, damit die Infektionsketten zeitnah unterbrochen werden.</li>   <li>○ Aufgaben der RKI-Ausbruchsteams</li> <li>○ Bewertung der Arbeitsquarantäne (bereits erfolgt) Ursachenforschung (ausstehend): Studie mit Sequenzierung, Vorortuntersuchung und Einbindung der Hypothese von Hr Exner (In den Zerlegebetrieben innerhalb von Tönnies erhöhtes Risiko für Aerosoltransmission durch die Lüftungsanlage; klingt plausibel, ist aber noch nicht epidemiologisch bestätigt)</li> <li>○ Beschreibung von Risikofaktoren, Hauptübertragungswegen,</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Eintragung ins Werk, Rolle der Unterkünfte und Transport Diese Aufgaben können jetzt erst bearbeitet werden Viele zusätzliche Aufgaben vor Ort: Beratung zur Ausbruchsbekämpfung (Quarantänenmanagement) und Fokus auf übrige Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informationsflow/management:</li> <li>○ Manuelle Doppeleingabe in ISGA (Übermittlungssoftware) und separate COVID-19-Access-Datenbank; kein Excel-Upload möglich</li> <li>○ Es musste eine zusätzliche Datenbank für <del>den Tönnies-</del> <del>Ausbruch</del>COVID-19 angelegt werden um Daten zu Befunden, Testungen, Befragungen zusammenzuführen. Mitarbeiterlisten von Tönnies <del>nur schwer</del>kamen langsam und <del>waren und</del> unvollständig <del>geteilt,</del> Tönnies <del>gab mit Verweis auf</del> <del>Datenschutz an</del>hat keine vollständige Liste <del>der MA zu haben,</del> da viele MA bei Subunternehmer beschäftigt sind <del>und</del> <del>rechtlich keine Listen an Tönnies</del> geteilt werden kann.</li> <li>○ Sequenzierung spielt eine große Rolle, <u>aktuell Auswahl der</u> <u>Proben.-</u></li> <li>○ Weitere Probleme: Befragung der MA auf Grund der Sprache nicht möglich, massive Clusterung nach Subunternehmen, Wohnungen, Schichten, Einsatzorten und Wohnorten</li> <li>○ Zeitliche Einordnung nicht möglich, viele Fälle sind asymptomatisch, keine Angabe zu Symptomen, Zeitpunkt der Infektion unklar</li> <li>○ Für Sequenzierung sind nur wenige Proben aus der frühen Phase des Ausbruchs verfügbar.</li> <li>○ NRW wünscht sich eine „gerichts feste“ Studie, da Tönnies sicher klagen wird</li> <li>○ Studie und Hochfahren von Tönnies sind zeitlich entkoppelt</li> </ul> <p>Probleme Ausbruchsmanagement:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Politik konnte GA nicht umfassend unterstützen</li> <li>○ Risikobasierte Testung läuft jetzt erst an, massive Asymptomatischen-Testung der Allgemeinbevölkerung in diesem Umfang nicht hilfreich</li> <li>○ Bundeswehr hat 4 Teams vor Ort;</li> <li>○ IT des GA ist unzureichend</li> <li>○ GA-Leiterin Frau Bunte, war früher am GA Köln, ist sehr erfahren ist jedoch auch am Limit ihre Kräfte.</li> <li>○ Nächste Woche kommt Hr. Gottschalk (GA Frankfurt) für eine</li> </ul>	
--	--	--

	<p>Woche zur Hilfe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele junge motivierte Mitarbeiter aus anderen Bereich, jedoch fehlt es an Führungskräften und Ärzten</li> <li>○ Labor Krone führt den Großteil der Testung durch und macht gute Auswertungen anstelle des GAs</li> <li>○ Ablösung kam zu spät und es wird um bessere Ersatzmechanismen für Ausbruchteams gebeten</li> <li>○ Aktuell sind drei MA des RKI vor Ort und unterstützen mit der Ausbruchberatung, Logistik wie man Quarantäne auflöst und weiterführt</li> <li>○ Täglich neue Fragen auch ärztlicher Art; es werden Ärzte vor Ort benötigt.</li> <li>○ 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</li> <li>○ Diese Situation bietet Lernmöglichkeiten für die Stärkung des ÖGDs (Pakt für den ÖGD).</li> <li>○ Berlin hat gestern eine Änderung der CoronaVO zu Inlandsquarantäne aus Gebieten mit erhöhtem Risiko erlassen (<a href="https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2020/pressmitteilung.954490.php">https://www.berlin.de/sen/gpg/service/presse/2020/pressmitteilung.954490.php</a>). 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.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Auf Bitte des AA soll der Kosovo bei steigenden Fallzahlen beim Aufbau von Laborkapazitäten durch Lieferung von Material unterstützt werden</p> <p>Hr. Maas besucht demnächst den Kosovo</p> <p>! Armenien hat eine hohe 7-Tagesinzidenz. Ein EMT soll unterstützen Laborkapazitäten und ITS für 2-4 Wochen</p> <p>! Im Rahmen einer WHO sollte Hr. Baumann aktuell in Tadschikistan um ein dezentrales Laborsystem aufzubauen. Die Mission fiel zusammen mit dem Austausch der Regierung. Die Koordination war sehr schwierig. Hr. Baumann soll weiter 3 Wochen hin, dazu laufen jedoch noch Gespräche.</p> <p>! Fr. Abu Sin reist Montag nach Turkmenistan im Rahmen einer WHO Mission. Diese ist politisch wichtig, da Turkmenistan offiziell</p>	ZIG



	<p>weiterhin keine COVID-19-Fälle meldet.</p> <p>! Namibia ist ein GHPP-Partnerland und hat um Unterstützung des Aufbaus von Go.Data zu Kontaktpersonennachverfolgung gebeten. Das soll in 3 Wochen beginnen.</p> <p>! Diese Woche Besuch der Kulturreferentin der ägyptischen Botschaft. Es besteht ein Interesse am längerfristigen wissenschaftlichen Austausch im Rahmen zu COVID-19 v.a. zu Reisebeschränkungen und Unterstützung zu PPE und Labor/Testungen Sollte Interesse dazu im Krisenstab bestehen, kann der Kontakt vermittelt werden</p> <p>! ZIG 4 steht im weiteren Austausch BMZ und KFW zu weiteren Unterstützung von Äthiopien</p> <p>! Intern gab es mehrfach Diskussion, dass interessant wäre sich mit Schweden auszutauschen. ZIG würde es bei Bedarf organisieren, wenn es Interesse seitens des Krisenstabes gäbe.</p> <p>! WHO EURO veranstaltet ein Webinar zu Ausbrüchen in longterm facilities am Mittwoch 11-12:30. Es wird ein Panelist für die Teilnahme gesucht. Bei Interesse/Verfügbarkeit bei Frau Hanefeld kontaktieren</p> <p>! Zwei Mitarbeiter der ZIG 4 sind im Rahmen einer SEEG-Mission in Togo. Sie sind über Äthiopien nach Togo eingereist. Im gleichen Flug reisten togolische Studenten aus Saudi Arabien 22 wurden anschließend positiv getestet. Die Studenten saßen in der Economy und MA des RKI in der Business Class. Das Training wurde abgebrochen und die MA befinden im GIZ-Haus in Lomé. Aktuell ist noch nicht klar, ob sie die Quarantäne in Togo ableisten oder am Montag zurückreisen. Alle sind symptomfrei. Es besteht ein Austausch mit GIZ und BMG und das ist die erste komplexe Situation im Rahmen einer SEEG-Mission.</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	



5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Presse</b></p> <p>Es bedarf Konkretisierung zu Teststrategie aus dem BMG In der telefonischen Beratung viele Anfragen/Berichte der Bevölkerung zu psychischen Belastung und Erkrankungen</p> <p>Kurzbericht zur Blutspende-Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Es besteht ein hohes mediales Interesse an den Ergebnissen.</li> <li>○ Die Formulierung zu Neutralisationstesten sollte vorsichtig formuliert werden. Ausgewerteter Zeitraum 20.04.-23.06., die Studie läuft bis Oktober.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>FG34/VPräs</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Aktueller Stand: Konzept zur Kontaktaufnahme und</p>	<p>FG34/Abt. 2 Navina Sarma/Katja Kajikhina</p>



	<p>Zusammenarbeit bei Randgruppen wie Sinti und Roma stärken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sinti*zze und Rom*nja sind die größte Minderheit Europas <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alltägliche und institutionelle (rassistische) Diskriminierung</li> </ul> </li> <li>○ Teilhabechancen hinsichtlich Bildung, Wohnraum und Arbeitsmarkt sind eingeschränkt und es herrscht Misstrauen gegenüber Behörden und angeordneten Maßnahmen</li> <li>○ heterogene Population (Herkunft, Staatsangehörigkeit, Sprache, Beruf, Bildung, Wohnsituation, Religion, Krankenversicherungsstatus, Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer in Deutschland usw.)</li> <li>○ Nicht Ethnizität sondern genannte Aspekte sollten bei Planung und Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen berücksichtigt werden</li> <li>○ Erste Kontaktaufnahme: Zentralrat der Sinti und Roma; Amaro Foro (Berlin)</li> <li>○ Ergebnisse der Gespräche: <p>Antidiskriminierende Vorgehensweise: Vermeidung der Nennung von vermeintlichen Ethnizitäten bei öffentlichen Äußerungen; Vermeidung der Reproduktion von Verallgemeinerungen, Stereotypen und Vorurteilen in der Berichterstattung und in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen</p> <p>Berücksichtigung der Sprachen, bei Bedarf Hinzuziehung von Sprachmittlung, Nutzung übersetzter Materialien (z.B. RKI, BZgA, Integrationsbeauftragte)</p> <p>Berücksichtigung der Literarität der Menschen, bei Bedarf auch mündliche oder audio-visuelle Formate für Information und Aufklärung anbieten</p> <p>Einbezug verschiedener Akteure: Integrationsbeauftragte des Bundes und der Bezirke, sind vernetzt mit lokalen Akteuren (Adressen liegen Bezirksämtern vor) und Vertretungsorganisationen wie Selbstorganisationen, Beratungsstellen, andere zivilgesellschaftliche Organisationen, können mit ihrer Expertise unterstützen (Liste der Adressen lokal und bundesweit erstellt) sowie</p> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>Beteiligung bei Information zu und Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen, Einsatz als Multiplikator*innen, Einbezug von Schlüsselpersonen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Papier mit Hinweisen für RKI und GA um Hilfestellung für Situation als Unterstützung und Handreichungen für verschiedene Situationen und Institutionen</li> </ul> <p><i>TODO: Fr. Sarma/Fr. Kajikhina teilen einen Entwurf am 07.07.2020</i></p> <p>! Zwischenbericht der Serostudie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bereits besprochen</li> </ul>	
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! <b>Anpassung Flussschema</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es besteht der Wunsch seitens des BMGs das Flussschema zu modifizieren.</li> <li>○ Es besteht der 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>TODO: Hr. Herzog klärt mit der KBV den Bedarf ab. FG 37 unterstützt die Kontaktaufnahme zu Hr. Hauch (KBV).</i></p> <p>! <b>Konzeptpapier Flugverkehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Papier wurde in frühen Stadien bereits zirkuliert und ist in der jetzigen Form aus Sicht der AG Flughäfen/AGI</li> </ul>	<p>VPräs/alle</p> <p>FG 32/alle</p>



	<p>publizierbar. Eine Veröffentlichung auf der Homepage wurde von Fr. Glasmacher als kritisch gesehen, da aus der Überschrift nicht klar hervorgeht, dass es keine RKI-Empfehlung ist. Das ist wichtig um Nachfragen und Forderungen nach Empfehlungen für andere Settings zu vermeiden. AG Flughafen ist auf Eigeninitiative gegründete AG, nicht formal durch AOLG eingesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>TODO: Fr. an der Heiden arbeitet das Papier für einen EpiBull-Beitrag als Expertenpapier auf und stimmt es mit den Akteuren ab.</i></p>	
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>Virologischen Surveillance</b> 201 Einsendungen im Juni Davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 positiv für Rhinovirus</li> <li>- 1 positiv für RSV</li> <li>- 1 positiv für Parainfluenza</li> <li>- 1 positiv für porcines Influenzavirus (keine Reassortante), darüber wurde in der letzten Konferenz ausführlicher berichtet, das Isolat wird weiter untersucht</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 825 Einsendungen, davon 37 positiv auf SARS-CoV-2</li> <li>○ COMA: 2. Hotspot Untersuchung</li> <li>○ Ca. 1.600 Proben, davon 1 grenzwertig positiv, bei weitere Untersuchung schließlich negativ.</li> <li>○ Studie läuft bis Sonntag und dann erst wieder im September</li> </ul>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Neue Schema zur Entlassungskriterien aus der Isolierung ist veröffentlicht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Experten der KRINKO wurden in die Erstellung des Dokuments eingebunden und die Rückmeldung sollte berücksichtigt werden.</li> <li>○ Es gab gute Vorschläge, die bei der nächsten Version</li> </ul>	<p>FG14 /alle</p>

	<p>berücksichtigt werden sollten. Die Sputumprobe sei bei der PCR-Testung vor der Entisolierung besonders wichtig. Aktuell werden nur 2 Proben aus dem oberen Respirationstrakt gefordert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für genesene Patienten, die kein Sputum produzieren, ist Sputumdiagnostik eingeschränkt möglich.</li> <li>○ Besserungen der Symptome kann unterschiedliche Bedeutung haben. Wording sollte genauer sein, das wurde bereits diskutiert und ist mit STAKOB abgestimmt.</li> </ul> <p><i>TODO: Fr. Ruehe (IBBS) ruft Fr. Arvand an und bespricht mögliches Einbringen von Änderungen in Bezug auf tiefe Atemwege.</i></p>	
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG32
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>S. Lagebericht</p>	
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>S. Dokumente</p>	
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schichtzeiten (derzeit 9-17 Uhr): ggf. wieder Verlängerung nötig, Arbeit bis 17 Uhr nicht zu schaffen und die MA sind massig länger beschäftigt mit zahlreichen Anfragen und Erlassen aus dem BMG. Die Fristen der Abgeordnetenfragen sind vorgegeben und können nicht verändern. Es besteht die Hoffnung, dass mit der Sommerpause die Anzahl deutlich heruntergeht. MA sind wieder in die Abteilungen zurückberufen worden und MA, die viel sich im LZ tätig waren.</li> <li>○ Die Situation und Arbeitslast wird noch nächste Woche beobachtet und ggf. werden die Dienstzeiten wieder angepasst.</li> </ul> <p><i>TODO: Vorschlag Erlasse über den offiziellen Weg über die Leitung einbringen zu lassen um Anfragen weniger niedrigschwellig zu machen wird von der Institutsleitung geprüft.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	LZ/FG32



	<p><i>TODO: Rücksprache mit Hr. Schmich, ob es eine Umverteilung der MA mit fachl. Expertise zurück ins LZ geben kann. Dazu ist die Unterstützung der Leitung nötig.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Internationale Kommunikation: weiter steigender Bedarf, derzeit 6 Personen pro Tag anvisiert. Es finden nächste Woche Schulungen für neue MA statt.</li> <li>! <b>Bericht Impfen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es kann regelmäßig über wöchentlichen Treffen des PEI, BMG im Krisenstab berichtet werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Ziel für die kommende Saison ist die Steigerung der Impfquoten und es wird eine Intensivierung der Grippen-Kampagnen mit BZGA geben.</li> <li>○ COVID-19 Es besteht ein dringender Diskussionsbedarf zwischen dem Bund und den Ländern für das Vorgehen. Bund präferiert Impfzentren. Es ist noch unklar wie die Impfungsraten und geimpften Gruppe erfasst/überwacht werden sollen. Länder haben bereist 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul>	FG33
16	<b>Wichtige Termine</b>	

17	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Montag 06.07.2020, 13:00-15:00 Herr Schaade verabschiedet sich für die nächsten 3 Wochen in den Urlaub (Wiederkehr: 27.07.2020)	
----	---	--

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	06.07.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! INIG
  - Luisa Denkel
- ! IBBS
  - Bettina Rühle
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BMG
  - Irina Czogiel



- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)  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.</p> <p>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).</p> <p>Länder mit &gt; 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.</p> <p>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.</p> <p>Länder mit 700 - 7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage  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.</p> <p>Serostudie in Brasilien:</p>	<p>ZIG/INIG</p> <p>FG32</p>



	<p>Diese Studie wurde vom Gesundheitsministerium in Brasilien vorgestellt und umfasst die Testung (Schnellantikörpertestung mit 85% Sensitivität, 99,9% Spezifität) von mehr als 89.000 zufällig ausgewählten Personen in 133 Städten in 3 Phasen im Juni 2020. Die Prävalenz ist in den 3 Phasen von 1,9 auf 3,8% angestiegen. Der Anteil asymptomatischer Personen ist vergleichsweise gering bei 9%. Die Fall-Sterblichkeit lag bei 1,15%. Es gab mehr Fälle im tropischen Norden als im Süden. Kinder waren genauso infiziert wie Erwachsene.</p> <p>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.</p> <p>Die WHO beendet Hydroxychloroquine und Lopinavir/Ritonavir-Arme im Solidarity Trial, weil keine oder sehr kleine Reduktion der Mortalität beobachtet wurden.</p> <p>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.</p> <p>Hinsichtlich der steigenden Fallzahlen in Israel wird bemerkt, dass Ausbrüche in Schulen eine größere Rolle zu spielen scheinen. Die Situation sollte eng beobachtet bzw. ein Austausch mit israelischen Kollegen gesucht werden, dessen Ergebnis ans BMG weitergegeben werden sollte.</p> <p>In der AGI wurde bekannt, dass 13 von 45 Spätaussiedlern aus Kasachstan in Braunschweig positiv getestet wurden. Relevanten Kontakt mit der Bevölkerung gab es nicht.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wochenendeffekt: geringe Zahl an übermittelten Neuinfektionen (219)</li> <li>2. 196.554 Fälle, davon 9.016 verstorben; Anteil Verstorbenen 4,6%</li> <li>3. R sowie 7-Tage-R &lt;1</li> <li>4. DIVI: aktuell 298 auf ITS, davon 149 beatmet</li> </ol> <p>Fälle und Todesfälle pro Bundesland: BW und SN übermitteln</p>	<p>FG32</p>
--	--	-------------

nicht am WE, SN hält es für unnötig, SL hält es auch nicht für notwendig, hat aber 1 Fall übermittelt. In der AGI wurde großer Unmut der Länder nach Aufforderung, auch am WE zu übermitteln, geäußert. Einige BL (HH, MV) haben 0 Fälle. Die 7-Tage-Inzidenz ist seit letzter Woche deutlich zurückgegangen.

7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer: verglichen mit den übrigen BL haben BE und NW eine deutlich höhere 7-Tage-Inzidenz zwischen 6-8/100.000 Einwohner, wobei die 7-Tage-Inzidenz in NW rückläufig ist.

Geographische Verteilung in DEU: 7-Tage-Inzidenz

126 LK haben keine neuen Fälle in den letzten 7 Tagen übermittelt, weitere 236 Kreise weniger als 5 neue Fälle.

Höchste Inzidenz: ein einziger LK, nämlich LK Gütersloh, liegt über dem nationalen Schwellenwert von >50 Fällen/100.000 Einwohner. Weitere Kreise mit höheren Inzidenzen sind (am ehesten) ausbruchsbedingt: LK Dingolfing-Landau (27/100.000,), SK Düsseldorf (24,5/100.000), SK Duisburg (22,1/100.000), LK Germersheim (20,9/100.000).

Als häufigste Expositionsorte im Ausland wurden in KW27 Serbien, Mexiko, Türkei, Österreich genannt.

Die Angaben zu den Fällen mit Kontakt zu einem bestätigten Fall oder mit Ausbruchs-ID sind regelmäßig unvollständig. Für 830 von 2.422 (nur ca. 30% Vollständigkeit) liegen Angaben zum Kontakt mit einem bestätigten Fall vor, von denen >90% auf einen Kontakt mit einem bestätigten Fall zurückzuführen sind. Ausbruchsinformationen werden nachermittelt bzw. nachgetragen, auch hier liegt eine geringe Vollständigkeit vor. Insgesamt 44% der Fälle der KW27 können auf Kontakt mit einem bestätigten Fall oder auf einen Ausbruch zurückgeführt werden. Für KW25 liegt dieser Anteil bei 73%. Technische Probleme bei großen Übermittlungsdateien (z.B. bei großen Ausbrüchen wie in Gütersloh) erschweren die Problematik. Ca. 50% der GÄ verwenden SurvNet und müssten die entsprechenden Angaben zu den Fällen eintragen. In vielen GÄ werden trotz geringer Fallzahlen die Angaben nicht gemacht.

Ein Benchmarking für die einzelnen GÄ mit Angabe der Vollständigkeit der Daten (z.B. im Vergleich zum Bundesdurchschnitt) ist in Vorbereitung. Jedoch muss die Kommunikation darüber vorsichtig erfolgen, weil der offizielle Kommunikationskanal über die BL läuft. Zwar könnten auch die Containment Scouts diesbezüglich sensibilisiert werden, jedoch sollten



	<p>prinzipiell die vorhandenen Kommunikationswege eingehalten werden.</p> <p>Eine einheitliche Meldesoftware wird angestrebt, jedoch fehlt dafür aktuell die gesetzliche Grundlage. In der 1. Ausbaustufe von DEMIS wurde die Kommunikation zwischen Labor und GA geebnet, der Weg von GA über Landesstelle ans RKI ist noch nicht angetastet. Langfristig soll die Software (v.a. SurvNet) zentral verortet sein, so dass Updates sofort im GA verfügbar wären.</p> <p>In der Kommunikation müssten positive Anreize aus Sicht der einzelnen GÄ abgebildet werden. Ggf. kann die Validierung der TBc-Daten als Vorlage dienen und eine Auswertung im Seminar der Akademie des ÖGD vorgestellt werden. Manche BL reagieren verärgert bei direkter Kontaktaufnahme mit GÄ. Die Akzeptanz für die Eingabe aller Daten sollte über die Betonung des Mehrwerts für die BL als auch die einzelnen GÄ erhöht werden. Eine bundesweit einheitliche Software sollte auch mit GBE-Daten kompatibel sein.</p> <p><i>ToDo:</i> FG32 erstellt eine nach Software differenzierte Auswertung der Fälle mit Kontakt zu einem bestätigten Fall oder mit Ausbruchs-ID.</p> <p><b>Aktuelle Ausbrüche:</b></p> <p>Mit Stand vom 06.07.2020 liegt die Fallzahl im LK Gütersloh bei 2.431. Zwischen dem 28.06. und 04.07.2020 gab es knapp 90 Fälle in der Allgemeinbevölkerung. Die Zahl der positiven Tests bei Personen ohne direkten Tönnies-Bezug ist auf niedrigem Niveau. Team vor Ort. Insgesamt wird es ruhiger, die ersten Personen werden inzwischen aus der Isolation entlassen. Nur noch die Personen mit Symptomen oder KP zu bestätigtem Fall noch Haushaltskontakte mit bestätigtem Fall sind weiterhin in Quarantäne. Am Nachmittag soll im Gespräch mit Frau Bunte (Gütersloh) geklärt werden, welche Unterstützungsbedarfe weiterhin bestehen und ob diese ggf. aus der Ferne bedient werden können.</p> <p>Dingolfing-Landau: erstmalig erhöhte 7-Tage-Inzidenz.</p> <p>Kita-Studie (Folien <a href="#">hier</a>): Die aus Grippe-Web berechnete ARE-Inzidenz nach Altersgruppe zeigt bei jungen Kindern seit KW 23 einen Anstieg; jedoch liegen die Fallzahlen für akute</p>	<p>FG36</p>
--	--	-------------

	<p>Atemwegserkrankungen immer noch unter dem Vorjahresniveau (im Sommer). Der relative Anteil der COVID-19-Fälle steigt an, jedoch ist die Inzidenz der COVID-19-Fälle bei Kindern und Jugendlichen deutlich geringer als bei den Erwachsenen. Unverändertes Geschehen in den BL. §33 Meldungen sollen im Verlauf stärker aufgearbeitet werden. Der Anstieg in KW24 wird am ehesten auf Ausbruchsgeschehen im LK Gütersloh (Familienmitglieder von Tönnies-Mitarbeitenden betroffen) sowie in Neukölln und Göttingen (jeweils viele Großfamilien betroffen) zurückgeführt.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>Entfällt krankheitsbedingt.</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Hinsichtlich der Implementierung der Risikobewertung steht weiterhin die Stellungnahme des BMG aus. Herr Wieler wird dies erneut mit dem BMG thematisieren.</p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>Es gibt viele Rückmeldungen zur Maskenpflicht und zu regionalen Lockerungen. Aktuell wird ein Piktogramm für die Maskenpflicht erstellt.</p> <p>Für die Lage in Gütersloh wurden v.a. Materialien in Rumänisch, Bulgarisch und Polnisch als hilfreich empfunden. Frau Bunte (Gütersloh) habe auf ein zusammen mit dem RKI erarbeitetes Flusschema hingewiesen, um dessen Zusendung die BZgA für weiteren Austausch bittet. Im Gespräch mit Frau Bunte sei außerdem deutlich geworden, dass soziale Kanäle noch stärker kultursensibel zu bedienen seien, was die BZgA derzeit umsetze.</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass das korrekte Maskentragen (inklusive Nasenbedeckung) nicht von allen Personen konsequent durchgeführt werde; dies sollte stärker betont werden. Zudem sollte noch stärker kommuniziert werden, dass die Abstandsregeln auch im Freien gelten. Seitens der BZgA wird erläutert, dass bei den Abstandsregeln nicht zwischen drinnen und draußen differenziert wird.</p>	BZgA/alle
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>Hinsichtlich des Pakts für den ÖGD findet am 08.07.2020 eine Konferenz zwischen dem Bundesminister und den Bundesländern statt.</p>	BMG



	<p>Es finden in dieser Woche diverse Videokonferenzen zu Fachthemen statt, an denen das RKI teilnimmt. Ansonsten beginnt die parlamentarische Sommerpause. Bezüglich des Dokuments zu den Gemeinschaftsunterkünften wird der aktuelle Stand nachgereicht.</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>Wie lange sollen wir noch auf die Juni-Ausbrüche hinweisen?</p> <p>! 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.</p> <p>! Es wird diskutiert, ob zukünftig auf den 4-Tage-R-Wert verzichtet werden kann. In den Medien erhält die R-Wert-Diskussion häufig einen hohen Stellenwert, dies könnte man ggf. durch Verzicht auf den 4-Tage-R-Wert reduzieren. Andererseits wird durch die 2-fache Ausweisung des R-Werts eher vermittelt, dass es unterschiedliche Methoden und Sichtweisen gibt. Viele Medien würden den R-Wert inzwischen gut einordnen und nicht isoliert betrachten. Der Krisenstab entscheidet sich für eine Beibehaltung beider R-Werte.</p> <p><i>ToDo:</i> Der Lagebericht soll zeitnah, ggf. sobald im LK Gütersloh die 7-Tage-Inzidenz &lt;50/100.000 fällt, hinsichtlich des Hinweises auf die Ausbrüche im Juni angepasst werden.</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>Lagezentrum-Aktivitäten bei angespannter Personallage</p> <p>! In Anknüpfung an die Diskussion am 03.07.2020 wird darauf hingewiesen, dass angesichts des aktuellen Infektionsgeschehens die Monate Juli und August zum „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.</p>	<p>Präs/alle</p> <p>AL3/Präs</p>



	<p>Es wird angeregt, dass Kollegen mit Fachexpertise aus Abt. 3, die aktuell im Corona-Warn-App-Team tätig sind, durch andere MA ersetzt werden.</p> <p>! Während der parlamentarischen Sommerpause ist von geringerer Arbeitslast auszugehen, auch BM Spahn verabschiedet sich in den Urlaub. Präs wird die Problematik mit dem BMG ansprechen und am 08.07.2020 Rückmeldung geben.</p>	
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Bei ZBS1 sind 1.088 Proben eingegangen, davon sind 65 positiv (Positivenanteil von 6%). Die Anzahl der Proben ist zurückgegangen. Im Rahmen der Corona-Monitoring-Studie sind in den 2 Hotspots 2 Proben grenzwertig gewesen, die jedoch in der Nachtestung negativ waren. Es liegen keine positiven Nachweise aus den Hotspots vor.</p> <p>! Bei FG17 sind 57 Einsendungen eingegangen, darunter 19 Rhinoviren-positiv.</p> <p>! Bericht der AG Laborkapazität: Das konsolidierte Abschlusspapier soll am 07.07.2020 mit dem BMG und externen Mitgliedern abschließend abgestimmt werden und nach Rücksprache mit BMG auf neuen Seiten zur Teststrategie veröffentlicht werden.</p> <p>! In der AG Diagnostik wird am 07.07.2020 die Kommunikation der Teststrategie diskutiert werden, dafür stellt der vorhandene Bericht eine gute Grundlage dar.</p> <p>! Es wird angeregt, hinsichtlich des Themas Testen, Testen, Testen proaktiv eine kritische Stellungnahme zu Freitestung und Massentestungen vorzubereiten. Insbesondere die in der Muster-VO Quarantäne vorgesehenen „Freitestung“ ist hinsichtlich des derzeitigen Kontaktpersonenmanagements kritisch zu beurteilen; zudem ist unklar, inwiefern die Herkunft eines Tests (qualitätsgesicherte Diagnostik?) verifiziert werden kann. Auch die BL haben sich gegen „Testen, Testen, Testen“ ausgesprochen.</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p> <p>AL1/alle</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Am Freitag erfolgte die bedingte Zulassung für Remdesivir. Eine Aktualisierung der Therapiehinweise ist bis Ende der Woche geplant (für die frühe Phase Remdesivir, für die späte Phase Dexamethason vorgesehen).</p>	<p>IBBS</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	



13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Es gehen regelmäßig Presseanfragen zur Gegenüberstellung der Daten der an und mit COVID-19 Verstorbenen ein. Diese Daten liegen in geringer Qualität vor (etwa 90% an COVID-19 verstorben, 10% mit COVID-19). Es wird diskutiert, ob und wenn ja, wie diese Daten kommuniziert werden sollten. Während in DEU eher eine Überschätzung der an COVID-19-Verstorbenen diskutiert wird, wird international eher eine Unterschätzung angenommen bzw. die deutsche Datenlage aus dieser Sicht kritisch hinterfragt. Die Datenqualität lässt keine Einzelfalldiskussion zu, ggf. kann eine Angabe zur Verteilung (90/10%) mit entsprechender Diskussion der Unsicherheit der Daten gemacht werden, z.B. im Rahmen der Auswertung der Surveillance-Gruppe, in der die Krankheitsschwere inklusive Todesfälle diskutiert wird. Es sollte überprüft werden, ob das ECDC ggf. bereits eine Übersicht über die Berechnung der COVID-19-Todesfälle erstellt hat.</p> <p>Es wird angeregt, mit ausländischen Kollegen einen Übersichtsartikel zur Berechnung der COVID-19-Todeszahlen zu erstellen. Kontakt mit spanischen Wissenschaftlern in Hinsicht auf diese Problematik kann durch ZIG hergestellt werden.</p>	FG32/alle
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Der Inspekteur des Sanitätsdienstes der Bundeswehr möchte die ÖGD-Kontaktstelle besuchen; eine Vorstellung soll am Donnerstag ggf. über eine Videokonferenz ermöglicht werden.</p>	
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch 08.07.2020, 11:00-13:00</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	08.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Basel Karo
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Marjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! ZBS1
  - Bettina Rühle
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! BMG
  - Irina Czogiel
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International INIG</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)  Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:  Neu dabei sind: Kasachstan und Pakistan (in rot)  Nahm am stärksten in USA Indien Pakistan zu  7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner  Immer mehr Länder &gt;50 Fälle/100 000 Einwohner  Aktuell sind hier 24 Staaten gelistet  Länder mit &gt; 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage  Die meisten Fälle in Nord- und Südamerika  In den USA, v.a. Südstaaten und dort Ausbrüche in Gefängnissen und fleischverarbeitenden Betrieben.  Indien v.a. Neu-Delhi und zwei weitere Regionen; trotzdem Öffnungen aus wirtschaftlichen Gründen.  Europa - Aktuelle Lage  besonders im Westbalkan und Osteuropa gestiegen, der zuletzt berichtet Anstieg in Luxemburg war durch erhöhtes Testen verursacht.  Asien Aktuelle Lage  In vielen Lockerungen der Maßnahmen  Afrika Aktuell Lage  Südafrika ist besonders betroffen. Gründe: schwache Surveillance, geringe Testkapazität.  Dies trifft auf viele afrikanische Staaten zu. Es wird eine hohe Dunkelziffer vermutet.  Australien Aktuelle Lage  In Melbourne viele Fälle, Ausbruch in einem Quarantäne Hotel  Nachfrage wie die vergleichsweise geringen Todeszahlen zu den hohen Fall erklärt werden.  Dazu wird am Freitag berichtet werden.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)  Lage National, 08.07.2020  Insgesamt sehr ruhig; wenig Veränderung bei ITS  Fälle und Todesfälle pro BL  man sieht immer weniger Fälle aus den BL; mehrere kleine Ausbruchsgeschehen  Fälle in Bayern angestiegen  Vergleich KW26/KW25 pro BL  Im Wochenvergleich: Auffällig sind Ausbruch in Oldenburg (Niedersachsen) und Reste des Ausbruchs in Gütersloh</p>	<p>ZIG/INIG</p> <p>FG37</p> <p>FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>In NRW stärkster Rückgang der Fälle          In Bayern Zunahme          Nowcasting – Schätzung des R          R unter 1          7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum BL          Fälle gehen kontinuierlich zurück, aber Bayern steigt          Geografische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz          123 LK keine Fälle; kein LK war über der 35 Inzidenz; sehen hohe Aktivität Düsseldorf, Duisburg, Bayern; dies wird beobachtet.          Wochenvergleich Aktuelle/Vorwoche          Vgl. aktuelle mit Vorwoche: Um Oldenburg geht die Aktivität nach unten          Aber im südlichen Brandenburg etwas mehr: Einige Fälle in einem Schlachtbetrieb.          Altersverteilung nach Meldewoche: Ges.-Fälle          Anteil Fälle bei Jüngeren mittlerweile stabil; Grund: relativen Fallzahl waren zunächst angestiegen.          Frage zu Sterberate nach Altersgruppe: Risikogruppe hohes Alter nicht mehr im Fokus, Immunität? Eher nicht Immunität, sondern verbesserte Hygieneprotokolle in Heimen.          Übermittelte Fälle nach Tätigkeit od. Betreuung in Einrichtungen          Fälle bei Einrichtungen nach §36 deutlich zurückgegangen, während in Woche 17/18 größere Anteile hatten.          Übermittelte Fälle nach Expositionsort          Exposition im Ausland wieder vermehrt angegeben: Nach fast Null, jetzt fast 10% der Fälle; muss beobachtet werden          Häufigste Expositionsländer im Ausland          Serbien mit Abstand am häufigsten genannt          Ob die tatsächlich in den genannten Länder bzw. Serbien angesteckt, kann aus den Meldedaten nicht abgelesen werden.          Dennoch gibt es aus der Epi-Lag berichte der GÄ, dass viele Fälle eine Serbien angeben, z.B. in BW          Aktuelle Ausbrüche          Gütersloh: Aktivität der Infektionen relativ niedrig; gerade zweite Testung bei vorher Positiven; zunehmend Entlassungen aus Quarantäne.          Laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)          Anzahl der positiven und negative Testungen pro Tag - bundesweit          68 Labore haben ihre Daten ans RKI geben          Stabil geringe Anzahl der positiven bei zunehmender Testanzahl          Anzahl der positiven und negative Testungen pro Woche -</p>	<p>BZgA</p> <p>BW/FG32</p> <p>FG37</p>
--	---	--

	<p>bundesweit</p> <p>Stabil geringe Anzahl der positiven bei zunehmender Testanzahl</p> <p>Anteil der positiven Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag</p> <p>Entsprechend Anteil der pos. Testungen stabil gering seit Ende Mai</p> <p>Verzögerung von Entnahmedatum zu Testdatum in ARS</p> <p>Verzögerung Entnahme bis Testung im Labor zeigt einen Anstieg; Erklärung dafür wird noch gesucht</p> <p>Zeitverzug DateExplant - TestDate</p> <p>Vergleich der Verzögerungen in KW24-25 mit KW26-27</p> <p>Zeigt sehr unterschiedliche Testauslastung der Labore</p> <p>Anzahl Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW</p> <p>Im Vergleich viel mehr Testungen bei über 80-jährigen</p> <p>Testung haben seit KW23 im Kita- und Schulalter deutlich zugenommen</p> <p>Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und KW</p> <p>Anteil Positive seit KW24 Altersgruppen auf vergleichsweise niedrigem Niveau</p> <p>Zusammenfassend: Testen so viel wie nie und finden sehr wenige Fälle</p> <p><i>ToDo: Keine festgelegt</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Hr. Wieler hat am Montag mit BM Spahn die letzte Pressekonferenz vor der Sommerpause. Hier könnte eine Anpassung der Risikobewertung kommuniziert werden.</p> <p>Dabei ist zu bedenken: 1. Weltweit viel Infektionsgeschehen;</p> <p>2. Anpassung sehr gut erklären wie wir zur neuen Risikoeinschätzung kommen; belegen was eine Höherstufung auslösen kann. Chance in der letzten PK vor Sommerpause, daher gesondert überlegen was in PK hinein soll.</p> <p>Eine Runterstufung wird aus der Runde unterstützt, aber mit Beibehalten der Maßnahmen</p>	<p>Inst.-leitung/ FG32/Abt.3/ FG37/FG14</p>





	<p>Vorschläge für eine jetzige Runterstufung:  Wollten erst Effekt der ersten Lockerungen abwarten.  Jetzt kann Herabgestuft werden.  Tönnies zeigte wie volatil die Situation ist, daher wurde vorher nicht zurückgestuft.</p> <p><i>ToDo: Abt.3 und Presse bereiten inhaltlichen Entwurf vor, der von der neuen Gruppe Risikokommunikation ggf. im wording angepasst wird.</i></p> <p><i>Am Freitag wird Entwurf zur Risikobewertung diskutiert.</i></p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Presse</b></p> <p>Top-Themen der BZgA-Hotline: Psychische Problematik; Unsicherheit bei Reisen durch wechselnde Bestimmungen, dazu Anfragen aus Bevölkerung und Presse.  BW bedankt sich abschließend für Aktion in Sonneberg. Dortigen Behörden waren auch sehr dankbar für Unterstützung.  Wieler: wünscht sich eine externe Kommunikation der Zus.-Arbeit mit RKI und BW  Leitung regt bei BZgA zur erneuten Kommunikation für das korrekte Tragen des MNS an (v.a. im ÖPNV); Beim BZgA sind Solidarität der Bürger miteinander sowie das Schutzverhalten wichtige Themen.  Presse hat viele Fragen zu Reisen, v.a. Schweden; Bitte des Internet-Teams: Veränderte Dokumente bitte im Änderungsmodus, damit gezielter ausgetauscht werden kann und die Änderungen nachvollzogen werden können.</p> <p><i>ToDo: An alle: Veränderte Dokumente bitte im Änderungsmodus an webmaster</i></p>	<p>BZgA</p> <p>BW</p> <p>Inst.-leitung/Abt.3</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>Wenig Neues:  Update zu Raum-Technischen Anlagen BMG wurden mit BMS, BAUA wird dies organisieren unter Teilnahme des RKI, PEI, BfArM; wahrscheinlich in letzter Juliwoche; Im BMG viele Fragen zu Klimaanlage und Ventilatoren,  Vorschlag dazu Link auf RKI Website zu den FAQ der BAUA  Am Freitag nimmt wg. Urlaub das BMG nicht teil</p>	<p>BMG/Presse</p>

7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>Nicht mehr ausdrücklich auf Juni Geschehen hinweisen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	Abt.3
9	<p><b>Dokumente</b></p>	
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>Die Einsendungen sind weiterhin auf niedrigem Niveau (10 Proben/Tag)</p> <p>keine Corona Nachweise</p> <p>Einsendungen und Nachfragen zu Abstrichmaterial höher als in den Vorjahren, aber niedriger als im letzten Quartal</p>	FG17
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Aktualisierte Entlassungskriterien sind online: Achtet darauf alle Dokumente daraufhin anzupassen. V.a. dem Ct-Wert (FG36 Erregersteckbrief; widerspricht sich mit Entlasskriterien; F37 zum Kontaktmanagement bei Medizinischem Personal nur aktuelle verwenden)</p> <p>Stefan gibt dies an das Steckbrief Team weiter</p> <p>Die Verschärfung in den Entlassungskriterien sind bewusst vorgenommen, da die ruhigere Lage dafür Raum gebe.</p> <p><i>ToDo: An alle: Anpassung aller Dokumente, die sich auf aktualisierte Entlassungskriterien beziehen.</i></p>	ZBS1 (Fr. Ruehe)/ FG36/Abt.3/ Inst.-leitung
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Update DEMIS Roll-out:</p> <p>2 Schritte des Roll-out bei GÄ:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zunächst ein Software-Update durchführen (148 GÄ ein Drittel der GÄ könnte auf DEMIS zugreifen),</li> <li>2. GÄ benötigen ein Zertifikat (108 GÄ)</li> </ol> <p>57 GÄ haben alles</p> <p>Labore in SH, Bremen sind DEMIS Nutzer, bundesweit fragen weitere Labore an</p>	FG32 (Fr. Diercke)



	<p>AGI gab es viele Nachfragen aus den BL zum Stand: vieles geklärt und Seuchenreferenten eingebunden Geht gut voran</p>	
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Im LZ nach wie vor viel zu tun. Schwierigkeiten die Schichtleitung zu besetzen. Hoffen, dass durch ParlamentsSommerpause weniger wird. Wieler hat mit Hr. Holtherm gesprochen; BMG auch viel zu tun Erlasse werden nun wieder über die Leitung nicht direkt LZ Hr. Wieler fragt in seiner Abt. nach Bereitschaft zur personellen Unterstützung des LZ Es fehlt Schichtleitung und Int. Komm. Beide Position benötigen Erfahrung; Aufgabe und Lageprotokoll kann ohne Erfahrung ausgeführt werden; Presseliasion Unterstützung mit med. Hintergrund kann dies auch durchführen; Lageprotokoll viel Arbeit auch dafür Unterstützung wichtig; Hr. Wieler teilt mit, dass die 40 Stellen für ÖGD-Kontaktstellen besetzt werden können. LZ wird durch BMG am Wochenende noch gewünscht. Aber Lagebericht Sa und So kürzer. Klärung durch Herrn Wieler mit BMG, ob am Wochenende keine Lageberichte mehr nötig ist.</p>	<p>Abt.3/Inst.- leitung/FG32</p>
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Videokonferenz des Deutschen Pathologen-Vereins; Wer möchte teilnehmen? (E-Mail 6.7.20, 16:08) Wöchentlicher Bericht zum Arbeitsschutz, wird vertagt, weil Frau Sasse nicht anwesend ist. Bleibt auf TO!</p>	
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 10.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	10.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
  - Udo Buchholz
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Julia Sasse
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel

- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 22 Länder mit Inzidenz &gt;50/100.000 heute, leichte Abnahme (vorher 24), es sind keine neuen Länder hinzugekommen</li> <li>▪ In Europa sind es Armenien und Montenegro mit knapp 127 bzw. 62/100.000</li> <li>▪ Schwedens Inzidenz liegt jetzt bei 40/100.000</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ o.g. top 3 Brasilien, Indien und USA</li> <li>▪ USA jetzt täglich neue Rekord-Fallzahlen, in Florida sind 84% der IST ausgelastet, es gibt viele neue Fälle auch in Gefängnissen</li> </ul> </li> <li>○ Europa – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vor allem in Osteuropa und Balkanstaaten starker Anstieg der Fallzahlen: Bosnien &amp; Herzegowina, Bulgarien, Kosovo, Serbien</li> </ul> </li> <li>○ Asien – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin steigende Falzzahlen in Indien, Indonesien, Israel, palästinensischen Gebieten, Philippinen, VAE</li> </ul> </li> <li>○ Afrika – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin viele neue Fälle in Südafrika, auch in Kenia, Madagaskar und Algerien</li> <li>▪ Kenia: anerkannte „community transmission“</li> <li>▪ Madagaskar: steiler Anstieg mit 1.270 Fällen/letzte 7 Tage, wird noch als „cluster of cases“ und nicht community transmission gehandelt</li> </ul> </li> <li>○ Ozeanien/Australien – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Australien überschreitet Schwelle von 700 Fällen</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul> <p>! Israel Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;33.000 Fälle, 344 Todesfälle, 7-Tages-Inzidenz jetzt 82/100.000 und ansteigend</li> </ul>	ZIG1

- >1 Mio. Tests, Positivanteil 3,2%
- Entwicklung der Fallzahlen (s. Folien): blaue Kurve kumulative Fallzahlen, grau Genesene, grüne Balken Fallübermittlung
- 19. März Ausnahmezustand, Anfang Mai erste Öffnung von Geschäften, ab 09.05. Kitas und Schulklassen
- 27.05. gab es Feiertage zu denen die Öffnung von Hotels, Pools, Restaurants trotz erneut steigender Fallzahlen veranlasst wurde, im Juni weitere Öffnung von Veranstaltungsorten bzw. Events (Bars, Nachtclubs, Hochzeiten, mit bis zu 250 Gästen)
- Schulausbrüche
  - Nach der erneuten Öffnung wurden die Klassen zunächst klein gehalten, es ging aber schnell wieder in den Normalbetrieb über
  - Kindertransport in Schulbussen, diese sind oft überfüllt, Abstandshaltung unmöglich
  - Schulcluster Ende Mai: asymptomatischer Super-spreader an einem Gymnasium in Jerusalem, 160 Fälle wurden mit diesem Cluster assoziiert, Abstandsregeln und Maskenpflicht wurden nicht eingehalten
  - Auch kleinere Ausbrüche in weiteren Schulen, >100 Schulen und Kitas wurden wieder geschlossen (1 positiver Fall! Schließung), Schüler, Schulbusfahrer und Lehrer wurden positiv getestet
- In Israel machen 10-19-jährige Fälle 18% aller aus, allerdings ist die Altersverteilung in der Bevölkerung auch sehr anders als bei uns (Altersmedian in Israel 29, in Schweden und Deutschland >40/45 Jahre)
- Die erneut steigenden Fallzahlen sind vor allem den Lockerungen zuzuordnen, im Rahmen derer Abstandsregeln und Maskenpflicht nicht eingehalten wurden
- Public Health Direktorin ist am 07.07. zurückgetreten
- Information von Julia Sasse (IBBS), die in Kontakt mit Partnern vor Ort ist: Gesundheitsministerium hat die Einschätzung, dass Lockerungen zu früh waren, außerdem gibt es zu geringe Testkapazitäten, zu wenig Personal für KoNa, das Vertrauen der Bevölkerung in die Behörden ist gering
- Erneute TK mit israelischen Kollegen ist nächste Woche geplant, auch speziell zum Thema Schule, Julia Sasse, Walter Haas nehmen daran teil
- Keine Information zur Verteilung der Fälle nach orthodoxer vs. nicht-orthodoxer Gemeinschaft
- Israel hatte eine Hitzewelle während der die



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>MNB-Empfehlungen zeitweise zurückgezogen wurden, dies hat zu Verwirrung in der Bevölkerung geführt</p> <p>! Zusammenfassung Gesamtsituation International</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ USA größter Anteil neuer Fälle (52%)</li> <li>○ Asien weiter Anstieg und hohe Fallzahlen</li> <li>○ Afrika 5% neuer globaler Fälle</li> <li>○ Anstieg Osteuropa und Balkanländer</li> <li>○ Ozeanien Anstieg und Melbourne-Lockdown</li> </ul> <p>! WHO hat eine Kommission für die Evaluierung der COVID-19 Reaktion (Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response IPPR) kreiert, geleitet wird diese durch Neuseelands ehemalige Premierministerin Helen Clark und die ehemalige Präsidentin von Liberia Ellen Johnson Sirleaf, erste Zwischenergebnisse werden im November erwartet</p> <p>! UK-Studie in Nature zu Risikofaktoren für COVID-19 Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neben bekannten Faktoren (Grunderkrankungen, männliches Geschlecht) wurden auch sozio-ökonomische und ethnische Faktoren identifiziert</li> <li>○ Wichtiger Artikel, arbeitet soziale Faktoren heraus</li> <li>○ Public Health England hat einen interessanten Bericht hierzu geteilt (Link <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ In vielen Ländern wird deutlich, dass prekäre Gruppen besonders betroffen sind, das RKI sollte dies auch in Deutschland untersuchen</li> <li>○ Abt. 2 Auswertung zu sozioökonomischem Index <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen diverser, nach diesem Index klassifizierter Regionen werden gegenüber gestellt</li> <li>▪ Anfangs erschien dies durch die Skiurlauberückkehrer in BY und BW umgekehrt</li> <li>▪ Im Verlauf der Pandemie treten in Regionen, in denen der sozioökonomische Index eher niedrig ist, vermehrt Fälle auf</li> <li>▪ Soll im Journal of Health Monitoring veröffentlicht werden</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul>	FG32
--	---	------



- ! Fragen zur internationalen Situation an ZIG
  - Situation Algerien: Fallanstieg und Nähe zu Frankreich
  - Situation Türkei

*ToDo: Zig soll für nächste Woche bitte näheren Blick auf beide o.g. Länder werfen*

### **National**

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
  - Lage generell ruhig, freitags meist größter Anstieg im Vergleich zum Vortag, aktuell Lage relativ stabil
  - SurvNet übermittelt: 198.178 (+395), davon 9.056 (4,6%) Todesfälle (+8), Inzidenz 238/100.000 Einw., ca. 184.000 Genesene, Reff=0,80, 7T-Reff= 0,90
  - !
  - R-Werte im Rückgang
    - BL: MV in letzten 7 Tagen kein Fall, die meisten Fälle aus NW, verteilt über diverse LK
    - Fallzahlen in „Problemkreisen“ im Rückgang, 1/3 aller Kreise ohne Fälle letzte Woche, 235 Kreise mit sehr wenigen Fällen, nur 1 LK (Gütersloh) >25/100.000
    - Minusfälle in der Falltabelle
      - Kommen leider regelmäßig vor, Grund sind nach-tägliche Datenabgleiche und -Korrekturen
      - Fallzahlen werden tagesaktuell ohne Qualitätskontrolle (z.B. auf Erfüllung der Falldefinition oder nicht) veröffentlicht, teilweise werden auch alte Fälle wieder herausgenommen
      - Gründe sind z.B. Ausbrüche in Asylstätten oder Unternehmen (Tönnies), manchmal werden Personen mit unterschiedlicher Schreibweise doppelt geführt und im Nachhinein korrigiert
      - Dies wurde mittlerweile auch von den Medien aufgrund der RKI-Erklärungen akzeptiert
  
- ! Ausbrüche
  - Gütersloh
    - Fallzahlen und Inzidenz rückläufig, umfangreiche zweite Personentestung derer, die negativ waren, hat nicht vermehrt positive Fälle aufgezeigt
    - Kaum/keine zusätzlichen Fälle in der Allgemeinbevölkerung
    - RKI-Unterstützung wurde hochgelobt und sehr geschätzt, große Anzahl von RKI-MA war über mehrere Wochen hierzu tätig
    - Erfahrung hat aufgewiesen, wo Schwierigkeiten liegen: selbst wenn erfahrene Personen mitarbeiten, sind komplizierte



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>politische Verhältnisse zusätzlich erschwerend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Moers Dönerfleischproduzent: erneute Positivtestung von MA, Anzahl infizierter angewachsen, Versuch der frühzeitigen Erkennung neuer Fälle</li> </ul> <p>! Labortestungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Haben in KW27 neues Hoch erreicht (fast eine halbe Million), dabei historisches Tief der Positivergebnisse (&lt;3.000, 0,6%)</li> <li>○ Anzahl der übermittelnden Labore war kleiner als in den Vorwochen</li> <li>○ Testkapazitäten sind erneut angestiegen, es können &gt;1 Mio. Tests durchgeführt werden</li> <li>○ Erneut haben einige Labore Rückstau und Lieferschwierigkeiten gemeldet</li> </ul> <p>! Mortalitätssurveillance destatis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rote Kurve stellt vom RKI gelieferte Daten zu COVID-19 dar</li> <li>○ Generelle Sterbefallzahlen befinden sich auf ähnlichem Niveau wie die der Vorjahre</li> <li>○ Es wurden nur Daten bis KW23 ausgewertet da die Daten dem statistischem Bundesamt nur verzögert vorliegen (wenn auch aktuell schneller als normalerweise)</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>SEEG</b></p> <p>! Die Kollegen des SEEG Einsatzes nach Togo, der abgebrochen wurde sind heile wieder in Deutschland zurück, nicht mehr in Quarantäne und negativ getestet</p> <p>! Relativ viele Aktivitäten im Bereich der SEEG diese Woche, BMZ Minister Müller hat sich auf SEEG fokussiert, Treffen mit parlamentarischen StaatssekretärInnen, BMZ will SEEG ausbauen als zentraler Punkt im globalen Gesundheitsschutz, auch besonders fokussiert auf Corona in naher Zukunft</p> <p><b>WHO</b></p> <p>! Muna Abu Sin ist auf einem WHO Einsatz in Turkmenistan</p> <p>! Jan Baumann ist vor 1 Woche aus Tadschikistan zurückgekehrt und soll erneut für ein Labortraining in 10 Tagen hinreisen</p> <p>! Armenien: sehr aktives COVID-19-Geschehen, Montag fährt ein Emergency Medical Team (EMT) dank RKI-Unterstützung nach Armenien, armenische Botschaft hat den Einsatz ebenfalls stark unterstützt</p> <p><b>AA &amp; Risikogebiete</b></p> <p>! AA plant im EU-Ratspräsidentschaft-Rahmen</p>	ZIG

	<p>Pandemiedialoge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Epidemie soll als Chance für einen größeren Dialog mit Partnern benutzt werden</li> <li>○ Unterschiedliche Länderreferate des AA haben sich mit RKI in Verbindung gesetzt</li> <li>○ z.B. letzte Woche Lateinamerika und Karibik, dort gibt es bisher keine GHPP Projekte und weniger Erfahrung</li> <li>○ RKI strebt eine Aufteilung mit der Charité, die dort in Diagnostik sehr aktiv sind, an</li> <li>○ AA hat große Pläne diese Chance zu nutzen um sich einzubringen</li> <li>○ Weiterführende Gespräche mit BMG und AA geplant, RKI wird dazu eingeladen</li> </ul> <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AA, BMG und BMI haben beschlossen Risikogebiete nur noch alle 2 Wochen zu aktualisieren, heute gibt es keine neue Liste, jedoch Überlegungen ob morgen die Schweden-Reisewarnung aufgehoben wird, RKI wird hierüber noch informiert</li> <li>○ Die Liste der Risikogebiete (bisher wöchentlich, entschieden durch BMI, AA, BMG) und die Europakarte (täglich, basierend auf übermittelten Daten, wenn auch evtl. nicht vollständig) auf RKI-Webseite sorgen für Verwirrung, z.B. zu Schweden</li> <li>○ BMG und AA wünschen Erweiterung auf Weltkarte</li> <li>○ Herr Sangs hat gefragt ob RKI eine Tabelle mit Inzidenzen veröffentlichen kann, da die Inzidenz in der Quarantäne-Muster-VO explizit genannt wird und die Bevölkerung gerne eine verlässliche deutsche Informationsquelle hätte</li> <li>○ Karte wäre übersichtlicher und mit Verweis auf ECDC der Liste vorzuziehen (verlässliche(re) Daten)</li> <li>○ Dies wird nächste Woche weiter geklärt</li> </ul> <p><b>Ergänzungen Präs</b></p> <p>! WHO plant einen Einsatz nach China, Ziel ist die Aufklärung des tierischen Reservoirs, ggf. nimmt Präs teil, Zeitpunkt steht noch nicht fest (Flugverkehr und Akzeptanz von Expertenbesuch aktuell schwierig)</p> <p>! Die STAG-IH bereitet einen Comment für den Lancet vor über die Beschreibung und Bedeutung der COVID-19-Übertragung, Gedanken für die Zukunft, wie kommen wir über den Winter usw., soll nächste Woche verschickt werden</p>	Präs
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! RKI darf Risikobewertung nach BMG nun herunterstufen</p> <p>! Präs hat gestern hierzu Gespräche geführt und tendiert zum Erhalt der aktuellen Bewertung aus folgenden Gründen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zunehmende Kritik und Nachlässigkeit, z.B. bezüglich der Masken-Benutzung (mehr als anfangs erwartet), Ärzte stellen freigiebig Atteste zu MNB-Freiheit aus, usw.</li> <li>○ Reiseverkehr stark zunehmend, Wahrscheinlichkeit des Imports wächst</li> <li>○ Mehr Evidenz, dass Virus eine Reihe von Folgeschäden hervorruft, auch mild-symptomatische Fälle mit teilweise schweren Konsequenzen</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufmerksamkeit auf Risikobewertung ist aktuell nicht so groß, Änderung würde Nachfragen provozieren</li> <li>○ In der Bevölkerung herrscht ein breites Spektrum der Risikowahrnehmung, schwierig, den richtigen Weg zu finden</li> <li>○ Nur noch Möglichkeit einer Stufenerhöhung bzw. Eskalierung (zu allerhöchstem Niveau)</li> <li>○ Wir sollten zufrieden sein wie gut es eigentlich läuft</li> <li>○ Bevölkerung bleibt aufmerksam, Pressebriefings werden wieder stattfinden und erhalten viel Aufmerksamkeit, diese mündlichen Aussagen haben größeren Impact als die Anpassung der Risikobewertung</li> </ul> <p>! Der Text zur Risikobewertung und wie diese erlangt bzw. abgestimmt wird sollte verschärft werden</p> <p><i>ToDo: LZ/FG36/Abt. 3 Anpassung des Textes, bessere Erklärung, wie die Risikobewertung erlangt wird</i></p>	Präs/alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Bemerkung zu Kommunikation Risikobewertung: es gibt eine Diskrepanz im Text, einerseits ist die Anzahl der Fälle rückläufig, andererseits das Risiko weiter insgesamt hoch (generalisierter Wert für gesamte Bevölkerung), sollte ggf. differenzierter dargestellt werden, weiterhin vor allem lokale Geschehen mit regional deutlich unterschiedlichen Risiken</p> <p>! Update BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zuschriften bezüglich der steigenden Anzahl von fake News Publikationen, die die Risiken und Existenz des Virus leugnen, seriöse Institutionen müssen dem entgegen treten</li> <li>○ Zunehmend Anfragen (auch von Fachkollegen</li> </ul>	BZgA

	<p>und Personen aus spezifischen Fachbereichen) zur Effektivität von Bedeckungen aller Art, BZgA verweist auf Publikationen oder zuständige Institutionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfrage zu Immunität und Infektiosität: aktuell wird davon ausgegangen, dass neutralisierende Antikörper (AK) einen Schutz geben, aber es ist nicht klar, inwie-weit Immunität besteht, die anders als über AK vermittelt ist, außerdem besteht das Risiko falsch positiver Testergebnisse, diese Fragen sind alle noch nicht abschließend beantwortet</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern Veröffentlichung zu COVID-10 im Flugzeug im EpiBull</li> <li>! Montag Veröffentlichung des SeBluCo-Zwischenberichts</li> <li>! Letzterer wird auch Thema in der Bundespressekonferenz am Montag von Präs mit Herrn Spahn sein, daneben Themen epidemiologische Situation, Appell an AHA-Regeln, Zwischenbilanz der Corona-Warn-App</li> <li>! Gemeinschaftsunterkünfte-Papier <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde endlich veröffentlicht, herzlichen Dank an alle, die bei dieser sehr schweren Geburt geholfen haben</li> <li>○ Integrationsbeauftragte Widmann-Mauz hatte das RKI kontaktiert, wurde dann aber (wenn überhaupt) nur durch/über BMG beteiligt</li> <li>○ Abstimmung lief insgesamt auf kuriose Weise</li> </ul> </li> </ul> <p><b>COVID-19 unter prekären Lebens-/Arbeitsumständen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bei bestimmten prekären Arbeits- und Lebensverhältnissen gibt es vermehrt Ausbrüche (z.B. Erntehelfer), ähnliche Umstände gibt es auch im Baugewerbe, gibt es Hinweise, dass es hier auch vermehrt zu Fällen kommt? dem RKI ist diesbezüglich aktuell nichts bekannt</li> <li>! Gibt es eine Zusammenstellung der bisher bekannten Ausbrüche in diesem Kontext? (Ernte, Betriebe, usw.) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt eine Liste aber keine wissenschaftliche Auswertung der Ausbrüche</li> <li>○ Abt. 3 nimmt dies als Anregung auf</li> <li>○ Christina Frank hat Daten zu fleischverarbeitenden Betrieben angeguckt, auch Daten zu Musikveranstaltungen/Chören werden untersucht</li> <li>○ Die Daten aus dem Meldesystem dienen begrenzt hierzu und eine quantitative Auswertung ist möglicherweise nicht sehr belastbar</li> <li>○ In der Hochphase wurden Ausbrüche nicht systematisch (bzw. mehrfach) angelegt</li> <li>○ Die Auswertungsgruppe hat dies bereits besprochen, Herr an der Heiden und Herr Schuhmacher haben Daten exploriert um zu gucken, welche Informationen herausgeholt und bewertet</li> </ul> </li> </ul>	<p>Presse</p> <p>Präs/alle</p> <p>IBBS</p>
--	--	--



	<p>werden könnten</p> <p><b>Bericht aus dem Arbeitsministerium (Julia Sasse)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Freitags soll nun immer von BAUA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin)/ABAS (Ausschuss für Biologische Arbeitsstoffe) berichtet werden</li> <li>! Arbeitsschutz diskutiert mit großer Gruppe inkl. Länder, Arbeitnehmer, Arbeitgeber, Unternehmen, usw., Abstimmung dauert deswegen lange und ist mit technischen Regeln unterlegt</li> <li>! 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</li> <li>! BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) ist auch immer sehr an proaktiver Einbindung interessiert (Berufsgenossenschaften), hilfreich wenn Erkenntnisse ausgetauscht werden können</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ bitte diesen Punkt immer freitags auf die Krisenstab Agenda (ggf. unter einer anderen Rubrik?)</i></p> <p><b>Intersektorale AG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mardjan Arvand war gestern bei einem BMAS Treffen mit verschiedenen Institutionen inklusive BMG dabei, es ging um Aerosole und den nächsten Winter</li> <li>! Die Gründung einer AG verschiedener Ministerien und untergeordneter Institutionen (BMAS, RKI, Verkehrsministerium, Landwirtschaftsministerium) wurde beschlossen, weitere Berichte folgen</li> </ul>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG Liaison heute entschuldigt</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>RKI externe Beratergruppe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Informelle Experten-Berater-Gruppe (14-15 Personen) die Präs berät wurde etabliert</li> <li>! Alle 2-3 Wochen findet eine Videokonferenz statt um deren Input mit aufzunehmen</li> <li>! Das ZIG Strategie Papier wurde mit diesen geteilt und ist aktuell in Überarbeitung, hoffentlich Ende nächster Woche fertig</li> <li>! Papier wird danach auch noch einmal dem Krisenstab vorgelegt</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	

<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Austausch FG37 mit KBV (Herr Hauch)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Veränderungen zu Testungen (wer wie testet): niedergelassene Ärzte sind verwirrt, Herr Hauch hat gebeten, jetzt aufgrund der Verwirrung nichts mehr zu ändern, die KBV erstellt Papiere, die die Ärzte informieren</li> <li>! Frage von Herrn Hauch: Ist Impferfassung über DEMIS machbar? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ole Wichmann ist hierzu mit BMG in engem Austausch</li> <li>○ COVIMO Projekt wird ggf. beantragt</li> <li>○ Fragestellung: wie können in Deutschland Daten ohne ein Impfregister erfasst werden?</li> <li>○ Anbindung an DEMIS ist möglich, abhängig davon wie/wo geimpft wird</li> <li>○ Wenn Impfung in Impfzentren stattfindet ist es relativ wenig Aufwand diese einzubinden und eine zentrale Erfassung zu ermöglichen</li> <li>○ Wenn Impfung durch Hausärzte erfolgt wie das BMG wünscht, dann ist es schwierig diese einzubinden, dies braucht viel Zeit</li> <li>○ Wöchentliche TK mit BMG um Projekt vorzubereiten</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Entlasskriterien in Alten und Pflegeheime</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Bei Altenheimen immer negative PCR notwendig wegen des Risikosettings</li> <li>! Präs berichtet von Minister TK diese Woche auch mit ECDC: die 14d wurden nicht angezweifelt, sollte nicht verkürzt werden</li> </ul> <p><b>Überarbeitung von RKI-Empfehlungen und Dokumenten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FG37 überarbeitet Empfehlungen zu KoNa Management, daran sind auch andere Papiere gekoppelt</li> <li>! Wenn Sachen geändert werden, sollen federführende OEs/MA bitte immer mit bedenken, welche Dinge damit verbunden sind</li> <li>! Aktuell gibt es etwas mehr Ruhe um die RKI-Dokumente vor dem Herbst gut zu überarbeiten! Sicherstellung der Kongruenz und Stimmigkeit der Dokumente untereinander</li> </ul> <p><i>ToDo: Überprüfung von Dokumenten in der ruhigen Sommerzeit, betrifft die, die FF für die diversen Dokumente haben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Projektgruppe Wissenschaftskommunikation, im Krisenstab vertreten durch Mirjam Jenny, kann auch über Dokumente gucken (z.B. zur Sprachvereinfachung)</li> </ul>	<p>FG37</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><b>ZBS1</b></p> <p>! 721 Proben erhalten, davon 27 (&lt;4%) positiv, rückläufig</p> <p><b>Diagnostik Papier</b></p> <p>! 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</p> <p>! RKI-Dokumente sind aktuell nicht konsistent, Anpassung des Diagnostik Papiers wurde verzögert, Steckbrief ist in aktualisierter Version online</p> <p>! Ct-Wert Interpretation sollte im Diagnostikpapier (und nicht im Entlasspapier) erklärt/geklärt werden</p> <p>! 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?</p> <p>! ZBS 1 &amp; Abt. 1 stimmen Diagnostikpapier Text ab, Widerspruch zwischen RKI-Dokumenten muss behoben werden</p> <p>! Nach der Anpassung ggf. auch FAQ Erstellung/Anpassung</p> <p><i>ToDo: Anpassung und Fertigstellung des Diagnostik Papiers durch ZBS1 und FG17</i></p>	FG17/ZBS1/ IBBS
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>!</p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>ICD-10 Kodierung</b></p> <p>! RKI wurde von DIMDI/BfArM hinsichtlich der ICD-10 Kodierung zu COVID-19-Fällen kontaktiert (Testung, Fall, Verdachtsfall)</p> <p>! Die Kodierungsempfehlungen werden aktuell mit den betroffenen Instanzen abgestimmt (KBV u.a.)</p> <p>! Die RKI Empfehlungen beziehen sich meist auf bestimmte Anlässe und nutzen ggf. andere Kriterien</p> <p>! Ein BfArM-Papier ist in Arbeit, es soll aktuell kein gemeinsames, abgestimmtes Unterfangen werden</p> <p>! Montag gibt es erneut ein Gespräch hierzu: sollte es Änderungen geben, wird der Krisenstab informiert, da dies potentielle Auswirkung auf Diagnostik, Meldeweg, usw. hat</p>	FG32
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p>	



	<p><b>BMG Erlass: Empfehlung zu Kreuzfahrten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG wünscht Stellungnahme zu Empfehlung des AA bzgl. Kreuzfahrten, Anlass email 18:50 9.7.2020 von Kreuzfahrtgesellschaft CLIA</li> <li>! Kurzfristiger Erlass, BMG wünscht RKI-Äußerung zu CLIA Empfehlungen</li> <li>! CLIA hat ein 3-Schritte-Konzept entwickelt, um ab Spätsommer den Kreuzfahrt-Verkehr wieder aufzunehmen, es sollen nur bestimmte Länder angefahren und ausgewählte Staatsangehörige transportiert werden</li> <li>! BMG soll diesem zustimmen und will nun RKI Stellungnahme</li> <li>! RKI-Antwort wird relativ nichtssagend</li> </ul> <p><b>Anfragen spezifischer Branchen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Alle Erlasse dieser Art (DFB, Handball, Kreuzfahrten, usw.) sollen so unspezifisch wie möglich beantwortet werden</li> <li>! RKI wird sich nicht instrumentalisieren lassen, sondern auf unsere Empfehlungen verweisen, keine Bewertung oder Empfehlungen für bestimmte Veranstaltungen oder Branchen</li> <li>! FG14 hatte bereits eine gute Einleitung hierfür erstellt, in der auf die Prinzipien der RKI-Empfehlungen verwiesen wird</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>Präs/alle</p>
<p><b>14</b></p>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Es bleibt die Frage des Vorgehens am Wochenende <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ziel ist, die Wochenendberichterstattung einzustellen! Ute Rexroth schreibt Herrn Rottmann, Präs spricht mit Herrn Holtherm</li> <li>o Dieses Wochenende noch wie gehabt, dann hoffentlich in kommenden Wochen reduzieren um MA Erholung zu ermöglichen</li> </ul> </li> <li>! Wegen u.a. Urlaub ist die Personaldecke aktuell dünn und die Arbeitsbelastung für die verbleibenden MA hoch</li> </ul>	<p>FG32</p>
<p><b>15</b></p>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	<p>alle</p>
<p><b>16</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 13.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	13.07.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Nadine Zeitlmann
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
  - Walther Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Nadine Muller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Eva Krause

- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Sandra Beermann
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>), weltweit &gt;12 Mio. Fälle, &gt;500.000 Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 3 weiterhin USA, Brasilien und Indien</li> <li>○ Bis auf Russland und Saudi Arabien verzeichnen alle eine steigende Tendenz</li> <li>○ Neu in der Liste Argentinien, Ende Juni wurden dort erneut Restriktionen eingeführt, vor allem in Buenos Aires</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 27 Länder mit Inzidenz &gt;50/100.00 (Fr waren es 22)</li> <li>▪ <b>Amerika: 6 neue Länder, Virgin Islands, Puerto Rico, Argentinien, Turks and Caicos, Costa Rica</b></li> <li>▪ Asien: Kirgisistan neu</li> <li>▪ Europa: Luxemburg neu, auch Anstieg der Testkapazitäten</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiter Brasilien, Indien, USA</li> <li>▪ Südafrikaneu ist hinzugekommen, seit Sonntag landesweite Ausgangssperre, Alkohol Verkauf wurde untersagt</li> </ul> </li> <li>○ Europa – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlanstieg weiterhin vor allem in Osteuropa und Balkanländern</li> <li>▪ Schweden ist nach Fallzahlabnahme nun unter der Schwelle von 50/100.000, am 13.06. Beginn der landesweiten Sommerferien bis Ende August</li> </ul> </li> <li>○ Asien – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in Indien, Indonesien, Philippinen, Israel, Irak und auch in Kirgisistan und Usbekistan steigender Trend</li> </ul> </li> <li>○ Afrika – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage)</li> <li>○ Anstieg in zahlreichen Ländern, z.B. Algerien, Madagaskar, Südafrika u.a.</li> <li>○ Australien – aktuelle Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 08.07. Lockdown im Raum um Melbourne, langsamer Fall-Rückgang</li> </ul> </li> </ul> <p>! Algerien Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 18.712 Fälle, 1.004 Todesfälle (5,4%), 7T-</li> </ul>	ZIG1

	<p>Inzidenz 7/100.000 Einw.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenig Info zu den verfügbaren Testkapazitäten</li> <li>○ Nach WHO community transmission, Fallanstieg steht mit Maßnahmenlockerung im Zusammenhang</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Türkei Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 211.981 Fälle, 5.344 Todesfälle (2,5%), 7T-Inzidenz 9/100.000 Einw.</li> <li>○ Auch hier keine Info zu den verfügbaren Testkapazitäten, offiziellen Daten zufolge gibt es täglich 50.000 Tests, Positivrate 2-3%</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Amerika: noch stets der Großteil (60%) neuer Fälle</li> <li>○ Asien: steigende Fallzahlen, v.a. Indien, Indonesien, Philippinen, Israel</li> <li>○ Afrika: &gt;100.000 neue Fälle (8% der weltweiten), Tendenz steigend, &gt;65% davon aus Südafrika</li> <li>○ Europa: weiter Anstieg in Osteuropa und Balkan</li> <li>○ Ozeanien: Australien ~1.000 Fälle/letzte 7 Tage</li> </ul> <p>! Studien/Artikel/News</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO warnt vor COVID-19-Entwicklungen in Afrika, &gt;500.000 Fälle</li> <li>○ WHO Einsatz in China <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2 Experten (Epidemiologe und Tierarzt) sind vor Ort, zunächst politische Mission</li> <li>▪ Tierreservoir soll untersucht werden</li> <li>▪ Präs ist einer der vorgeschlagenen Experten für die Teamerweiterung</li> </ul> </li> </ul> <p>! Reiseverkehr Europa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute Abend gibt es eine TK mit BMG zu Schweden, Luxemburg, usw.</li> <li>○ Letzten Freitag gab es bereits einen Austausch mit BMG hierzu mit den besonders betroffenen BL wie SL und RP, die an Luxemburg angrenzen! erhebliche Folgen wenn Luxemburg als Risikogebiet ausgewiesen wird, BMG steht deswegen im Austausch mit den</li> </ul>	<p>FG32</p>
--	--	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p style="text-align: center;">Seuchenreferenten hierzu</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Am Wochenende gibt es generell weniger Diagnostik, Identifizierung und Übermittlung von Fällen, manche BL übermitteln gar nicht, auch gibt es dann häufiger technische Probleme</li> <li>○ Die Lage scheint insgesamt stabil</li> <li>○ MV weiter Null Fälle, auch ST seit mehreren Tagen keine Fälle (in Magdeburg ist die Lage ruhig)</li> <li>○ 7T-Inzidenzen: gemittelter Wert für alle BL (orange-farbene Linie) nimmt ab, leicht ansteigende Tendenz z.B. in BY durch kleinere Ausbruchsgeschehen</li> <li>○ 122 Kreise haben keine Fälle, 239 sehr niedrige Fall-zahlen, nur 51 Kreise haben eine 7T Inzidenz &gt;5, ein Kreis hat mit 7T Inzidenz &gt;25/100.000 (Gütersloh)</li> <li>○ In Bad Tölz gibt es einen Ausbruch in einem Asylbewerberheim, es fanden Reihenuntersuchungen statt und das gesamte Haus wurde gescreent</li> <li>○ Generell diverse kleinere Geschehen, teilweise familiäre Ausbrüche ohne eindeutigen Infektionsherd</li> <li>○ Keine Neuigkeiten zu bereits bekannten Ausbruchs-geschehen</li> </ul> <p>! Es gibt Signale aus einigen Großstädten, sind dies Ausbrüche oder Einzelfälle die keinem Ausbruchsgeschehen zugeordnet werden können?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Nachfrage zu Städten (z.B. Düsseldorf, FG37 weiß zufällig von KKH Ausbruch dort) ist nicht immer ergiebig, Fälle sind keinem Ausbruch zugeordnet</li> <li>○ Darstellung der Fallzahlen sollte wieder in die Lage-Präsentation aufgenommen werden</li> <li>○ Großstädte mit <math>\geq 500.000</math> Einwohnern sollten genauer angeschaut und bei Bedarf untersucht werden</li> <li>○ ÖGD Kontaktstelle wird Aufklärung schaffen, diese soll beim Ausbruchsmontoring unterstützen</li> <li>○ Das Signale Projekt in Abt. 3 wird basierend auf dem Meldedatensystem kontinuierlich in enger</li> </ul>	Präs/alle
--	---	-----------

	<p>Zusammenarbeit weiterentwickelt/erweitert und verfeinert und kann bereits genutzt werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dies sollte an die Städte zurückgespiegelt werden, um zu sehen, ob Fälle aus bekannten Geschehen kommen oder nicht zugeordnet werden können</li> <li>○ Ziel wäre, dass GA selbst das Dashboard nutzen, die Visualisierung von Daten würde mehr Aufmerksamkeit erhalten</li> <li>○ Die Rate der Aufklärung von Infektionsketten ist aktuell unbefriedigend</li> <li>○ Aktuelle Ressourcen in den GA sind nicht ausreichend, geplante technische Ausstattung durch BMG ist ein Tropfen auf den heißen Stein</li> <li>○ ÖGD bekommt außerdem Unterstützung vom Bund für Personal, dieses muss ausgebildet werden, hier kann RKI stärkere Rolle übernehmen</li> </ul> <p><b>Ergebnisse Trompete-Cluster</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Präsentation einer Ausbruchsuntersuchung in einem Nachtclub in Berlin Mitte am Anfang der Epidemie in Deutschland (März)</li> <li>! Kollaboration zwischen RKI, GA Mitte und Charité</li> <li>! Es wurden mehrere Fälle in Zusammenhang mit dem Nachtclub identifiziert, die Ermittlungen waren durch die ÖGD-Belastung verzögert</li> <li>! Es gab ein Amtshilfeersuchen und 3 RKI-MA (Nadine Muller, Neil Saad, Nadine Zeitlmann) waren involviert</li> <li>! &gt;500 Personen, die im Nachtclub waren haben sich gemeldet</li> <li>! Zielsetzung, Aktivitäten, Ergebnisse siehe Folien</li> <li>! 75 Fälle wurden dem Ausbruch zugeordnet, 58 von diesen waren dem LAGESO <a href="#">unter der angelegten Clusterherdkennung</a> übermittelt, durch die Befragung wurden 17 weitere Fälle identifiziert, 54 Fälle direkt den Events im Nachtclub zugeordnet, 9 Fälle der 2. Generation, höchste AR beim 1. Event (knapp 13%), 60% der Nachtclub-MA betroffen</li> <li>! Wahrscheinlicher Indexfall wurde identifiziert und Hinweis auf Superspreading durch diesen und 1 Nachtclub-MA</li> <li>! Kein Indiz für mehrere Ursprünge aus der Sequenzierung</li> <li>! Bewertung und Schlussfolgerung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cluster-Zuordnung in SurvNet ist nicht lückenlos</li> <li>○ Sehr gute Kollaboration mit dem GA Mitte</li> <li>○ Kollaboration mit anderen GA teilweise problematisch</li> <li>○ Detaillierte Beschreibung des Superspreading Events</li> <li>○ Evidenz für hohes Übertragungsrisiko in diesem Setting</li> </ul> </li> <li>! Fragen/Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontaktpersoneninformationen lagen dem RKI im Rahmen der Untersuchung nicht vor (auch nicht</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37/PÄE/ FG32</p>
--	---	---------------------------



	die Anzahl der KP)	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p><b>CWA</b></p> <p>! Downloadzahl liegt bei knapp 15 Mio.</p> <p>! In den letzten 2 Wochen wurde primär an der Laboranbindung und GA-Mitarbeit gearbeitet, diese sind aktuell priorisiert</p> <p>! Dazu läuft Abstimmung mit einigen GA</p> <p>! Laboranbindung wird durch BMG vorangetrieben</p> <p>! QR-Codes zur Verifizierung positiver Tests</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur über Verifizierungs-Hotline erhältlich</li> <li>○ ÖGD muss selber den Druck der QR-Codes beauftragen, das Muster hierzu wird geliefert</li> <li>○ Aktuell haben Praxen und GA dieses Muster noch nicht vorliegen</li> <li>○ Für Hausärzte soll es Ende der Woche verfügbar werden, für GA dauert dies noch länger</li> <li>○ BMG eruiert Wege, dies sicherzustellen</li> </ul> <p>! Bürgerrückfragen vor allem zum Vorgehen bei Risikoanzeige, weniger technische Fragen und Fragen zum Datenschutz</p> <p>! 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</p> <p>! CWA MA arbeiten mit Herrn Lekschas zu möglichen Missbrauchsfällen</p> <p><b>IMIS</b> (siehe <a href="#">Dokument</a>)</p> <p>! 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</p> <p>! Projekt, das durch Bundesregierung und BMBF gefördert wird</p> <p>! Zunächst muss geprüft werden, was das Produkt ist, Zielsetzung, Motivation und Inhalte, was ist tatsächlich beabsichtigt</p> <p>! Eine eigene Software für GA wäre eher schwierig, da nach RKI Ansicht SurvNet und DEMIS einheitlich genutzt werden sollten</p> <p>! Kontaktaufnahme zu Evaluierung ist geplant, ob eine Einbindung möglich bzw. sinnvoll und mit DEMIS zu koppeln wäre</p> <p>! Sandra Beermann sucht Kontaktdaten raus</p>	<p>ZIG1</p> <p>Präs/FG32/ Abt. 3</p>



4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt einen neuen Entwurf zur Abstimmung: Risikobewertung bleibt im Wesentlichen bestehen</li> <li>! Hinzugefügt wurde eine Schilderung der Methodik bzw. Erklärung, wie das RKI die Bewertung vornimmt</li> <li>! Mitte März waren die Grundlagen für die RKI-Risikoeinschätzung versteckter, diese werden nun auch angepasst und aktualisiert</li> <li>! Änderung der Terminologie von „Gesundheitsversorgung“ zu „Gesundheitswesen“, dies ist inklusiver</li> <li>! Krisenstab liest den neuen Text morgen erneut durch und er wird Mittwoch verabschiedet</li> </ul> <p><i>ToDo: Krisenstab Mitglieder lesen sich Bewertung erneut durch, Mittwoch Verabschiedung und Veröffentlichung</i></p>	FG32/alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hauptthemen der Anfragen an BZgA: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reisen, innerdeutsch, europäisch und generell</li> <li>○ Eltern: Planungssicherheit nach den Ferien, Kinderbetreuung nach den Schulferien</li> <li>○ Veranstaltungsplanung: viele Rückfragen hierzu</li> </ul> </li> <li>! AGI TK: Papier zu Veranstaltungen steht auf der Tagesordnung, ob es verabschiedet wird ist nicht vorhersehbar, es gab bisher lediglich kleine Änderungen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Viele Nachfragen zu der Diskrepanz der Europakarte und Risikogebiete auf der RKI-Webseite</li> <li>! Bundespressekonferenz heute <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nichts auffälliges, lief insgesamt gut</li> <li>○ Präs ist mäßig zufrieden, Journalisten werden zunehmend politischer und weniger inhaltlich, Fragen stets kritischer, Klima wird rauer</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Iris Andernach ist zurück, aktuell gibt es keine großen Themen oder Baustellen, bei Fragen wird sie gerne kontaktiert</li> </ul> <p><b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG hat gefragt, ob RKI wegen der CWA Dokumente anpasst <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KBV wünscht sich keine Änderungen</li> <li>○ Handout für CWA wird von KV als genügend gesehen</li> <li>○ RKI nimmt deswegen keine Anpassungen vor</li> </ul> </li> <li>! Ist symptomatischer CWA-User mit Risikoexpositionsmeldung ein meldepflichtiger Verdachtsfall (analog KP-Einstufung durch das GA)?</li> </ul>	<p>BMG</p> <p>Alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verdachtsfallübermittlung wurde am Anfang der Epidemie zur frühzeitigen Fallidentifizierung etabliert</li> <li>○ CWA gibt Anzahl der Risikobegegnungen und deren Datum an (Anzahl der Kontakte, Datum für jeden)</li> <li>○ Inhaltlich ist dies nicht mit der KoNa Evaluierung zu KP Kat I und II durch die GA gleichzusetzen, diese beinhaltet Dauer der Exposition, Details zum Kontakt</li> <li>○ Müssen RKI-Dokumente und Schemata diesbezüglich angepasst werden?</li> <li>○ Nein, zur Einführung der CWA wurde entschieden, dass CWA-Risikobegegnungen Verdachtsfälle sind, RKI-Papiere für niedergelassene Ärzte sind hierzu eindeutig, darin ist vermerkt, dass diese Personen Verdachtsfälle sind</li> <li>○ Die Dokumente und das Vorgehen wurden der AGI vorgestellt und von dieser akzeptiert, dies steht nicht in großem fachlichen Widerspruch zu aktuellen RKI Dokumenten, es besteht kein Änderungsbedarf</li> <li>○ GA sollten ruhig über diese Fälle informiert werden, so viele werden es nicht sein</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Ausschluss von Kindern aus Gemeinschaftseinrichtungen bei milden ARE-Symptomen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Dies führt zur völligen Überlastung der Kinderarztpraxen bei gleichzeitiger zunehmender Schließung der Testzentren und zu Unzufriedenheit bei den Eltern</li> <li>! Es ist unklar, ob es eine Rechtsgrundlage dafür gibt?</li> <li>! Zwei Fragen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wann muss Kind getestet werden?</li> <li>2. Wann soll es von der Kita ausgeschlossen werden?</li> </ol> </li> <li>! Diskussion s. unten</li> </ul> <p><b>Corona Kita Studie</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktivität in verschiedenen Kinder-Altersgruppen aus GrippeWeb</li> <li>! Stärkste Wiederzunahme der Inzidenz akuter respiratorischer Erreger in der jüngsten Altersgruppe im Vergleich zu den letzten Jahren, vor allem Kleinkinder sind betroffen</li> </ul>	<p>AL3/FG36</p> <p>FG36</p>

- ! Gemeldete COVID-19-Fallzahlen der 0-5 jährigen sind rückläufig, es gab einen Peak vor 3-4 Wochen durch Ausbruchsgeschehen
- ! Fallanteil in den 3 Altersgruppen <18 ist gleich der Vorwoche
- ! COVID-19-Symptome bei Kindern
  - Für  $\frac{3}{4}$  der übermittelten Fällen sind Informationen verfügbar, bei älteren Kindern ca. 80%
  - Bei 1/3 ist nur ein Symptom angegeben, häufig genannte Einzelsymptome: Fieber, Husten, allg. Symptome, Schnupfen
  - Schnupfen als Einzelsymptom bei 3% (selten)
  - Bei 68% wurde mindestens 1 Symptom angegeben
  - Bei Mehrfachangaben sind Fieber und Husten mit 30-40% am häufigsten, Schnupfen 19% (weniger selten auch als Mehrfachsymptom)
  - Geringer Anteil Geruchs und Geschmacksverlust (0,5-5%) als zusätzliches Symptom
  - Schnupfen sollte in Testindikation mit aufgenommen werden (eines der 4 häufigsten Symptome), da Schnupfen + allg. Symptome nicht so selten sind
  
- ! Diskussion (auch zu o.g. Thema Wiederezulassung)
  - Tests werden aktuell häufig im Sinne eines Screenings ohne akuten Anlass durchgeführt, so dass der prädiktiver Wert noch niedriger ist! dies wird noch komplizierter wenn mehr respiratorische Erreger zirkulieren und muss gut beobachtet werden
  - Hierzu gibt es auch einen Austausch mit ausländischen Kollegen (UK, Israel)
  - Testindikation sollte klar/gegeben sein, Testen bei Schnupfen kann sinnvoll sein, Ausschluss nicht in jedem Fall
  - Schnupfen alleine als Kita-/Schul-Ausschlusskriterium sollte erst bei Ergebnis des Tests getroffen werden, eigentlich sollten Testergebnisse schnell vorliegen, damit Kinder sobald es besser geht mit negativem Test auch wieder in die Schule gehen können
  - COVID-19 ist im Gesetz (§34) nicht gelistet bezüglich der Wiederezulassungskriterien
  - 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



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>8</b>	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> ! 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  <i>ToDo: Vorbereitung Diagnostikpapier in Bezug auf Ct-Wert zur Diskussion im Krisenstab am Mittwoch 15.07.2020 (s. Krisenstab 10.07.)</i>	FG17 ZBS1
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <b>KoNa Software Bayern</b> ! BY hat eigene KoNa-Software in Auftrag gegeben, aktuell ist deren Nutzung wohl auf freiwilliger Basis, es ist unklar, wie viele GA es nutzen wollen/werden ! Dem RKI ist noch nichts Näheres bekannt, interessant ist die Frage der Anbindung ans Meldesystem ohne Datenverlust ! Im Grunde ist die KoNa getrennt von Meldesystem, aber aus Kontakten werden teilweise Fälle und somit ist wünschenswert, dass diese einfach integriert werden können ! Dies wird weiter verfolgt, es bleibt eine Herausforderung, die verschiedenen Initiativen zu koordinieren und einzubinden	AL3/FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Expertenbeirat Influenza tagt morgen, Präs und Walter Haas klären bilateral inwiefern darin über den Herbst und infektionsepidemiologische Maßnahmen gesprochen werden soll	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>	

	! Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	
--	--	--

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	15.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Osamah Hamouda**

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1

- Luisa Denkel
- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weltweit &gt;13 Mio. Fälle, &gt;570.000 Todesfälle</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 3 weiterhin USA, Brasilien und Indien (keine Änderung zu Montag)</li> <li>! 7-Tage-Inzidenz/100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>! In Asien sind Palästina und die Malediven neu hinzugekommen, in Europa zusätzlich Nordmazedonien (Nordmazedonien schwankt seit Wochen um den Schwellenwert herum).</li> <li>! 28 Länder mit 7-Tages-Inzidenz &gt;50/100.000 Einwohner (am Montag 27 Länder, Seychellen und Puerto Rico seither weggefallen).</li> </ul> </li> <li>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: in Brasilien leicht abnehmender Trend, in Indien, USA und Südafrika weiterhin ansteigend.</li> <li>! Länder Europas mit &gt;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.</li> <li>! Länder Asiens mit &gt;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.</li> <li>! Länder Afrikas mit &gt;700 Fällen in den letzten 7 Tagen: v.a. Südafrika zeigt einen stark ansteigenden Trend.</li> <li>! Australien: Im Großraum Melbourne und Shire of Mitchell sind seit einer Woche Lockdown-Maßnahmen in Kraft, es werden weiterhin steigende Fallzahlen beobachtet.</li> <li>! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> <li>! Auf den amerikanischen Kontinent entfallen weiterhin 60% der neuen Fälle und 60% der Todesfälle in den letzten 7 Tagen</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



	<p>! Asien: Anstieg und hohe Fallzahlen in Indien, Indonesien, Philippinen und Ländern Zentralasiens</p> <p>! Afrika: mehr als 100.000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, davon entfallen fast 70% auf Südafrika</p> <p>! Europa: Osteuropa/Balkanländer primär betroffen</p> <p>! Ozeanien: weiterer Anstieg der Fälle in Melbourne, Australien</p> <p>! Studien/Artikel/News</p> <p>! Amnesty International Report vom 13.07.2020: es werden &gt;3.000 COVID-19-Todesfälle unter HCW in 79 Ländern berichtet. Es wird von einer starken Unterschätzung ausgegangen. Die Todesfälle entfallen v.a. auf Russland, Großbritannien und USA. Als mögliche Ursachen werden der Mangel an Schutzausrüstung sowie auch Repressalien benannt.</p> <p>! Pediatrics: Basierend auf einer Auswertung nationaler Surveillance Daten aus Italien (mit knapp 4.000 pädiatrischen Fällen aus mehr als 216.000 Surveillance-Daten) wird bei Vorliegen von Vorerkrankungen ein Odds Ratio von fast 3 für ein höheres Risiko für schwere Erkrankungen genannt. Ein Odds Ratio deutlich unter 1 wird für Altersgruppen über 1 Jahr berichtet.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 199.726 (+351), davon 9.071 (4,5%) Todesfälle (+3), Inzidenz 351/100.000 Einw., ca. 186.000 Genesene, Reff= 1,02, 7T Reff=0,91</p> <p>! Aktuell auf ITS 266 (+2), davon beatmet 125 (-5) – weiterhin konstant</p> <p>! MV hat weiterhin keine Fälle, HB und HH haben aktuell auch keine Fälle übermittelt. NW hat als einziges BL einen Anstieg von mehr als 100 Fällen zum Vortag (aber der Trend ist dort rückläufig).</p> <p>! Im Vergleich der KW26 mit KW25 zeigen 9 von 16 BL einen Rückgang der Fallzahlen. Der Anstieg im Saarland ist ggf. auch die Nähe zu Luxemburg zurückzuführen.</p> <p>! Der R-Wert schwankt um 1.</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum der BL: Der über alle BL gemittelte Wert (orange-farbene Linie) ist konstant. Eine leicht ansteigende Tendenz wird z.B. in BY durch kleinere Ausbruchsgeschehen beobachtet, während NW und HB einen Abwärtstrend ausweisen.</p> <p>! 112 Kreise haben in den letzten 7 Tagen keine Fälle übermittelt, in weiteren 238 Kreisen werden sehr niedrige Inzidenzen beobachtet. 61 Kreise haben eine 7T- Inzidenz &gt;5 und &lt;25/100.000, 1 Kreis hat mit 7T-Inzidenz &gt;25/100.000 (LK Bad Tölz-Wolfratshausen). Die 7T-Inzidenz im LK Gütersloh ist unter &gt;25/100.000 Einwohner gefallen.</p>	FG32
--	--	------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Wochenvergleich: nur Bad Tölz auffällig.</li> <li>! LK mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen: SK Duisburg und SK München haben die höchsten Fallzahlen, die 7T-Inzidenzen sind aber im LK Bad Tölz-Wolfratshausen, im LK Gütersloh und im LK Hochsauerlandkreis höher.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Übermittelte Fälle nach Expositionsort: Es ist ein leichter Anstieg des Anteils der importierten Fälle zu beobachten, wobei der Anteil aber weiterhin relativ gering ist.</li> <li>! Häufigste Expositionsländer: Serbien, Kosovo, Bosnien und Herzegowina.</li> <li>! Im LK Bad Tölz-Wolfratshausen gibt es einen Ausbruch in 2 Gemeinschaftsunterkünften, ein weiterer Ausbruch wird im Hochsauerlandkreis beschrieben.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Risikobewertung soll im Wesentlichen bestehen bleiben, jedoch wurde der Erklärtext angepasst.</li> <li>! Es wird angeregt, die Formulierungen zu den AHA-Regeln (Atemschutz vs. MNB, Reihenfolge der Aspekte) zu überprüfen.</li> <li>! 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.</li> <li>! Grundsätzlich gibt es (bis auf den genannten Einschub) große Zustimmung für das Papier.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 überarbeitet die Version und teilt sie nochmals im Krisenstab-Verteiler</i></p>	FG32/alle

<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Hauptthemen der Anfragen sind neben Masken, Reisen und psychischer Belastung v.a. der Umgang mit Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Beschulung und Home Schooling. Bisher wurde bereits in Abhängigkeit von Grunderkrankungen seitens der behandelnden Ärzte hinsichtlich des Schulbesuchs beraten. Es ist eine Bestandsaufnahme, auch hinsichtlich der regional unterschiedlichen Bedingungen (Home Schooling, Unterricht in Blöcken etc.), erforderlich.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Es wird angeregt, das auf der Webseite veröffentlichte Dokument mit allgemeinen Maßnahmen zur Kontaktreduktion zu aktualisieren. Darin wird u.a. ein Abstand von 1 bis 2 Metern empfohlen.</p> <p>! Das Dokument entstammt aus dem nationalen Pandemieplan Teil I Bund und Ländern, unabhängig von jeder Phase. Ein allgemeines Dokument zur Maßnahmenbatterie sollte weiterhin verfügbar sein, ggf. mit Verweisen auf AHA-Regeln und andere Dokumente.</p> <p><i>ToDo:</i> Das Papier soll aktualisiert werden.</p> <p>! Natürliche Häufigkeitsbäume werden anhand des Beispiels von Qualität und Güte medizinischer Tests in Abhängigkeit von der Prävalenz als Kommunikationstools vorgestellt. Eine Metaanalyse hat gezeigt, dass diese natürlichen Häufigkeitsbäume das Verständnis von nicht-statistisch vorgeschulten Personen stark erhöhen und damit ein potentiell wertvolles Tool in der Risikokommunikation darstellen.</p> <p>! Eine detaillierte Darstellung möglicher Risikokommunikationstools könnte entweder im Rahmen des Krisenstabs oder in den ab August geplanten Mittwochsseminaren erfolgen.</p>	<p>BZgA/alle</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Aktuelle Themen umfassen den Schul- und Kitastart nach den Sommerferien (u.a. mit Fragen zu Testungen, Screening, Schnupfen als alleinigem Symptom für Testung, Umgang mit Attesten, Ermöglichung telefonischer Atteste). Diesbezüglich steht ein Telefonat mit dem Verband der Kinder- und Jugendärzte an.</p> <p>! Der interministerielle Krisenstab tagte gestern, u.a. zu Reisen im internationalen Kontext, zum Umgang mit Einreisenden, zu Einschränkungen des Flugverkehrs aus bestimmten Gebieten und zur Wiederaufnahme des Kreuzfahrtverkehrs. Für letzteres wurden im Rahmen einer ersten Phase Schnupperkreuzfahrten ohne Landgang unter Berücksichtigung von Hygienekonzepten diskutiert. Zusätzlich wurde die Umsetzung der Quarantäne-Pflichten und Kontrolle an Flughäfen thematisiert, was auf Ministerebene weiter entschieden werden soll.</p> <p>! Ein weiteres Thema betraf die Forderung seitens der Türkei</p>	<p>BMG</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	nach einer regionalisierten Betrachtung der Risikogebiete, um Gebiete mit starker Tourismusbranche und geringem Infektionsgeschehen aus der Liste der Risikogebiete zu streichen. Eine Sonderbehandlung wird seitens des BMG abgelehnt, eine weitere Beurteilung ist im Bundeskanzleramt vorgesehen.	
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b> ! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b> Strategiepapier ! Das Papier wurde seitens des BMG umstrukturiert und hinsichtlich einiger Formulierungen angepasst. ZIG hat das Papier erneut überarbeitet, insbesondere auch wurde die Darstellung der Muster-VO Quarantäne etwas zurückhaltender formuliert. Das Papier soll als Vorlage an BM Spahn gehen, für den weiteren Kommunikationsprozess wäre eine neue Feedback-Schleife sinnvoll. Kommentierungen sind bis heute möglich und erwünscht. ! Es wird angeregt, das Dokument auch in Hinblick auf das aktuelle Sommer-Medienloch zu prüfen. Auch fällt auf, dass die verschiedenen Aspekte sich in ihrem Umfang und Detailtiefe stark unterscheiden (u.a. wird die Rolle der Bundeswehr detailliert berichtet, während die Strategie in wenigen Zeilen dargestellt wird). Eine Angleichung wäre sinnvoll.</p>	ZIG/alle
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Die AG Infektionsschutz erarbeitet basierend auf einem RKI-Dokument von Anfang März ein Dokument zu Veranstaltungen. Es wird gefragt, ob dieses Dokument auf der RKI-Webseite platziert werden kann oder stattdessen als Epid. Bull. Artikel veröffentlicht werden soll. ! Vor einer Entscheidung bezüglich der Platzierung sollte das Papier finalisiert und im Krisenstab zirkuliert werden. Bei Veröffentlichung auf der Webseite müsste die Autorenschaft klar kommuniziert werden.</p>	FG32
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Das Diagnostikdokument ist um eine Erklärung zum Ct-Wert erweitert worden. Damit ist der Widerspruch zu den Entlasskriterien aufgelöst. ! In der Diagnostik ist es aktuell relativ ruhig, jedoch sind bereits für den 16.07.2020 160 Proben aus einem einzigen GA angekündigt.</p>	ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	

11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
12	<b>Surveillance</b> <b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a> ) ! In GrippeWeb ist eine Zunahme der ARE-Rate vor allem bei den Kindern zu beobachten. Die ARE-Rate erreicht damit den für die Vorjahreszeiträume typischen Bereich, das Allzeittief ist damit überwunden. ! Die ARE-Konsultationen steigen besonders seit der 24. KW primär bei den 0- bis 4-jährigen Kindern und, weniger ausgeprägt, bei den 5- bis 14-jährigen Kindern an. Die Gesamt-ARE-Konsultationsinzidenz ähnelt jetzt derjenigen des Vorjahreszeitraums. ! In der virologischen Surveillance wurden zuletzt wenige Proben eingesandt. Die Sentinelproben enthalten primär Rhinoviren. Die aktuellen Maßnahmen bzw. deren Compliance scheinen die ARE nicht zu unterdrücken. Dies ist hinsichtlich eher zunehmender COVID-19-Fatigue für den kommenden Herbst zu berücksichtigen. ! Im Rahmen der Krankenhaus-Surveillance von schweren akuten respiratorischen Infektionen (SARI) ist die Gesamtzahl der SARI-Fälle zuletzt leicht angestiegen. ! Der Anteil der SARI-Fälle mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose ist gleichbleibend niedrig (3 bis 4%). ! Es wird diskutiert, inwiefern aktuelle Maßnahmen stärker beworben bzw. durch weitere Maßnahmen flankiert werden sollten. Die aktuellen Maßnahmen scheinen keinen sichtbaren Effekt auf das Auftreten der akuten respiratorischen Erkrankungen zu haben. Generell sollte der Effekt aller Maßnahmen (im regionalen Vergleich) sowie deren Compliance systematisch untersucht und mit den Ausbruchsgeschehen und infektionsepidemiologischen Parametern in den jeweiligen Gebietseinheiten verglichen werden. Welchen Effekt die Aussetzung von Veranstaltungen oder die Schließung von Restaurants/Bars/Kneipen hatte, ist nicht abschließend geklärt. Die Universität Bielefeld erstellt eine Übersicht über Maßnahmen in den verschiedenen BL sowie in den LK in NW, dazu hat das RKI eine Studie beantragt, deren Bewilligung noch aussteht. ! Die AHA-Regeln werden aktuell nicht ausreichend umgesetzt. Z.T. wird mit Verweis auf niedrige Fallzahlen das Abstandsgebot als hinfällig betrachtet – hier sollte die wissenschaftliche Erklärung zur Ausbreitung von Tröpfchen besser kommuniziert werden –; z.T. wird die MNB nicht adäquat getragen. Klar ist, dass die AHA-Regeln nicht verhandelbar sind, sondern unabhängig von der aktuellen Fallzahl konsequent weiter durchgehalten werden müssen. ! Es wird angeregt, Idole aus der Öffentlichkeit zur Werbung für die AHA-Regeln heranzuziehen. Aus Sicht der BZgA gibt es viele Überlegungen zu unterschiedlichsten Kampagnen, wofür zunächst eine Bestandsaufnahme notwendig ist, insbesondere zur Frage, ob die Laissez-Faire-Haltung generell oder anlass-	FG36 FG37



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>bezogen oder auf bestimmte Zielgruppen beschränkt ist.</p> <p><b>SARS-CoV-Surveillance in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Der Testumfang nimmt weiter zu und erreicht den höchsten bisher verzeichneten Stand.</li> <li>! Der Anteil der positiven Testungen an allen Testungen über die Zeit pro Tag ist weiterhin gering.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Die Positivenrate ist in allen Altersgruppen ähnlich gering.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Die Labordaten können nicht mit klinischen Daten korreliert werden. Es stehen nur Alter, Geschlecht und Angaben über Entnahme in Praxis oder Krankenhaus zur Verfügung.</li> <li>! 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.</li> </ul>	
--	---	--

	<p>! Es wird diskutiert, dass unter der Rufnummer 116 117 und z.T. bei niedergelassenen Ärzten und Ärztinnen die Bereitschaft zu testen und/oder die Kenntnisse darüber gering sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass ggf. kritische Informationen nicht bei der Ärzteschaft ankommen (z. B. über Abrechnung, Teststrategie etc.) bzw. nicht ausreichend priorisiert werden. Die KV könnte diesbezüglich nochmals sensibilisiert werden.</p> <p><b>Dashboard-Anbieter</b></p> <p>! Gestern traten Probleme mit dem Dashboard bei ESRI auf, die heute behoben sind. Es stellt sich die Frage, ob eine langfristige Bindung an ESRI geplant ist und wenn ja, welche Parameter diese zu erfüllen habe (Reaktionszeiten, Disclaimer etc.). Ggf. könnte überlegt werden, ob das Dashboard über aktuelle oder beantragte Drittmittelprojekte oder über einen anderen externen Anbieter betrieben werden könnte.</p> <p>! Es wird betont, dass ein externer Dienstleister für das Dashboard notwendig ist und Insellösungen vermieden werden sollten. ESRI wird aktuell favorisiert.</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>14</b>	<p><b>Bericht von BAUA und ABAS (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Personalplanung</p> <p>! In Abt. 3 wurde diskutiert, dass aufgrund der aktuellen Urlaubszeit und der Rückkehr verschiedener Mitarbeiter in ihre eigenen Abteilungen, die eigentlich bis zum Ende des Jahres zum Lagezentrum abgeordnet waren, die Besetzung des Lagezentrums schwierig ist. In Hinblick auf den Herbst ist eine stärkere und kontinuierliche Unterstützung aus anderen Abteilungen notwendig.</p> <p>! Auch ZBS1 ist hinsichtlich des aktuellen Probenaufkommens auf die Zuarbeit von Mitarbeitenden aus anderen FG angewiesen.</p> <p>! Hr. Rottmann wurde letzte Woche über die geplante Einstellung der Lageberichte am Wochenende informiert. Diese Information wurde von seiner Seite als Wunsch interpretiert, der seiner Meinung nach auf höherer Ebene diskutiert werden sollte. Präs ist diesbezüglich im Gespräch mit Herrn Holtherm und BM Spahn. Bis zur weiteren Klärung soll die Berichterstattung am Wochenende fortgeführt werden.</p> <p>! Es wird diskutiert, inwiefern die 40 zusätzlichen Stellen für die ÖGD-Kontaktstelle die Kapazitätsengpässe lösen können. Allerdings ist für die Anwerbung und Einarbeitung neuer Mitarbeiter ausreichend Zeit einzuplanen, die Raumfrage ist zudem nicht geklärt. Das zusätzliche Personal ist perspektivisch sicherlich eine Entlastung, jedoch muss das Lagezentrum während einer Pandemie auf Arbeitskräfte im gesamten Haus</p>	AL3/ZBS1/ alle



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>zurückgreifen. Ca. 150 Mitarbeitende sind aktuell für das Lagezentrum geschult, zusätzlich sind von den FG inhaltliche Aufgaben zu stemmen.</p> <p>Freigabe der Lageberichte durch AL3</p> <p>! Hinsichtlich der Lageberichte wird beschlossen, dass der Lagebericht zunächst durch die Abteilungsleitung und im Anschluss durch Präs freizugeben ist.</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 17.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	17.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1/INIG
  - Sarah McFarland
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Marjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Julia Sasse
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny

- Ines Lein



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

---

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International INIG</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:  Im Vergleich zum 15.07.20: Die Länder sind im Rang relativ gleich geblieben.  neu ist: Bangladesch, das statt Saudi Arabien auf Platz 10 liegt.</p> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner  Im Vergleich zur Präsentation am 15.07.20 sind die Länder relativ gleich geblieben.  Neu sind: In Afrika: Capo Verde und in Südamerika: Puerto Rico</p> <p>Länder mit &gt; 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage  Fast gleich wie am 15.07.20  Brasilien weiter absteigend, aber nicht mehr so stark.</p> <p>Afrika – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)  Fast 70% der Fälle in Südafrika  Steiler Anstieg in Äthiopien</p> <p>Amerika – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)  mehrere Länder zeigen Anstieg  Kolumbien: Bogota stark betroffen, hohe Todesrate  USA: in letzten 40 Tagen Anstieg in vielen Bundesländer  Krankenhaus-Daten werden seit 15.07.20 nicht mehr direkt an CDC, sondern an Datenzentrum in Washington gemeldet. Die Daten enthalten u.a. folgende Angaben: Bettenkapazität, Beatmung, HCW-Kapazität. Offizieller Grund: Größere Datenkapazität und schneller verarbeitet.</p> <p>Asien – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)  Anstieg in mehreren Regionen  China: Stadt an Grenze zu Kasachstan ist „under lockdown“  Indien: nach wie vor starker Anstieg</p> <p>Europa – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)  steiler Anstieg in Bosnien-Herzegowina  Spanien: Region westlich von Barcelona „underlockdown“, sowie einige Bezirke von Barcelona.  Mallorca: Einführung der Maskenpflicht</p> <p>Ozeanien: Australien – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)  Großraum Melbourne befindet sich „underlockdown“  „unknown pneumonia“/ Kasachstan  Häufung der unknown Pneumonia seit Anfang des Jahres</p>	ZIG1/INIG



	<p>Zusammenfassung von WHO vorgestellt          COVID-19/ Kasachstan          Folie zeigt die Zusammenfassung der WHO TK (GOARN)          Zusammenfassung          Amerika: 60% der neuen Fälle und mehr als 60 % der neuen Todesfälle in den vergangenen 7 Tagen (die meisten Fälle / Todesfälle in Brasilien, USA)          Asien: Anstieg in den vergangenen 7 Tagen vor allem in Indien, Indonesien, Israel, Oman aber auch in Zentralasien (Kasachstan, Usbekistan)          Afrika: &gt; 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</p> <p>Bitte um weitere Quellen zum Verifizieren der Situation in Kasachstan. Erweist sich zurzeit als schwierig. Vielleicht erhält ZIG am Nachmittag mehr Informationen.          Etwa 4,5 Mill. Menschen mit deutschem Pass leben im Ausland. Viele in Osteuropa. Dies sollte man bedenken, da ein erheblicher Eintrag von Infektion durch möglich wäre.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)          Lage National, 17.07.20          Beide R-Werte schwanken um eins          Fälle und Todesfälle pro Bundesland          Heute ist die Gesamt-Fallzahl mit 583 höher als sonst. Die größte Differenz zum Vortag mit 322 Fällen ist in NRW</p> <p>Nowcasting – Schätzung der Reproduktionszahl (R)          Beide R-Werte sind ansteigend.</p> <p>7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer          Gesamt sieht man einen Anstieg          NRW zeigt den größten Anstieg; mit einem deutlichen Abstand folgt Bayern</p>	<p>Inst.-leitung/ ZIG</p> <p>Inst.-leitung</p> <p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	--	--

	<p>Geographische Verteilung in Dtl.: 7-Tage-Inzidenz  Nur ein LK (Bad Tölz) über 25 Fälle/100.000 Einw.  Kein LK über 50 Fälle/100.000 Einw.  Gütersloh ist weiter gesunken  Landkreise mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen  LK Mettmann (NRW) hat die meisten Fälle  Aktuelle Ausbrüche/Landkreise mit hohen Fallzahlen  Ausbruch im LK Mettmann sowohl in einer Familie als auch Fälle in drei Kitas  Köln/Auweiler sind Fälle in einer Flüchtlingsunterkunft  In Trier werden Einträge über Luxemburg vermutet.  Bei Labortestungen über 500 000 glatt geschafft.</p> <p>Es wird sich darauf verständigt GÄ bzw. Kreisen deutlicher, um alle Details zu Ausbrüchen zu bitten, v.a. Infektionsorte und Infektionsgeschehen. Die Angabe der 8-stelligen PLZ sollte immer dabei sein. So kann Infektionsgeschehen eingeschätzt werden.  Wann das nächste Pressebriefing sein wird, wird mit Präs und Presse nach Rücksprache mit dem Presseteam besprochen, v.a. zur Rolle der Kinder, die durch neue Studien besser beschrieben ist.</p> <p><i>ToDo: Nächstes Pressebriefing planen</i></p>	<p>FG37/FG32/  Inst.-leitung</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Reisen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Muna Abu Sin seit kurzem aus Turkmenistan zurück. Bericht zum Einsatz dort demnächst. Land gibt weiterhin an, dass keine Covid-19 Infektionen vorhanden sind. Es seien Häufungen von Pneumonien.</li> <li>Emergency Medical Team in Armenien</li> <li>Emergency Medical Team mit Jonathan Baum aus dem Kamerun morgen zurück.</li> <li>In Tadschikistan startet demnächst ein zweimonatiges Labor-Training mit Jan Baumann</li> <li>Mission nach Mexiko wird gerade geprüft</li> </ul> <p>Internationale Serostudien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Im Iran (am weitesten fortgeschritten) und Malawi</li> </ul> <p>Zur Koordinierung der internationalen Serostudien wird demnächst ein Mitarbeiter benannt, bis dahin bitte Herrn Ellerbrok kontaktieren. Es wird sich darauf verständigt GÄ bzw. Kreisen deutlicher, um alle Details zu Ausbrüchen zu bitten, v.a. Infektionsorte und Infektionsgeschehen)en</p> <p>Projekte im Maßnahmenpakt 2 zu Covid-19 kommen in Fahrt:</p>	<p>ZIG (Fr. Hanefeld)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Ein Vergleich von Guinea und Singapur mit Deutschland. Dies geschieht in Absprache mit Abt.2</p> <p>Ein Handbuch für Mitarbeitende in Emergency Medical Einsätzen im Ausland schreiben Fr. Lauffer und Kolleginnen.</p> <p>Herzlichen Dank an alle Kolleginnen und Kollegen für die Zuarbeit.</p> <p>Austausch mit weiteren Ländern mit Unterstützungsbedarf:</p> <p style="padding-left: 40px;">U.a. im AA Pandemie Dialog im Rahmen der EU-Präsidentschaft wurde mit dem Irak gesprochen. Starke Unterstützung im Land auch durch die BW, es wird überlegt, ob GoData Unterstützung möglich ist. Basil Karo unterstützt hier. Es werden weitere Kolleginnen und Kollegen mit Arabisch Kenntnissen zur Unterstützung eingeladen.</p> <p style="padding-left: 40px;">Ägypten benötigt Unterstützung: Osamah Hamouda und Basil Karo sind bereits involviert. Auch hier können Kolleginnen und Kollegen mit Arabisch Kenntnissen gerne teilhaben.</p> <p>Herr Ellerbrok hat Gespräche mit Äthiopien ausgeweitet, um im Rahmen mit Africa CDC im Laborbereich zu unterstützen.</p> <p>Dank an Ole Wichmann seine Unterstützung im Rahmen des GHPP Projekts, in dem Nationale Impfkommisionen. In diesem ist die Ukraine ein Kooperationspartner. Die Ukraine hat Interesse an dem deutschen Containment Scouts System, da die SARS-CoV-2 Surveillance stark überfordert ist. Tim Eckmanns hat Interesse und wird dazu Kontakt aufnehmen.</p> <p>Problem bei den Risikogebieten für die BL, dass die Weltkarte häufiger aktualisiert wird als die EU-Karte. Dies ist verwirrend. Stand heute 870 Fragen zu Risikogebieten im RKI-Info Postfach. Kontrolle der Quarantäne VO in den BL erfolgt kaum. Daher will BMG die Aussteigekarte wieder einführen. Dies wird Papierberge verursachen, die kaum bearbeitbar sind. Lösungen sind inhaltlich und technisch nicht kurzfristig vorhanden. Dennoch besteht Einigkeit in der Notwendigkeit der Quarantäne Kontrolle.</p> <p><i>ToDo:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Zur Koordinierung der internationalen Serostudien an noch zu benennenden neuen ZIG-Mitarbeiter, bis dahin Herrn Ellerbrok kontaktieren.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>Zur Koordinierung nationaler Serologischer Studien mit Hr. Lampert sprechen.</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><i>ZIG bietet an, das Problem der fehlenden Quarantäne-Kontrolle mit den möglichen Folgen der Eintragung von Fällen bei politischen Entscheidungsträgern vorzutragen.</i></p>	<p>ZBS1/ Inst.-leitung/ ZIG/ Presse/ FG32</p>
--	---	---

3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b>  Nicht besprochen	
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> Noch nicht aktualisiert; warten auf Bestätigung durch Präs	Inst.-leitung/ FG32
5	<b>Kommunikation</b>  <b>Presse</b>  Keine weiteren Punkte.	Presse
6	<b>Neues aus dem BMG</b> Keine aktuellen Anliegen laut BMG	FG32 berichtet für BMG
7	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>a) Allgemein</b>  Das Strategiepapier von Fr. Hanefeld wurde diskutiert und erhielt konstruktive Rückmeldungen. Nach Überarbeitung wird das Papier an Hr. Holtherm geschickt. Möglichst bald auf die RKI Website.  Wichtigsten Anpassungen des Papiers: Mit der Sprache keine bestimmten Gruppen stigmatisieren; alles ist ein gesamtgesellschaftlicher Lernprozess; Schulen und Kitas haben wichtige Rolle; Mehr Eigenverantwortung der Mitbürger betonen; Fazit: Wir müssen mit dem Virus leben lernen.  <b>b) RKI-intern</b> Nicht besprochen	Inst.-leitung
8	<b>Dokumente</b>  Positionspapier Partizipation (Dokumente <a href="#">hier</a> ) Es ist bisher eine kleine Gruppe zur Umsetzung der Partizipation im RKI zu GHPP-Covid Gruppe (Fr. Fehr) In Abt.3 schon Partizipatives Papier zu Gemeinschaftsunterkünften (Fr. Vygen, Fr. Sarma). Gerne nehmen diese an der Partizipativen Gruppe teil.	ZIG/ FG34





	<p><i>ToDo: Es besteht Interesse. Jemanden aus dieser Gruppe wird in den Krisenstab zum Vortragen einladen.</i></p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>Bis heute 400 Proben analysiert: positiven Rate schwankt; GA Pankow schickt donnerstags und freitags Proben. Es läuft alles, aber sie sind auf Unterstützung durch andere FGs angewiesen.  Virologische Surveillance: 1 Parainfluenza, 0 SARS-CoV-2 seit April  Viele Einsendung von Proben von Kindern, Rhinovirus mehr als sonst  <i>ToDo: FG17 berichtet nächste Woche einen Vergleich der Virennachweise zu den Vorjahren</i></p>	ZBS1/ FG17
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Begleitpapier zu Entlassungskriterien wurde angepasst und jetzt online  Anpassungen erfolgten in folgenden Themen:  der hohe Ct-Wert  adressiert auch Langzeit Positive  Dexamethason vs. Remdesivir für klinischen Outcome entscheidend die zwei Medis zu vergleichen  viel mehr Covid-19 Patienten müssen im Krankenhaus weiterverlegt werden und nicht entlassen, bald Paper dazu  200 Therapeutika gelistet, aber empfohlen nur diese zwei Medis oben; fehlt gut wirksame Therapie  <i>ToDo: keine</i></p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Keine Bedarf</p>	
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Update DEMIS Roll-out:  Karte zum Roll-out erstellt  Das Erstellen der Zertifikate klappt gut  Weiterentwicklung der zusätzlichen Inhalte läuft</p>	FG32
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>Schon erwähnt, Aussteigerkarte, KoNa im LZ sehr stark zugenommen, großes Problem an Passagierdaten zu kommen,</p>	FG32

	<p>arbeitsaufwändig, Amtshilfeersuche für alle KoNas ist aufwändig          BAUA ABAS Update (Sasse): SARS-CoV-2 Arbeitsschutzstandard          wird gerade überarbeitet: Rundumschlag für alle; Danke für RKI          Zuarbeit; Schulen beschäftigt sehr, aber nicht zuständig, weil          Arbeitsministerium zuständig; BMAS          Pathologen wollen ihre Ergebnisse aus Obduktionen vorstellen          nä. Mo 15 Uhr bei Interesse bei ihr melden;</p>	
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Dienste wieder verlängert, weil stark ausgelastet; Aufgaben &amp;          Int. Komm. Stark ausgelastet; Presse Liaison muss wieder          aufgenommen werden nä. Woche; bisher kein go den          Lagebericht am WE wegzulassen          Wieler: Was ist Presse Liaison? Fragen können zurzeit inhaltlich          nicht bearbeitet werden. Werden zu Aufgaben und gehen dann          zulasten anderer Mitarbeiter.          Ute: Statistik des LZ zu den Diensten 595 FG32,          Wieler, bitte zusammenfassen, er schickt es an Holtherm</p>	FG32
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Julia Sasse Pathologen Termin          Israelischen Kollegen Austausch, Sasse: In Terminabstimmung;          Haben Fehler gelistet: Begann über die Schulen die zweite Welle,          dann Eltern, dann in Klubs          Wieler dies Interesse, weil Öffentliche Wahrnehmung: Schulen          spielen keine Rolle; Können Israelis mal zur Aufklärung in Dtl.          berichten?          Schweden Situation (Hanefeld) Was kann man von Schweden          lernen? Anders Tegnell (Schwed. Epidemiologe) gute Kontakte          zum RKI, wird treffen dazu geben.          Wieler: Finnland gutes Schulmodell: Haben wir Kontakte nach          Finnland: Mika Salminen; Ute stellt Kontakt her</p>	
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 20.07.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! FG 33
  - Ole Wichmanns
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Rühle
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Basel Karo

- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Weltweit &gt;14,6 Mio. Fälle, &gt;610.000 Todesfälle (Fall-Verstorbenen-Rate weiterhin bei ca. 4%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage: Top 4 USA, Indien (neu auf Position 2), Brasilien (leicht absinkender Trend) und Südafrika. Insgesamt entfallen ca. 58% der neuen Fälle auf Nord- und Südamerika (davon USA etwa 50%) sowie 8% auf Afrika und 7% auf Europa.</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz/100.000 Einwohner</p> <p>! 30 Länder haben eine 7-Tage-Inzidenz über 50 Fälle/100.000 Einwohner, neu dabei sind Argentinien und Guatemala. Malediven und Kosovo sind herausgefallen. Ein Schwerpunkt liegt auf den südamerikanischen Ländern.</p> <p>! Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage: Brasilien zeigt einen absteigenden und Indien einen stark ansteigenden Trend, während sich die Fallzahlen in den USA und Südafrika zu stabilisieren scheinen.</p> <p>! Für Indien hat das WHO Country Office aktive Fälle in den Top 10 Städten/Distrikten dargestellt, wobei sich Mumbai zu stabilisieren scheint und Delhi einen abnehmenden Trend aufweist. Dagegen steigen die Fallzahlen in Thane (Maharashtra), Bengaluru (Bangalore) und Kamrup Metropolitan (Assam) weiter an.</p> <p>! Länder mit 7.000 bis 70.000 neuen Fällen in den letzten 7 Tagen: Die Liste ist v.a. durch asiatische und amerikanische Länder geprägt, dabei verzeichnen viele Länder einen abnehmenden Trend oder eine Stabilisierung der Fallzahlen, während südamerikanische Länder eher ansteigende Fallzahlen ausweisen. Seit dieser Woche fällt auch Spanien wegen des Clusters in Katalonien und Aragon (wahrscheinlich auf vermehrte Familienzusammenkünfte und geöffnete Bars/Kneipen nach Maßnahmen-Lockerung zurückzuführen) in diese Kategorie.</p> <p>! Länder mit 700 bis 7.000 neuen Fällen in den letzten 7 Tagen: Neu sind u.a. Republik Kongo und Kosovo. In der DRC wurde der Notstand heute für beendet erklärt, Schulen und</p>	ZIG1

	<p>Geschäfte sind wieder geöffnet. In Europa sind v.a. Rumänien und Serbien betroffen, zusätzlich wird ein leicht steigender Trend in den Niederlanden, Österreich (heute wieder Maskenpflicht in diversen Geschäften) sowie Frankreich beobachtet.</p> <p>! Situation in Uruguay: Uruguay gilt hinsichtlich der Krisenbewältigung als Erfolgsbeispiel in Südamerika mit insgesamt ca. 1100 Fällen und 33 Todesfällen. Dies wird auf die schnelle Reaktion der Regierung nach den ersten Fällen Mitte März 2020 zurückgeführt, die direkt zur Ausrufung eines nationalen Notstands und Schulschließungen sowie freiwilliger Quarantäne führten.</p> <p>! Uruguay setzt stark auf die Eigenverantwortung der Mitbürger (ähnlich zu Schweden), u.a. waren Geschäfte freiwillig geschlossen und auch eine mit DEU vergleichbare Maskenpflicht wurde erst spät eingeführt, eine Ausgangssperre nie. Es wurden gesonderte Einkaufszeiten für ältere Personen empfohlen.</p> <p>! In Uruguay wurde ein eigener PCR-Test entwickelt.</p> <p>! Das relativ kleine (3,5 Mio. Einwohner) und dünn besiedelte Land hat im Vergleich mit den Nachbarstaaten ein robustes Gesundheitssystem, bei dem die Notaufnahme dezentral organisiert ist. Dadurch finden Testungen vorwiegend zu Hause und in dezentralen Notaufnahmeeinrichtungen statt; Einweisungen ins Krankenhaus erfolgen erst bei schwerem Erkrankungsverlauf.</p> <p>! Insgesamt gibt es relativ wenig informell Beschäftigte, was ggf. Home Office eher ermöglichte.</p> <p>! Seit Ende April/Mai werden Maßnahmen gelockert. Schulen wurden schrittweise seit Anfang Juni geöffnet, zuerst in den ländlichen Gebieten, später in den Städten.</p> <p>! Tägliche Fallzahlen nehmen aktuell wieder zu, a.e. durch Krankenhaus-Cluster bedingt.</p> <p>! Es wird angeregt, anstelle der Verdopplungszeit die 7-Tage-Inzidenz auf der ersten Folie auszuweisen.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 202.799 (+454), davon 9.095 (4,5%)</p>	<p>FG32</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Todesfälle (+5), Inzidenz 244/100.000 Einw., ca. 188.600 Genesene, Reff= 0,89, 7T Reff=1,01</p> <p>! Aktuell auf ITS 254 (+8), davon beatmet 122 (+2) – weiterhin konstant</p> <p>! NW hat als einziges BL einen Anstieg von mehr als 100 Fällen zum Vortag. Alle BL haben neue Fälle übermittelt. Die 7-Tage-Inzidenz liegt im Schnitt bei 3,4 mit starken Schwankungen (0,4-6,1).</p> <p>! Im Vergleich der KW29 mit KW28 zeigen fast alle BL (mit Ausnahme von BE und SN) einen Zuwachs, auch auf niedrigem Niveau. Der höchste Zuwachs wird in HB und NI (LK Vechta) beobachtet.</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Meldedatum der BL: die 7-Tage-Inzidenz in HB steigt an (kleines BL, niedrige Fallzahlen, wobei unklar ist, was den Anstieg der Fallzahlen erklären könnte), während die Fallzahlen in NW zurückgehen, aber weiterhin ein höheres Niveau als in allen anderen BL ausweisen.</p> <p>! Es wurde eine neue Karte zur geographischen Verteilung erstellt, in der die Kreise ohne Fälle in den letzten 7 Tagen grün und die Kreise mit 5 bis 25 Fällen/100.000 Einwohner in gelb dargestellt werden. Insgesamt ist die Abgrenzung durch die neue Farbzueweisung so einfacher. Ein Kreis (LK Vechta) sticht mit einer 7-Tage-Inzidenz von knapp 35/100.000 Einwohner hervor.</p> <p>! Im Wochenvergleich sticht LK Vechta in der aktuellen Woche heraus, während in der Vorwoche der LK Bad Tölz auffällig war.</p> <p>! LK mit höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen (absteigende Reihenfolge): SK München, LK Mettmann, SK Duisburg, SK Köln.</p> <p>! LK mit der höchsten 7-Tage-Inzidenz (absteigende Reihenfolge): LK Vechta, LK Bitburg-Prüm, LK Diepholz, LK Mettmann.</p> <p>! Ausbrüche:</p> <p style="padding-left: 20px;">! Auf dem Schlachthof Wiesenhof im LK Vechta gibt es einen Ausbruch, der auch weitere Kreise betrifft.</p> <p style="padding-left: 20px;">! Die steigenden Fallzahlen in Bitburg-Prüm sind auf einen Ausbruch in einer Reha-Klinik in Trier zurückzuführen, damit stehen weitere Ausbrüche in Verbindung, die über private Kontakte entstanden sein sollen. Durch die Grenznähe zu Luxemburg wurden im BMG erneut Grenzkontrollen diskutiert.</p>	
--	--	--

	<p>! Im LK Rhein-Sieg-Kreis gibt es einen Ausbruch auf einem Obsthof, bei dem deutsche und rumänische Arbeiter betroffen sind. Der Betrieb ist vorerst eingestellt.</p> <p>! Die Zusammensetzung der Altersverteilung nach Meldewoche zeigt einen konstanten Verlauf.</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen: In den letzten 2 bis 3 Wochen zeigt sich eine relativ konstante Zusammensetzung nach Tätigkeit oder Betreuung. Zeitweise gab es deutlich mehr Fälle bei §36 betreuten und bei den nach §42 Tätigen. Ermittlungen für die letzte KW sind noch nicht abgeschlossen. Der Anteil der nach §33 betreuten Fälle ist seit KW23 recht stabil.</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Expositionsort: leichter Anstieg des Anteils der im Ausland erworbenen Infektionen.</p> <p>! Häufigste Expositionsländer: Balkan (Serbien, Kosovo), deutlich weniger aus Türkei, Bosnien und Rumänien. Kasachstan steht auch auf dieser Liste, Luxemburg hingegen nicht.</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen.	FG32/alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Exemplarisch werden folgende Anfragen genannt: Hygienemaßnahmen im Urlaub (z.B. Desinfektion der Ferienwohnung), Besuch von Veranstaltungen durch symptomatische Kontaktpersonen, Ablehnung der Durchführung einer SARS-CoV-2-Testung durch GA bei symptomatischen Personen.</p> <p>! Das Kampagnenkonzept wird aktuell überarbeitet, die Rückmeldung aus dem BMG steht noch aus.</p> <p>! Berichte über Personen, die sich über die Ablehnung einer Testung durch ein GA beschwerten, gab es bereits mehrfach und sollten mit Vorsicht betrachtet werden. Viele GÄ haben nicht die Kapazität für die regelmäßige Testdurchführung und verweisen dann auf Hausärzte, was im Einzelfall als Ablehnung interpretiert wird. Es ist jedoch nicht davon auszugehen, dass eine größere Anzahl Personen, die getestet werden sollte, aus Kapazitätsgründen nicht getestet wird.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Nicht besprochen.</p>	<p>BZgA/alle</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<b>Neues aus dem BMG</b>	





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Der gestrige interministerielle Krisenstab fokussierte sich auf bekannte Themen wie Risikogebiete, das Einreisemanagement und Testungen bei Einreise sowie auf die Frage der Entschädigungsleistungen nach §56 IfSG. Hinsichtlich der Kontrolle der Quarantäne nach Einreise werden Aussteigekarten diskutiert, auch unter dem Aspekt, inwiefern die Papierflut möglichst gering gehalten werden könne. Eine elektronische Lösung der Aussteigekarten ist vor 2021 nicht realistisch.</p> <p>! BY bietet bei Einreise eine kostenlose Testung an, was heute in der MPK-Schleife und erneut nächste Woche in der CdS-Schleife diskutiert werden soll.</p> <p>! Eine Konkretisierung hinsichtlich der Testregionen steht noch aus. Anlassloses Testen bei Einreise sei laut Herrn Holtherm nicht sinnvoll.</p>	BMG Liaison
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p><b>Tätigkeitsverbot für medizinische Einrichtungen nach Einreise</b></p> <p>! HH erwägt die Einführung eines Tätigkeitsverbots in medizinischen Einrichtungen für Ein- und Rückreisende. Dies basiert auf der im März 2020 gemachten Erfahrung mit rückkehrenden Ski-Fahrern, die im Gesundheitssystem tätig waren. HH bittet das RKI um Stellungnahme. In der AGI waren nicht alle Seuchenreferenten überzeugt, dass sich das RKI diesbezüglich äußern sollte.</p> <p>! Die Problematik steht auch im Zusammenhang damit, dass die Quarantäne-VO eine Umgehung der Quarantäne-Regeln durch ein negatives Testergebnis (u.a. aus dem Ausland) ermöglicht. Großen Arbeitgebern geht die Quarantäne-VO damit nicht weit genug, so dass sie ihren MA vorschreiben, das Betriebsgelände frühestens 1 Woche nach Einreise und nach Vorlage eines negativen Testergebnisses aus DEU betreten zu dürfen. Es besteht Unsicherheit hinsichtlich der Qualität ausländischer Testergebnisse (technische Durchführung, Qualität des Labors). In RP werden Kündigungen angedroht, wenn MA nach Einreise aus Risikogebieten die Quarantäne einhalten und nicht im Betrieb erscheinen, während in BW z.T. gekündigt wird, wenn</p>	

	<p>MA nach Einreise im Betrieb erscheinen.</p> <p>! Der Anspruch auf Entschädigung nach § 56 IfSG ist strittig, der Verdienstausfall wird nicht unbedingt bezahlt.</p> <p>! Grundsätzlich sind die Krankenhäuser selbst in der Pflicht Sicherheitsvorkehrungen zu treffen. Einzelentscheidungen sollten möglich sein. Ggf. könnte die AG Diagnostik bei zunehmendem Druck hinsichtlich der Personalressourcen in den Krankenhäusern eine Verkürzung der Quarantänezeit diskutieren.</p> <p>! Rückkehrende haben ggf. ein erhöhtes Risiko, gleichzeitig werden Urlauber im Inland nicht erfasst. Das Risiko, sich im Ausland mit SARS-CoV-2 anzustecken, hängt primär mit den dortigen sozialen Kontakten und Verhaltensmaßnahmen ab, weniger vom Land und Urlaubsort. Viele Urlauber interagieren wahrscheinlich wenig mit der Bevölkerung vor Ort; bei Reisen ins Ausland im Rahmen von Familienbesuchen gilt ähnlich wie im Inland ein erhöhtes Risiko aufgrund des Zusammentreffens von vielen Personen auf engem Raum. Ggf. besteht auch durch In-Door-Meetings bei Geschäftsreisen ein höheres Risiko. Grundsätzlich sollte an die persönliche Verantwortung des Einzelnen appelliert werden; mit Ischgl vergleichbare Situationen sind aufgrund der zunehmenden Sensibilisierung nicht wahrscheinlich.</p> <p>! Die AG Diagnostik könnte privaten Anbietern von Tests die Teilnahme an Ringversuchen empfehlen. Eine allgemeine Empfehlung seitens des RKI zu Tätigkeitsverboten auszusprechen ist schwierig; das Vorgehen von HH, die Eindämmungs-VO an die lokalen Erfahrungen anzupassen, ist begrüßenswert.</p> <p>! Gleichzeitig ist zu erwarten, dass das BMG im Verlauf vom RKI ein Gesamtkonzept fordert, welches die unterschiedlichen Regelungen in den einzelnen BL zusammenführt.</p> <p><i>ToDo:</i> INIG soll eine Übersicht über die Quarantäne-Regeln (Dauer, Testungen etc.) in anderen Ländern führen.</p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
9	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! In den letzten Wochen gab es viele Rhinovirus-Nachweise, weitere Viren wurden nicht nachgewiesen.</p>	<p>FG17</p> <p>FG34</p>



	<p>! Hinsichtlich der Unterstützung durch das Konsiliarlabor wurde <del>eine Studie</del> <u>CORONA-MONITORING lokal Studie</u> aus Abt. 2 bisher <u>gegenüber der SeBluCo-Studie</u> priorisiert. Das Konsiliarlabor hat aber inzwischen freie Kapazitäten zurückgemeldet. Diese können für Proben aus weiteren Studien genutzt werden.</p> <p>! In KW 29 wurden nach Auswertung der RKI-Testlaborabfrage über 530.000 Testungen in DEU durchgeführt, davon waren ca. 3.400 positiv (die Positivenrate liegt seit ein paar Wochen konstant bei 0,6). Es gaben 145 Labore in KW29 prognostisch an, in der folgenden Woche (KW30) Kapazitäten für insgesamt 177,687 Tests pro Tag zu haben. Alle 145 übermittelnden Labore machten Angaben zu ihren Arbeitstagen pro Woche, die zwischen 4 bis 7 Arbeitstagen lagen, daraus resultiert eine Testkapazität von ca. 1.200.000 durchführbaren PCR-Tests zum Nachweis von SARS-CoV-2.</p> <p>! Aus einem Labor kam die Anfrage an FG37, ob die CWA-Codes ggf. an das RKI übermittelt werden sollen. Dazu müsste eine Klärung mit dem Datenschutzteam erfolgen.</p>	<p>FG32</p> <p>FG37</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Ein zentrales Dokument stellen die Therapiehinweise des STAKOB dar, die erstmalig eine Positivempfehlung für Remdesivir und Dexamethason enthalten. Pre-Print-Dokumente sollen regelmäßig eingeordnet werden. Zusätzlich werden regelmäßig sogenannte Praxis-Berichte der AG COVRIIN veröffentlicht, z.B. befassen sich diese mit dem besten Zeitpunkt für Therapiebeginn oder -wechsel. Außerdem wird eine Datenbank mit einer Übersicht zu experimentellen Therapeutika weitergeführt.</p> <p>! Das Telemedizin-Projekt soll adhoc-Unterstützung für Intensivstationen anbieten. Aktuell läuft eine Pilotierungsphase mit 3 bis 4 Häusern in ganz DEU, was eine breitere infektiologische Beratung (da es momentan wenige COVID-19-Patienten gibt) ermöglicht.</p> <p>! Eine Fachgruppe beschäftigt sich mit strategischer Patientenverteilung zur Vermeidung regionaler Überlastung der Intensivkapazität; das Verlegungskonzept ist in Abstimmung mit Ländern.</p> <p>! Als Stärkung der infektiologischen Beratungskapazität sollen</p>	IBBS

	<p>Mitglieder des STAKOB beim ÖGD und in Krankenhäusern stärker unterstützen können.</p> <p>! Eine stärkere Vernetzung mit der Dt. Gesellschaft für Infektiologie ist geplant. Auch der Austausch mit dem Apotheker-Netzwerk, u.a. zur Bevorratung von Remdesivir (welches auf dem freien Markt nicht verfügbar ist), wird gepflegt.</p> <p>! In 2 Studienvorhaben wird eine Urin-Proteom-Analyse zur Schwerevorhersage der COVID-19-Erkrankung und eine serielle Beprobung von Intensivpatienten thematisiert werden.</p> <p>! Medizinische Evakuierungen von international tätigen UN-Mitarbeitern häufen sich aktuell.</p>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>Virologische Surveillance am Nationalen Referenzzentrum für Influenzaviren</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Die Influenza-Saison war eher moderat, die Einsenderate scheint mit der Schwere der Saison zusammen zu hängen. Seit Anfang März 2020 gibt es eine hohe Zahl an Einsendungen. Nach Ende des Shutdowns wurden auch mehr Einsendungen registriert als in den Vorjahren. Auffällig ist insbesondere die große Anzahl an Einsendungen in den letzten KW, was ggf. auf den Anstieg der ARE, v.a. bei Kindern, zurückzuführen ist.</p> <p>! Die Untersuchungen auf SARS-CoV-2 wurden in der 9. KW aufgenommen, SARS-CoV-2 wurde in der 11.-17. Kalenderwoche nachgewiesen.</p> <p>! Seit Anfang/Mitte Juni 2020 wird ein hoher Anteil bei Kindern &lt;10 Jahren (in rot) beobachtet (Tendenz steigend). Das ist auf viele Einsendungen aus Kinderarztpraxen zurückzuführen.</p> <p>! Ab ~12. Kalenderwoche Rückgang aller viralen Erreger und frühzeitiges Ende der Grippesaison, zeitlich verknüpft mit COVID-19-Gegenmaßnahmen.</p> <p>! Seit ~24. Kalenderwoche Rebound respiratorischer Viren. Geringe Diversität: ausschließlich Rhinoviren. Initial in Kindern &lt;10 Jahre, mittlerweile auch in Erwachsenen zu sehen. Die Prävalenz ist deutlich höher als die Vorjahresprävalenz. Mögliche Erklärungen könnten eine fehlende Boosterung oder auch eine niedrigere Testschwelle bei einsendenden Ärzten sein. Der Rebound könnte ein Hinweis auf geringere Effektivität der Maßnahmen ab ~22-23. Kalenderwoche sein.</p> <p>! Es wird angeregt, die Bedeutung der Maßnahmen hinsichtlich der frühzeitigen Beendigung der Influenzawelle sowie dem Auftreten von weiteren Atemwegserkrankungen beim nächsten Pressebriefing sowie im Rahmen eines Epid. Bull. Artikels darzustellen. Dies könnte die Akzeptanz der Maßnahmen erhöhen. Eine klare Abgrenzung des Effekts einzelner Maßnahmen gestaltet sich schwierig. Jedoch können die obigen Daten die allgemeine Akzeptanz verstärken. Die soziale</p>	FG17



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Verantwortung für Risikogruppen müsste auch betont werden.</p> <p><i>ToDo:</i> FG17 erstellt einen Epid. Bull. Artikel, der an die vorherigen Artikel zu GrippeWeb und dem abrupten Ende der Influenzasaison anknüpfen und zusätzlich mit P1 abgestimmt werden soll.</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Auf der Webseite der AGI sind die Gegenüberstellungen von Praxisindex und Konsultationsindex pro BL verfügbar.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>SARS-CoV-2-Surveillance in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es wird weiterhin mehr getestet. Innerhalb einer KW sind für den Wochenbeginn mehr Testungen als am Ende der Woche dokumentiert.</li> <li>! In den letzten Wochen nahm pro Woche die Anzahl aller positiven und negativen Testungen bundesweit zu.</li> <li>! Der Anteil der positiven Testungen an allen Testungen ist leicht angestiegen, aber weiterhin sehr niedrig.</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG37</p>
--	---	-------------------------

	<p>Testverzug von mehr als 1 Tag vorliegt. Der Verlauf in NW zeichnet ggf. die zusätzlichen im Rahmen des Tönnies-Ausbruchs durchgeführten Testungen nach. In BY kann aktuell jeder getestet werden, was die Verzögerung zwischen Probenentnahme und Testergebnis erklären könnte.</p> <p>! Bei Stratifizierung der Anzahl der Tests nach Entnahmeort (Krankenhaus, Arztpraxis und andere) ist der Anteil der Testungen in Krankenhaus über die letzten Wochen relativ stabil, während der Anteil der Testungen in den Arztpraxen ansteigt. Die Darstellung dieser Stratifizierung nach BL zeigt u.a., dass in BY und NW der Anstieg auf vermehrte Testungen in Praxen zurückzuführen ist.</p> <p>! Bei der Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW ist der Anstieg bei den 0- bis 4-Jährigen leicht rückläufig, in den übrigen Altersgruppen ist die Anzahl weitgehend stabil.</p> <p>! Der Anteil positiv getesteter Personen nach Altersgruppe und Kalenderwoche ist in allen Altersgruppen gleichermaßen niedrig.</p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: <b>Freitag, 24.07.2020</b>, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	24.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - o Lothar Wieler
- ! FG12
  - o Annette Mankertz
- ! FG14
  - o Melanie Brunke
  - o Mardjan Arvand
- ! FG17
  - o Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - o Ute Rexroth
- ! FG34
  - o Viviane Bremer
  - o Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - o Stefan Kröger
- ! FG37
  - o Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - o Christian Herzog
- ! P1
  - o Mirjam Jenny
  - o Ines Lein
- ! Presse
  - o Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - o Janine Michel
- ! ZIG1
  - o Andreas Jansen
  - o Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - o Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Iris Andernach





! Länder mit 700-7.000 neuen Fällen/letzte 7 Tagen

- Neu dazugekommen: Luxemburg, Panama, Schweiz  
Simbabwe
- In einigen Ländern Europas wurden Maßnahmen wieder eingeführt: z.B. Spanien, Rumänien, Polen, Serbien, Tschechische Republik; seit heute wieder Maskenpflicht in Österreich in Läden; Verschärfung der Kontrollen an Grenzen

### **National**

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

- SurvNet übermittelt: 204.183 (+815), davon 9.111 (4,5%)  
Todesfälle (+10), Inzidenz 246/100.000 Einw., ca. 189.400  
Genesene, Reff=1,08, 7T Reff=1,16
  - 815 neue Fälle sind auch für Freitag sehr viel. Es handelt sich um diffuses, nicht genau zuordenbares Geschehen.
- Fälle und Todesfälle pro Bundesland
  - Neue Fälle vor allem in NRW und BW, aber auch in vielen anderen BL, sogar MW
- Nowcasting – Schätzung von R
  - Steigt wieder leicht an
- 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer
  - Deutscher Trend leicht ansteigend
  - Gewisse Nervosität bei den BL
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
  - Nur noch 88 LK, die keine Fälle übermittelt haben
  - Kein LK mit Inzidenz > 50. Die höchste Inzidenz in LK Vechta (>35; Wiesenhof), darauf folgend LK Diepholz, LK Hof, SK Mülheim
- Landkreise mit höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen
  - SK Köln, LK Mettmann, SK München, LK Duisburg, LK Essen
  - SK München hat große Einwohnerzahl und ist deshalb oft auf der Liste.



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuelle Ausbrüche           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hof: großflächige Testungen in Allgemeinbevölkerung</li> <li>▪ Bitburg: ausgehend von Rehaklinik, Eintrag in Wäscherei</li> <li>▪ Hamburg: viele Reiserückkehrer pos. getestet, Flüchtlingsunterkunft</li> <li>▪ Gütersloh: Schlachtung wurde wieder aufgenommen, wieder 20 Beschäftigte positiv</li> <li>▪ Bochum: auch schwer Erkrankte dabei; Klinikum, Seniorenheim betroffen               <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorschlag: Verläufe von erkrankten Personen weiter beobachten. DIVI Register ist nicht gut geeignet, um Verläufe nachzuverfolgen.</li> <li>! Blick auf Kapazitätsverlauf (DIVI Intensivregister): weiterhin genug Kapazitätsreserven vorhanden.</li> </ul> </li> <li>▪ Solingen: Seniorenheim</li> <li>▪ Baden-Württemberg: kumulativ ca. 225 reiseassoziierte Fälle, davon ca. 32% Serbien</li> <li>▪ Duisburg: Dönerfleischproduktion, Paketdienstleister, Zuckerfeste</li> <li>▪ Essen: Flüchtlingsunterkunft</li> <li>▪ Mecklenburg-Vorpommern:               <ul style="list-style-type: none"> <li>! AIDA wollte Betrieb stufenweise wieder aufnehmen und hat dafür 600 Mitarbeiter aus den Philippinen einfliegen lassen. Einer war bereits auf dem Flug symptomatisch. Alle 600 wurden getestet, 10 davon waren positiv, ein Teil der Ergebnisse steht noch aus. Die Mitarbeiter wurden auf 3 Schiffe verteilt, noch sind keine Passagiere an Bord. Frage, wie geht man damit um.</li> <li>! In Schwerin kleiner Ausbruch im LKA.</li> <li>! Bis jetzt keine größeren Ausbrüche bei Urlaubern.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ Häufigste Expositionsländer im Ausland</li> </ul>	FG32 / Presse / Alle / BZgA
--	---	-----------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldewochen 29-30, noch nicht vollständig</li> <li>▪ 157 Kosovo, 75 Serbien, 35 Türkei, 31 Bosnien-Herzegowina, diverse weitere Länder</li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Phase der zeitweisen Übersterblichkeit scheint beendet</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Sprachregelung hohe Fallzahlen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Anstieg von 300 auf 800 neue Fälle pro Tag muss an die Öffentlichkeit kommuniziert werden. Es gibt auch viele Anfragen dazu.</li> <li>○ 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.....“</li> <li>○ „Kleiner Häufungen“ wurde durch „zunehmend Häufungen in vielen unterschiedlichen Zusammenhängen“ ersetzt.</li> <li>○ Es wurde entschieden, Flüchtlingsunterkünfte und den Schlachtbetrieb Tönnies bei den Beispielen rausnehmen, um zu verhindern, dass sich ein großer Teil der Bevölkerung nicht angesprochen fühlt.</li> <li>○ Statt Familienzusammenkünften sollen private Feiern, Freizeitaktivitäten, Häufungen an Arbeitsplätzen, in Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen aufgeführt werden. Die gesamte Bevölkerung soll sich angesprochen fühlen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Entwicklungen sind beunruhigend und könnten der Anfang einer 2. Welle sein.</li> <li>○ Das RKI kann aufgrund von Beobachtungen Empfehlungen</li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>geben, konkrete Maßnahmen sind eine politische Entscheidung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BZGA wird dazu eine Twittermeldung verfassen, sowie eine Slidermeldung auf die Internetseite stellen.</li> <li>○ Die Sprachregelung zu den hohen Fallzahlen wird zirkuliert und von der Presse finalisiert. Sie wird in den Lagebericht übernommen. Die Anfragen von dpa können damit beantwortet werden. Evtl. könnte sie auf der Internetseite mit einem Teaser verlinkt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Presse organisiert für nächste Woche, Dienstagvormittag eine Pressekonferenz</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Von Sonntag bis 17.August wird Jan Baumann mit WHO nach Tadschikistan reisen, um die Laborinfrastruktur zu verbessern.</li> <li>! Am Dienstag findet ein Termin in Usbekischer Botschaft statt, um zu klären, ob ein Team ggf. mit WHO nach Usbekistan geschickt werden kann.</li> <li>! Die gleiche Anfrage kommt aus Gagausien (autonome Republik in Moldawien).</li> <li>! Seroprävalenzstudien: Demnächst können Materialien an erste Länder versendet werden.</li> <li>! Muna Abu Sin wird nach ihrem Urlaub im Krisenstab zum Einsatz in Turkmenistan berichten.</li> <li>! FG32 ist in engerem Austausch mit den Balkanländern, CDC und WHO. Es geht um syndromische Surveillance.</li> </ul>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe aktuelle Lage</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe aktuelle Lage</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe aktuelle Lage</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Abt. 3 / BZgA</p>

	<p>! Geplante Ausgabe zu Public Health Aktivitäten bei COVID-19 im Bundesgesundheitsblatt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bitte um Beiträge ist viel zu spät bei Abt. 3 angekommen. Geplante Beiträge bilden deshalb nur einen Teil der Aktivitäten ab, die am Institut laufen. Vor allem die Aktivitäten in Abt. 3, FG32 und die Zusammenarbeit mit dem ÖGD ist bei geplanten Artikeln nicht berücksichtigt.</li> <li>○ Die großen Herausforderungen für den ÖGD wurden weder bei Autoren noch Themen berücksichtigt. Wenn der Inhalt nicht mehr geändert werden kann, sollte zumindest der Titel geändert werden.</li> <li>○ Koordination bei BZGA: erste Ausgabe ist der Auftakt für eine Reihe von Perspektiven auf das Thema. Der ÖGD könnte in einem eigenen Heft berücksichtigt werden.</li> <li>○ Fr. Rexroth hat mit Fr. Spura gesprochen, ein 2.Heft zur Epidemiologie und ein 3.Heft zu Personengruppen sind geplant.</li> <li>○ Es besteht die Befürchtung, dass durch das 1.Heft andere Erwartungen geweckt werden. Deshalb müsste zeitnah ein Heft zur ÖGD Perspektive geplant werden und dies sollte kommuniziert werden, bevor das Heft herauskommt.</li> </ul>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Thema Reiserückkehrer: keine größeren Neuigkeiten, Bundesländer-Konferenz bisher ohne Beschluss</p> <p>! Arbeitsauftrag: Bitte von Hr. Holtherm kommenden Dienstag in der Morgenlage zu Reiserückkehrern und Fallzahlen zu berichten. <i>ToDo: Wird Fr. Rexroth in Morgenlage am 28.07. ansprechen</i></p> <p>! Anfrage von den Grünen an Minister Spahn hinsichtlich RKI-Empfehlungen zur Vermeidung von Superspreading Events</p> <p>! Evtl. auch Empfehlungen zu Schlachthöfen erwünscht.</p> <p>! In FAQ des BFR nichts Neues hierzu , bisher Empfehlungen vom Arbeitsschutz des BMAS.</p>	<p>BMG-Liaison</p> <p>FG32</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Frage des Maßnahmenmonitorings steht im Raum, Gebiete mit &gt; 100.000 Einwohner sollen tagesaktuell BMG und RKI berichten.</p>	<p>FG32</p>



<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! 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
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Die Betriebszeiten im LZ wurden unter der Woche wieder auf 8-18 Uhr ausgeweitet, dafür am Wochenende auf 10-15 Uhr reduziert. ! Viel internationale Kommunikation, aufwändige KoNa bei Flugreisen. ! BVA hat jetzt die Erlaubnis, Informationen zu teilen für den Fall, dass das RKI nicht selbst bei den Fluglinien erfolgreich ist. ! Kreuzfahrten werden wieder problematisch.	FG32
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Request for Hearing by French Senate: Bitte um VK am 8.9.16:00 zu COVID-19 Response in Deutschland, s Mail vom 23.7.2020, 19:11 o Anfrage vom französischen Senat an einer Online-Konferenz am 8. September teilzunehmen <i>ToDo: Weiterleitung an RKI-Leitung und BMG für Entscheidung, wer teilnehmen soll</i>	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 27.07.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	27.07.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
  - Sarah Esquevin
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr

- ! BMG
  - Katalyn Roßmann
  - Irina Czogiel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>), weltweit über 16 Mio. und über 640.000 Todesfälle (4,0%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>○ Länder mit 7-T.-I. &gt;50/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenig Veränderungen, heute 32 Länder</li> <li>▪ In Europa neu: Bosnien Herzegowina und Moldawien</li> </ul> </li> <li>○ Afrika –Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fälle steigend in Libyen, Senegal, Simbabwe</li> <li>▪ Wenig Veränderung in den Kurven</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Nord- &amp; Südamerika –Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paraguay nicht mehr dabei ansonsten gleich, Trend überall steigend</li> <li>▪ 58% der weltweit neuen Fälle</li> <li>▪ USA: Infektionsgeschehen verschiebt sich in den Südosten, Kalifornien und Florida überholen kumulative Fallzahlen von New York</li> <li>▪ Brasilien zwischenzeitlich leicht absteigender Trend, nun wieder Anstieg</li> <li>▪ Kanada ähnlich Westeuropa: Trend leicht steigend, lokal begrenzte Cluster in unterschiedlichen Einrichtungen und nach Zusammenkünften</li> </ul> </li> <li>○ Asien –Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu dabei: China und Libanon</li> <li>▪ China heute höchste Fallzahl seit April, getrieben durch zwei Ausbrüche in Provinzen, u.a. in der Hafenstadt Lianong in Verbindung mit einem seafood market</li> <li>▪ Hong Kong: steigende Fallzahlen, heute Ankündigung neuer Maßnahmen ab Mittwoch, nur noch 2 Personen dürfen sich treffen, MNB überall, Restaurants geschlossen</li> <li>▪ Japan: Rekordzahlen am Wochenende, nicht nur in Tokyo aber in ganzem Land, v.a. jüngere</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nordkorea: Meldung des ersten Verdachtsfalles, Person, die aus Südkorea nach Nordkorea eingereist ist, aus Sekretabstrichen unsichere Testergebnisse, Notstand wurde im betroffenen Gebiet ausgerufen, Gesundheitsbehörden reden noch nicht von einem COVID-19-Fall</li> <li>▪ 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</li> <li>○ Europa –Lage (&gt;700/letzte 7 Tage) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu: Luxemburg, Montenegro, NL und Schweiz</li> <li>▪ In Osteuropa und Balkan weiter exponentieller Anstieg, auch in West- und Südeuropa</li> <li>▪ In mehreren Ländern Wiedereinführung von lokal begrenzten Einschränkungen</li> <li>▪ GB: Quarantäne für einreisende aus Spanien</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Ozeanien –Lage (&gt;700/letzte 7 Tage): Australien heute neue Rekordzahl mit 532 neuen Fällen, alle aus Victoria</li> </ul> <p>! Zusammenfassung: globaler Anstieg von Fällen, viele Länder verschärfen erneut ihre Maßnahmen</p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wäre interessant, den Fall-Verstorbenen-Anteil zwischen der 1. Und der 2. Welle zu evaluieren um deren Schwere zu vergleichen</li> <li>○ Situation in USA: CDC hat ein Dashboard (<a href="#">hier</a>) wo die Krankenhauskapazitäten dargestellt sind</li> <li>○ DIVI-Register in Deutschland ist Intensivstation-spezifisch, gibt es Daten zur Belastung des Vorintensivbereiches in Deutschland?</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Morgen mehr Aufschluss zur Fallzahlentwicklung, montags ist dies aufgrund des</li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Wochenendverzugs nicht so zuverlässig (BW &amp; SN noch nicht übermittelt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen sind nicht mehr rückläufig, R-Wert steigt, die BL-R-Kurven ähneln sich grob</li> <li>○ 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</li> <li>○ Viele Fälle in großen Städten/Ballungsgebieten</li> </ul> <p>! Ausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dingolfing Landau <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt;50/100.000 Einw.,</li> <li>▪ Erntehelfende in einem Landwirtschaftsbetrieb (primär Gurken)</li> <li>▪ Spezielle Entnahmetechnik im Liegen</li> <li>▪ MA sind sehr eng in Containern untergebracht</li> <li>▪ Alle wurden getestet</li> <li>▪ Fallanteil ist für eine Tätigkeit im freien sehr hoch, 174/479 MA positiv</li> </ul> </li> <li>○ Rostock Aida-Schiffe: Ausbruch unter MA philippinischer Abstammung</li> <li>○ Hof: osteuropäische Großfamilie, Reihentestung läuft</li> </ul> <p>! Reisen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil der Exposition im Ausland von allen Fällen ist relativ stabil um 10%, bei ausschließlicher Betrachtung derer, die eine Angabe haben, 18%</li> <li>○ Daten sind noch nicht vollständig</li> <li>○ Meist genannte Länder: 1. Deutschland (3.396) gefolgt von Kosovo, Serbien, Türkei, Bosnien Herzegowina</li> <li>○ Expositionsort Reisende nach BL (Folie 11): gewisse Unterschiede der Reiseländer und Fallanteile, Balkanstaaten NW, BY, BW, Türkei häufig NW</li> <li>○ Die Expositionsdaten sollten auch im Pressebriefing auftauchen um zu zeigen, dass die meisten Fälle aus Deutschland kommen, Risikoverhalten ist wichtiger als Expositionsort, Arbeitsexposition und soziale Exposition spielen eine möglicherweise wichtigere Rolle</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! NW hat viele der am meisten betroffenen Kreise</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kein Kommentar von NW, es ist schwer, jemanden von dort zu fassen</li> <li>○ GÄ in NW sind nicht froh über die</li> </ul>	
--	---	--

	<p>Vorgehensweise, teilweise sehr gute MA vor Ort im ÖGD, jedoch nicht genug politische Unterstützung vorhanden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie kann das RKI die Situation verbessern, bzw. mehr Aufmerksamkeit darauf lenken? Bericht an BMG, im Lagebericht benennen?</li> <li>○ AL3 hatte Vorschlag der Darstellung der Daten im Lagebericht nach Ballungsgebieten, um einen stärkeren Fokus darauf zu legen, das Problem großer Städte mit hoher Bevölkerungsdichte</li> <li>○ Gespräch hierzu ist morgen mit dem BMG (Holtherm) geplant, VPräs und Ute Rexroth</li> <li>○ Da Ute dann nicht für das Pressebriefing verfügbar ist muss jemand anderes hierfür gefunden werden</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p><b>CWA</b></p> <p>! Flyer für MA der GA und ambulante Praxen (Links <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auf 1. Seite Einführung in die CWA Funktion, Infos zur Statusanzeige, keine Änderungen zu vorher</li> <li>○ 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</li> <li>○ Die Änderungen wurden mit der KBV abgestimmt</li> <li>○ Inhaltlich sind die Flyer den Vorversionen äquivalent</li> <li>○ Neue Versionen werden über RKI LZ zur Abstimmung ans BMG (Renner) geschickt</li> </ul> <p>! Nach der Wochenendnachricht zum nicht-Funktionieren der CWA wird SAP erneut bestimmte Parameter überprüfen</p> <p>! Die TOP 5 der Probleme werden für das Pressebriefing morgen mit Antworten vorbereitet</p> <p>! Alles was bezüglich CWA läuft muss mit BMG abgestimmt werden (auch aufgrund möglicher weiterer Kosten)</p> <p>! Weitere Arbeit an der App um sie lauffähig zu halten: Erfüllung der BfDI Auflagen, Verhinderung von Missbrauch, Anbindung der Labore und des ÖGD (zsm. mit Abt. 3)</p> <p><b>Digitale Projekte</b></p> <p>! Symptomchecker App bei der Charité und jetzt auch im RKI im Einsatz, Abschluss der Datenschutzbelange hat gedauert</p>	<p>FG37/FG21</p> <p>FG21</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Datenspende wird immer verlässlicher, Blog-einträge sind online einsehbar, aktuell wird daran gearbeitet diese zu automatisieren</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nichts neues seit letzter Version vom 17.07.2020</p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Diskussion von Freitag (Bundesgesundheitsblatt) aufgenommen</p> <p>! Steigenden Fallzahlen: Entschluss dass nicht primär über die Zahlen kommuniziert werden soll</p> <p>! Werbung zur App wurde ausgetauscht gegen Propagierung der Reise- bzw. Urlaubszeit, AHA-Regeln mit Ziel alle Altersgruppen</p> <p>! Heute Nachmittag Gespräch über aktuelle Daten aus COSMO: insbesondere Kommunikation an junge Männer die feiern, adressieren über ihre eigenen Communities und die Kanäle „Liebesleben“ und „kenn Dein Limit“</p> <p>! Diskussion: Wie kann Allgemeinbevölkerung ohne Diskriminierung hinsichtlich soziale Verantwortung mitgenommen werden</p> <p>! Situation ist komplex: einerseits bestimmte Zielgruppen ohne zu stigmatisieren, dann Sommer, Urlaub, neue Freiheit genießen, Reisetätigkeit, laissez-fair Haltung, die Risikowahrnehmung ist nicht mehr wie vor 3-4 Monaten</p> <p>! Nächste Woche beginnen die ersten Schulöffnungen (z.B. NS)</p> <p>! VPräs: in Japanischer Kommunikation werden gefährliche Expositionssituationen illustriert, 3-C-Regel (crowded places usw.)</p> <p>! Holländer haben auch interessante Konzepte für junge Menschen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Morgen Pressebriefing mit Präs und MA aus Abt. 3</p> <p>! Viele Anfragen zu steigenden Fallzahlen, Verweis auf Webseite</p> <p><b>Bundeswehr</b></p> <p>! Nichts zu berichten</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p><b>BMG</b></p> <p>! Außer GMK Beschluss nichts zu berichten</p> <p>! BMG Interesse an Infektionen im Flugverkehr</p> <p>○ Bisher keine Erkenntnisse hierzu</p>	<p>Irina Czogiel FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzte Woche Anfragen an RKI, da Scheuer hat sich auf RKI bezogen hat bezüglich fehlender Sinnhaftigkeit von Abstandshaltung in Flugzeugen, dies ist falsch</li> <li>○ Die internationale KoNa wurde Mitte April eingestellt, weil es so wenig Reiseverkehr gab, aber auch, weil keine Übertragungen im Flugzeug dokumentiert wurden</li> <li>○ Dies hat sich geändert: noch keine detaillierte Auswertung aber 2-3 Berichte zu Einzelfällen (Israel, Frankreich)</li> <li>○ Mitte Juni wurde die KoNa wieder aufgenommen</li> <li>○ Komplex da Differenz der Expositionsrisiken in In- und Ausland sowie auf dem Flug</li> <li>○ RKI Studie zur Auswertung inklusive Nachermittlung hierzu ist geplant, konnte trotz Bereitschaft wegen fehlender Datenschutz-Zustimmung noch nicht angefangen werden</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>GMK Beschluss</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Testung von Reisenden aus Risikogebieten ist beschlossen und ist ohne Rücksprache erfolgt/widerspricht der RKI-Empfehlung</li> <li>! Spahn wird heute diesbezügliche Anordnung erlassen</li> <li>! ÖGD/GÄ und Landesebene denken, RKI wird konsultiert, dies ist bei vielen politischen Entscheidungen jedoch nicht der Fall</li> <li>! RKI muss diese Entscheidungen operativ umsetzen, z.B. auch bei Risikogebieten, dies wird missverstanden als ob RKI diese benennen/ausweisen würde, was nicht der Fall ist</li> <li>! Soll RKI sich positionieren? Wie steht RKI zu Freitestung? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ggf. Aussage Risikoreduktion durch 1-malige Testung aber keine 100%-ige Sicherheit gibt, da lediglich ein paar Fälle herausgefischt werden</li> <li>○ Keinesfalls sollen Vorsichtsmaßnahmen fallen gelassen werden, weitere Einhaltung der AHA-Regeln</li> <li>○ Zunächst konzentrieren auf fachliche Aspekte, NPV, welche Sicherheit können die Testungen tatsächlich geben</li> </ul> </li> <li>! Zweittestung Rückkehrer aus Risikogebieten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ullmann (FDP) sprach heute Morgen im Radio von 2. Testung, da eine nicht als genügend angesehen wird</li> <li>○ GMK Beschluss sieht auch zweimalige Testung vor, 2. Test soll „wenn immer möglich“ gemacht werden</li> <li>○ Einordnung der Bedeutung: was heißt dies für die Zwischenzeit bis 2. Testergebnis vorliegt, mindestens konsequente Kontaktreduzierung und AHA-Regeln, Empfehlung für Allgemeinbevölkerung,</li> </ul> </li> </ul>	FG32/alle





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>stellt den Nutzen ggf. in Frage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn eine Quarantäne 4 Tage früher aufhört, hat dies bereits einen ökonomischen Impact bzw. Wert</li> <li>○ Parallel sagen die Kinderärzte, dass symptomatische Kinder aus Kapazitätsgründen nicht getestet werden können, aber jede/r der/die aus einem Risikogebiet kommt, erhält zwei Testungen</li> <li>○ Pädiatrische Fachgesellschaft ist nicht einstimmig, es gibt zusehends mehr Widersprüche, deswegen bleibt Testung symptomatischer Personen immer die Priorität</li> </ul> <p>! AG Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FF ist ans BMG übergegangen, BMG lädt ein und definiert Themen</li> <li>○ BMG führt auch Protokoll, RKI hat dies abgelehnt</li> <li>○ RKI hat am 07.07.2020 Bericht eingereicht, der auch auf der Webseite ist (unter nationaler Teststrategie bei Diagnostik)</li> <li>○ Darin wurden Prioritäten nicht nummeriert sondern als a, b, c aufgeführt damit sie leichter auseinanderzuhalten sind</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Entwurf zur Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti (vulnerablen Personengruppen) ist fertig und wird Mittwoch oder Freitag im Krisenstab präsentiert</p>	FG32
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 386 Proben getestet, 50 (12,9%) positiv</li> <li>○ 2. Woche in Folge in der es ruhig ist (was Probenanzahl angeht), Zeit wird genutzt um die Kapazitäten zu erhöhen</li> <li>○ Studienproben sollen ab September eingehen</li> <li>○ Positivraten bei ZBS1 Proben sind hoch, was ist zur Testpopulation bekannt?</li> <li>○ Es sind vor allem Proben von Personen die in begründeter Quarantäne sind, Abstriche werden durch GÄ im Rahmen des KP Management genommen</li> </ul> <p>! Freitag findet ein ECDC Webinar zur Testung asymptomatischer Personen statt, AL1 wird dort berichten, Feedback von angeschriebenen Kollegen ist bis Mittwoch</p>	ZBS1  AL1  FG17

	<p>erwünscht</p> <p>! FG17: nicht neues, weiter hohe Nachweisraten von Rhinoviren, Proben sind auf alle anderen Erreger negativ</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung</b></p> <p>! Heute um 15:00 Vorstellung der Daten aus der Studie, Einwahldaten bei Christian Herzog verfügbar, dies wird mögliche Konsequenzen für den ÖGD haben, interessierte bitte melden</p> <p>! VPräs, AL1 sind auch interessiert</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Wurde bereits letzte Woche ausführlich von Walter Haas vorgestellt, die Studie selbst ist im Foliensatz erklärt</p> <p>! Aktuell ist der 3. Monatsbericht (mit Daten aus GrippeWeb, ARE und Meldedaten) in Vorbereitung</p> <p>! Anteil nach Altersgruppen: in letzten 2 Wochen stieg der Anteil der 11-14-jährigen, möglicherweise durch außerschulische Kontakte, verschiedene Altersgruppen müssen differenziert betrachtet werden da Jugendliche ggf. eher außerhalb der Schule exponiert sind</p> <p>! Ausbrüche in Einrichtungen für Kinder: 31 Ausbrüche (mit mindestens 2 Fällen) wurden angelegt, Altersgruppen häufig &gt;14 Jahre, auch Betreuende sind oft betroffen</p> <p>! In BY gibt es einen Kita-Ausbruch, ansonsten nichts neues</p> <p>! Schulausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In letzten zwei Wochen nichts hinzugekommen</li> <li>○ Wird interessant, wenn die Schulferien enden</li> <li>○ Logistisch sollten noch Anpassungen vorgenommen werden um möglichst wenig Risiko zu haben</li> <li>○ Kinder infizieren sicher eher an Jugendlichen und Erwachsenen</li> </ul>	FG36
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Wegen GMK Beschluss oben unter Strategie erwähnt</p>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Neue Betriebszeiten am Wochenende (bereits Fr angekündigt)</p> <p>! Diesen Freitag 200. Betriebstag</p>	FG32



VS - NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Heute 15:00: Vorstellen 1. Ergebnisse der COVRIIN Studie zur Patientenversorgung ! Morgen 10:00: RKI-Pressesbriefing	IBBS
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	29.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17FG 32
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Iris Andernach



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Ca. 16,5 Mio. Fälle und ca. 653.000 Verstorbene (3,97%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unverändert, Brasilien und Indien wechseln beim 2. Und 3. Platz ab</li> <li>○ Trends insgesamt ähnlich, in USA absteigender Trend</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenig Veränderung</li> <li>○ Südamerika nach wie vor stark betroffen</li> <li>○ Inzidenz in Südafrika nimmt ab</li> </ul> </li> <li>! Belgien <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der Fallzahlen seit Juli, 7T-Inzidenz: 15 neue Fälle/100.000 Ew.</li> <li>○ Altersverteilung: Verlagerung zu jüngeren Menschen</li> <li>○ Seit Anfang Mai Lockerungen nach dem Motto: Freiheit ist Regel, Verbote sind Ausnahmen</li> <li>○ Maßnahmenverschärfung ab heute: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einteilung in Kontaktblasen (wie viele Kontakte hat eine Person): Reduzierung pro Haushalt auf 5 Personen in den nächsten 4 Wochen</li> <li>▪ Treffen von max. 10 Personen</li> <li>▪ Veranstaltungen: max. 100 Personen in Räumen, 200 im Freien</li> <li>▪ Telearbeit empfohlen, möglichst max. 30 min zum Einkaufen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Spanien <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der Fallzahlen seit Anfang Juli</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.)</li> <li>○ Cluster vor allem in den Hauptstädten der 3 Regionen, Ausgang von Obst- und Gemüsesaisonarbeiter sowie Zusammenhang mit Nachtclubs, Gastronomie und Familienzusammenkünften</li> <li>○ Verschärfung der Maßnahmen lokal bis zum Lockdown von Städten</li> <li>○ Testung funktioniert jetzt viel besser, es werden mehr pos. Fälle gefunden, Anteil Asymptomatischer ist sehr hoch; Entwicklung ist stark von jüngeren Menschen getrieben</li> <li>○ KoNa ist noch relativ lückenhaft.</li> <li>○ Spanische Regionen im EU-Vergleich: Luxemburg und Aragon sehr hohes Risiko; Katalonien und Navarra hohes Risiko</li> <li>○ Region Aragon: ein deutlicher Zusammenhang von Meldungen pro Tag und neuen Krankenhauseinweisungen ist sichtbar.</li> </ul> <p>! Anregungen für Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gezielt auf Risikosituationen hinweisen: Von welchem Verhalten geht ein besonderes Risiko aus.</li> <li>○ Korrelation der Fallzahl und der Zunahme von Krankenhauseinweisungen zeigt Sinnhaftigkeit der Teststrategie. Dieser unmittelbare Zusammenhang ist für Kommunikation sehr wichtig.</li> </ul> <p>! Bisher Risikobewertung auf Länderebene, es sollte geprüft werden, ob dies für Spanien auf regionaler Ebene sinnvoll wäre.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Differenz zum Vortag bei 3 BL (BW, BY, NW) wieder im 3stelligen Bereich</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergleich KW29/KW30 pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ überall Zunahme der Inzidenz außer in BE, RP, SH TH</li> </ul> </li> <li>○ Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ R-Wert über 1, leichter Anstieg</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sieht im Moment weiter nach einer Trendumkehr aus, Anstieg ist durch viele BL getragen</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK mit Inzidenz &gt;100: Dingolfing-Landau (189)</li> <li>▪ LK mit Inzidenz &gt;25: Hof (36), Weimar (26)</li> <li>▪ 96 LK: keine Fälle übermittelt</li> </ul> </li> <li>○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK Dingolfing: keine neuen Informationen seit Montag</li> <li>▪ SK Hamburg: Flüchtlingsunterkunft betroffen, viele Reiserückkehrer pos. getestet (Warum relativ viele Reiserückkehrer? im Moment keine genaueren Informationen hierzu)</li> <li>▪ LK Ostalbkreis: Trauerfeier (Grund für viele Ansteckungen? Umarmungen?)</li> <li>▪ LK Weimar: Familienfeier</li> <li>▪ LK Hof: Großfamilie</li> </ul> </li> <li>○ Altersverteilung nach Meldewoche ist stabil.</li> <li>○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tätigkeiten: häufig „unbekannt“</li> <li>▪ im Moment keine Lebensmittelbetriebe betroffen</li> </ul> </li> <li>○ Fälle nach Expositionsort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Internationale Exposition nimmt wieder zu, betrifft jedoch nicht den Großteil der Fälle.</li> </ul> </li> <li>○ Expositionsländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine großen Änderungen, am häufigsten genannt:</li> </ul> </li> </ul>	FG37
--	---	------



	<p style="text-align: center;">Deutschland, Kosovo, Serbien</p> <p>! Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kontinuierlicher Anstieg bei Kindern scheint zurückzugehen</li> </ul> </li> <li>○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - Praxisindex <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arztbesuche jetzt wieder auf normalem Niveau</li> </ul> </li> <li>○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Waren bei Klein- und Schulkindern angestiegen, im Moment wieder Rückgang</li> <li>▪ Berlin/Brandenburg: Rückgang in Zusammenhang mit Schulferien</li> <li>▪ Bayern: steigt noch weiter an, Schulferien erst seit Montag</li> <li>▪ BW: Anstieg, Schulferien beginnen nächste Woche</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI – SARI-Fälle, Anteil Fälle mit COVID-Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ leichter Anstieg der SARI-Fälle, jedoch nach wie vor sehr wenige</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI – Fälle mit COVID nach Altersgruppe: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ältere Altersgruppen deutlich stärker betroffen</li> </ul> </li> <li>○ Fazit: geringe Risikowahrnehmung in Altersgruppe der 15-25 Jährigen. Diese sollten mit altersgerechten Ideen von einer Änderung ihres Verhaltens überzeugt werden.</li> <li>○ BZgA: Überlegungen in Schulen zu informieren und Incentives zu verteilen sowie die Altersgruppe über Influencer in social media Kanälen anzusprechen.</li> </ul> <p>! Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laborbasierte Surveillance in ARS: 3 Mio. Testungen, 96.815 davon positiv getestet (2,9%)</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktueller Fallzahl Anstieg in ARS sichtbar</li> <li>○ Positivtestungen überwiegen durch „andere“ Einrichtungen wie Gesundheitsämter (genauere Differenzierung wird versucht, soweit mit Routinedaten möglich)</li> <li>○ Anzahl Testungen nach Altersgruppe: hohe Anzahl Testungen bei über 80 Jährigen, starker Anstieg bei 0-4 Jährigen in den letzten KW</li> <li>○ Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit in verschiedenen Altersgruppen, vergleichbare Inzidenz</li> <li>○ Testverzug weiter ansteigend: je mehr getestet wird, desto stärker steigt der Zeitverzug wieder</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Fragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kann zwischen symptomatischen und asymptomatischen Testungen unterschieden werden? Variable liegt so nicht vor, Annäherung wird versucht.</li> <li>▪ Kann nach Testung an Flughäfen (Reiserückkehrer) unterschieden werden? Wird versucht.</li> <li>▪ 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. -&gt; Nächste Woche Vorstellung im Krisenstab</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	

<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b>  ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>  ! Leichte Anpassung im Lagebericht gestern  ○ zur Information: versehentlich auf Webseite nicht geändert, wird angepasst</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Telefonangebot für psychische Krisen: aktuell Bedarfsanstieg bei Eltern mit schulpflichtigen Kindern. Jetzt wird auch wieder auf auf Face-to-Face Beratung verwiesen. Postkartenaktion bei Haushalten mit Kindern hat zur Erhöhung der Inanspruchnahme der Beratung geführt.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! RKI informiert WHO über Art des Infektionsgeschehens in Deutschland: zurzeit „cluster of cases“ und nicht mehr „community transmission“. Hierzu gibt es eine Presseanfrage.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es handelt sich um eine Einstufung, die die Staaten selbst vornehmen, es findet keine Differenzierung zwischen BL statt.</li> <li>○ Frage: Ab wann wird wieder auf „community transmission“ zurückgestuft. Entscheidung beruht darauf, wie viele Fälle nachvollziehbar sind und bei wie vielen Fällen die Zusatzangabe „in einem Ausbruch detektiert“ vorhanden ist. Eine deutliche Erhöhung von Fällen, die nicht aus Ausbruchsgeschehen stammen, könnte zu einer Rückstufung führen.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Die Bundeswehr wurde angefragt, um bei einer Seroprävalenzstudie von RKI mitzuhelfen und bittet um einen Ansprechpartner. Hr. Lampert ist hierzu nichts bekannt, er steht als AP aber zur Verfügung.</p> <p>! BZgA möchte hinsichtlich der Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti informiert werden, da sie hierzu auch eine Anfrage vom BMG haben.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Bestimmendes Thema bei interministerieller Krisenstabsitzung: Einreisende aus Risikogebieten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testung bei Einreise (Flug, Landweg): Einigung darauf, dass verpflichtende Testung mit stichprobenartiger Überprüfung angestrebt wird</li> </ul>	BMG-Liaison
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Textentwurf Christian Drosten: Empfehlung für den Herbst, Darstellung der Ideen und Einschätzung (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontext: Der Artikel ist vertraulich. Hr. Drosten hat zwischenzeitlich entschieden, das Papier nicht zu publizieren, da ungezielte Testung im Text als nicht sinnvoll betrachtet wird und dies dem Regierungshandeln widerspricht.</li> <li>○ 1. Welle: Virus kommt in Bevölkerung an, durch früh verfügbare Tests und frühen, kurzen Lockdown gebremst.</li> <li>○ 2. Welle: Hochkommen des Virus aus Bevölkerung heraus, Virus hat sich gleichmäßig verteilt und wird überall gleichzeitig auftreten, Testung an Flughäfen wird Wirkung verfehlen. Konsequenz: in einzelnen LK kann es zu Überlastungen kommen.</li> <li>○ Überdispersion: 10 Fälle: 9 stecken 1 Person an, 1 Person steckt 10 an -&gt; 10 Fälle stecken 19 Personen an -&gt; R=2. Aus einem Cluster starten mehrere neue Ketten.</li> <li>○ Orientierung an Japanischer Strategie: in anderen Ländern vor allem prospektive Kontaktpersonennachverfolgung, in Japan zusätzlich retrospektives Tracing der gemeinsamen Quelle, die als Cluster fungiert und für die Verbreitung wichtiger ist.</li> <li>○ Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ bei Überlastung sollten GA die Möglichkeit haben, auf Clusterbetrieb umzuschalten, d.h. Fokussierung auf Identifizierung von Clustern, nicht auf Isolierung und Nachverfolgung von Kontaktpersonen</li> <li>▪ Erstellung einer Liste mit konkreten, risikobehafteten Situation -&gt; sinnvoll</li> <li>▪ Aufrechterhaltung von geschlossenen Kohorten, v.a.</li> </ul> </li> </ul>	FG36 / Alle

	<p>in Schulen -&gt; sinnvoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Großzügige und rasche Quarantänisierung der Mitglieder von Clustern ohne vorheriges Testen -&gt; vom Einzelfall abhängig machen, gute Erfahrungen in ähnlichen Situationen</li> <li>▪ Kurzquarantäne von 5 Tagen, gefolgt von keinem Test oder Freitestung -&gt; warum so kurz, was ist bei Ansteckung von Haushaltsangehörigen?</li> <li>▪ Berücksichtigung der Infektiosität (Ct-Wert) bei Maßnahmen-Entscheidungen -&gt; sehr sinnvoll, unverhältnismäßig lange Isolierungen und andere unnötige Maßnahmen können vermieden werden</li> <li>▪ „Klavierlehrer im Einzelunterricht“ nicht verfolgen und testen, kann durch Warn-App informiert werden (widerspricht japanischer Strategie: retrospektive Testung zusätzlich zu KoNa)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wert der Nachverfolgung von Kontaktpersonen: Klavierlehrer könnte zum Auslöser eines Clusters werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass es von der App benachrichtigt wird, liegt nur bei 6%. Auch wenn der Fall erst erkannt wird, wenn er nicht mehr sehr infektiös ist, können in weiterfolgenden Generationen infektiöse Patienten erkannt werden.</li> <li>▪ Vorschlag: Fokussierung auf Identifizierung von Clustern. Retrospektive Quellensuche findet schon statt, Verbesserung der Clustererkennung auch über Gesundheitsämter hinweg.</li> </ul> </li> <li>○ Zusätzliche Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ökonomisierung der KoNa: Patienten erstellen Kontaktlisten selbst, müssten von GA eingelesen werden können (SORMAS?), Patienten könnten selbst die Kontaktpersonen kontaktieren.</li> <li>▪ Allgemeine Höherpriorisierung von Clustern</li> <li>▪ Clusteridentifikation sollte gewährleistet sein auch bei Bearbeitung durch unterschiedliche GA</li> </ul> </li> <li>○ Kontaktpersonennachverfolgung findet bereits prospektiv und retrospektiv statt mit unterschiedlicher Wertigkeit. Am Anfang wurde sehr darauf gepocht auch auf Quellensuche zu gehen. Priorisiert wird im Moment das Vermeiden von Folgefällen.</li> <li>○ Cluster (bestätigte Fälle, bei denen ein Zusammenhang</li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>festgestellt wurde) werden bereits genau angesehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Könnten den GA über Web-Seminare Grundzüge von Ausbruchsuntersuchungen vermittelt werden? GA wurden bereits in Vergangenheit regelmäßig geschult und sind im Allgemeinen sehr kompetent.</li> <li>○ Wie soll mit 2.Welle umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokussierung auf wirksamste Maßnahmen</li> <li>▪ Darstellung von Situationen, in denen es zu relevanten Übertragungen kommt</li> <li>▪ Rasche Quarantänisierung ohne Vorlage eines Testergebnisses sinnvoll</li> </ul> </li> <li>○ Verkürzte Quarantäne: eigentlich bis Inkubationszeit vorbei ist, aus Sicherheitsgründen 14 Tage. Da der Patient aber schon vor Symptomatik infektiös ist, könnte die Quarantäne verkürzt werden, am Ende müsste eine Testung stattfinden.</li> <li>○ Wie belastbar sind Erkenntnisse zum Beginn der Virusausscheidung nach Infektion?</li> <li>○ Kann die Quarantänezeit verkürzt werden, indem nicht auf Symptome gewartet, sondern eine Abschlusstestung durchgeführt wird?</li> <li>○ Falls Ressourcen so knapp sein sollten, dass keine Einzelfallverfolgung mehr möglich ist, könnten nur noch Cluster nachverfolgt werden. Also vor allem bestimmte Settings betrachtet werden. Aber woher weiß das GA ohne Kontaktpersonennachverfolgung, wo sich neue Cluster bilden?</li> <li>○ Für retrospektive Nachverfolgung spricht: die meisten Patienten werden vermutlich nur wenige Personen anstecken, stammen retrospektiv jedoch aus einem Ereignis, in dem noch mehrere Personen angesteckt wurden.</li> <li>○ Generell wird in beide Richtungen, zentrifugal und zentripetal, ermittelt. Bei Überlastung wurde kommuniziert, dass GA in Vorwärtsrichtung ermitteln sollen, möglicherweise ist dies nicht die beste Lösung, das sollte nochmal geprüft werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Überlegung, wie dieser Punkt ins Kontaktpersonenmanagement miteinbezogen werden kann, bei Unklarheiten sollte Hr. Drosten einladen werden. (FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durchgehen einer Liste mit konkreten, risikobehafteten</li> </ul>	
--	--	--

	<p>Situationen könnte den Arbeitsaufwand erleichtern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Clusterstrategie soll in Kommunikation miteingebaut werden.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Entwurf zur Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ist in Abstimmung mit AG Partizipation, wird Freitag im Krisenstab präsentiert</li> </ul> </li> <li>! 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</li> <li>! BMG (Mail von Hr. Bayer) bittet um Prüfung der Anpassung der Testkriterien und der Vorlage eines Entwurfs für ein angepasstes Flussdiagramm. Geprüft werden soll, ob die Corona Warn App (CWA) im Flussdiagramm integriert werden kann. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher war der Standpunkt, dass die Diagramme nicht vermischt werden sollen, um zu viel Komplexität zu vermeiden.</li> <li>○ Nun soll geprüft werden, ob eine getrennte Behandlung von Flussdiagramm und CWA fortgeführt wird. Das Argument ist, dass Verwirrung bei den Ärzten entsteht, wenn die CWA auf dem Flussdiagramm nicht erwähnt wird.</li> <li>○ Das Flussdiagramm ist für symptomatische Patienten, die zum Arzt gehen. Asymptomatische Konstellationen werden im Schema nicht erwähnt. Die CWA liefert nur einen ersten Hinweis, dass Kontakt zu einem bestätigten Fall besteht, der weiter geprüft werden muss.</li> <li>○ Die KBV hatte sich dagegen ausgesprochen, dass das Flussdiagramm auf symptomlose Personen ausgeweitet wird. RKI und AGI hatten diese Haltung bei vergangenen Diskussionen dazu geteilt. Der Auftrag vom BMG wurde jedoch bereits zum wiederholten Mal gestellt, d.h. die Ablehnung wurde noch nicht ausreichend begründet. Deshalb soll ein Meinungsbild und Argumentationshilfen von außen eingeholt werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Rexroth wird das Thema nochmal in der AGI ansprechen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Falls die AGI eine Anpassung befürworten sollte, würde IBBS einen neuen Vorschlag für das Schema machen und diesen mit der STAKOB besprechen. Vorher scheint eine Einbeziehung der STAKOB nicht sinnvoll.</li> <li>○ Auch aus dem Expertenbeirat Influenza könnte eine Meinung von außen eingeholt werden.</li> <li>○ Auf der Homepage gelangt man bei COVID-19-Verdacht nur</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG32/ IBBS / Alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>auf das Flussschema für Ärzte. Ein Verdacht kann durch verschiedene Faktoren entstehen. Deshalb der Vorschlag, die Dokumente, die zu einem Test führen, auf der Homepage anders zu sortieren, um langes Suchen zu vermeiden. Das Flussschema könnte exponierter sein. Im Schema könnte auf die CWA verlinkt werden.</p> <p><i>ToDo: Entwurf für Neugliederung auf Internetseite durch Pressestelle</i></p>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Am Freitag Teilnahme am ECDC Webinar</p> <p>! Anfrage von Hr. Holtherm zur Einschätzung von Antigentests (FF ZBS1): erwünscht ist eine im Haus abgestimmte Haltung zur Zuständigkeit bei Testen, da die Leistungsfähigkeit von Testen in anderen Behörden (PEI, BfArM) angesiedelt ist. Soll RKI bei Anfragen auf PEI und BfArM verweisen? Hängt davon ab, wie spezifisch die Frage ist. Bei Fragen zu neuen Tests ist das PEI zuständig.</p>	Abt.1
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! FG COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Link zur Studie wurde zirkuliert, eine deutsche Zusammenfassung soll auf die Webseite von COVRIIN gestellt werden, 1.Entwurf liegt vor</li> </ul> <p>! 2 weitere Papiere zur antiviralen Therapie wurden neu auf die Webseite gestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zeitpunkt einer antiviralen Therapie: in der frühen Infektion und frühen pulmonalen Phase sinnvoll</li> <li>○ Hyperinflammationssyndrom: selten, aber mit hoher Mortalität assoziiert</li> </ul>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Siehe aktuelle Lage</li> </ul> <p>! Veröffentlichung des Berichtes zum Einsatz in Neukölln</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verschiedene Ausbruchsberichte liegen vor, müssen nicht im Krisenstab besprochen werden</li> </ul>	FG36
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p>	



	! Nicht besprochen	
16	<b>Wichtige Termine</b> !	
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! MNS: Sollten bei genügender Marktverfügbarkeit von medizinischem Mund-Nasen-Schutz vom RKI weiterhin selbstgenähte Alltagsmasken für die Bevölkerung empfohlen werden? Im Epi Bull wird bereits bei verfügbaren Kapazitäten auf medizinischen MNS verwiesen. Die Anwendung von FFP Masken in der allgemeinen Bevölkerung wird dagegen nicht empfohlen.</p> <p>! Nationales Forschungsnetzwerk Universitätsmedizin: Hr. Schaade wurde um Teilnahme an einem übergeordneten Gremium gebeten und möchte wissen, wer im Institut bereits in einem der 13 Arbeitskreise aktiv ist</p> <p><i>ToDo: Rückmeldung an Hr. Schaade, wer am Netzwerk beteiligt ist</i></p> <p>! Aerosolbelastung: Es gibt Vorschläge von Prof. Kriegel, wie die Aerosolbelastung reduziert werden könnte: Nutzung der CO2-Ampel als Proxy für Aerosolbelastung (wenn CO2-Gehalt erhöht, vermutlich auch Aerosole erhöht, deshalb lüften), Verkürzung von Unterrichtsstunden (Nutzen der Zeit für Stoßlüftung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es sollen zunächst Textbausteine entwickelt werden, ideal wäre ein angestimmtes Papier. Ggf. müssen Externe wie UBA mit eingebunden werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Erstellung eines Papiers mit Handlungsoptionen zur Reduktion der Aerosolbelastung in Innenräumen (FF FG 14, Mitarbeit FG 36)</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 31.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	31.07.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Ute Rexroth

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Marica Grossegesse
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Basel Karo
- ! BMG

- Iris Andernach



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>Ca. 17 Mio. Fälle mit 666.857 Verstorbenen (3,92 %)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wenig Veränderung</li> <li>! Weiterhin hohe Zahlen in Indien, Brasilien und Argentinien , wobei diese im Verhältnis gesehen werden müssen</li> <li>! 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</li> <li>! Seit 6 Monaten ist die COVID-19-Lage ein Public Health Event of International Concern</li> <li>! Ab heute hat <i>Eid al-Adha</i> begonnen und weltweit wird die Situation diesbezüglich beobachtet. WHO hat eine Guideline dazu herausgebracht. Es werden größere Veranstaltungen, Familienfeiern und Zusammenkünfte erwartet</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wenig Veränderung</li> <li>! Neu: Eswatine (ehem. Swaziland) und Färöer Inseln</li> </ul> </li> <li>! Preprint: COVID-19/ Strategies to reduce the risk of SARS-CoV-2 re-introduction from international travelers (LSHTM) <ul style="list-style-type: none"> <li>! Studie untersucht Länge von Quarantänemaßnahmen bei internationalen Reisenden im Hinblick auf die Dauer und Übertragungsrisiko (Modellierung)</li> <li>! Es werden vier Szenarien für die Einreisebestimmungen im Hinblick auf Quarantäne und Testung untersucht</li> <li>! 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</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li>   <li>○ Mögliche Screening policies im Hinblick auf Risikominderung: <ul style="list-style-type: none"> <li><u>Low</u>: keine Quarantäne und Testung nach Einreise</li>   <li><u>Moderate</u>: Quarantäne für 7 Tage nach Einreise, keine/einmalige PCR-Testung am Ende der Quarantäne</li>   <li>Entlassung aus Quarantäne nach Ablauf des Zeitraum mit oder ohne einmaliger Testung</li>   <li><u>High</u>: Quarantäne nach Einreise; 1. PCR-Testung (0-2 Tage), 2. Testung (2,4, 6 Tage) nach 1. Testung, Entlassung aus Quarantäne nach zwei neg. Testergebnissen oder 14 Tage nach ersten pos. Testergebnis.</li>   <li><u>Maximum</u>: 14 Tage Quarantäne nach Einreise, keine/einmalige Testung am Ende der Quarantäne, Entlassung nach 14 Tagen mit/ohne neg. Test nach Ablauf der Quarantänezeit.</li> </ul> </li>   <li>○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li>   <li>Test bei Ankunft: -&gt; Reduzierung um 50%</li>   <li>Quarantäne für 6 Tage, PCR-Test am Tag 5 <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; 88% Reduzierung des Übertragungspotenzials</li> </ul> </li>   <li>Quarantäne für 8 Tage, PCR-Test an Tag 7 <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; 94% Reduzierung des Übertragungspotenzials</li> </ul> </li>   <li>Mit obligatorischer 14d-Quarantäne: 0-1 aus EU und USA <ul style="list-style-type: none"> <li>-&gt; Reduzierung um 99%</li> </ul> </li>   <li>Eintragungspotential abhängig vom Geschehen im Zielland (hohe Inzidenz in beiden Länder ergäbe wenig Unterschied)</li>   <li>Längere Quarantänezeiten sorgen dafür, dass das Infektionszeitfenster abgedeckt wird und weniger Eintrag in die Community geschieht</li> </ul> </li> </ul>	<p style="text-align: center;">ABT1/alle</p> <p style="text-align: center;">Präs</p>
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Zweite Testrunde hat eher marginale Auswirkung; Testung vor dem Flug hat ebenfalls einen geringen Vorteil, am wirksamsten nur einen Tag vor Abflug</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Ergebnisse sind wichtig/spannend im Hinblick auf die Ergänzung der Testungsstrategie, die mit dem Krisenstab geteilt wurde. Dort wird auf diese Zusammenhänge hingewiesen. Es ist wichtig zu klären welches Niveau der Reduktion angestrebt/akzeptiert wird mit Berücksichtigung von Kosten und Nutzen. Derzeit ist diese Diskussion immer noch durch die Erfahrungen der Reiserückkehrer aus Italien geprägt, jedoch ist das nicht mehr anwendbar.</li> <li>○ Modellierungen haben das Problem, dass man die Berechnungen schwer an Schwankungen auf Grund von individuellem Verhalten anpassen kann und die Maßnahmen in Bezug zu den Hotspots im Inland setzen kann.</li> <li>○ Hier vermischen sich zwei Ziele: Eintrag aus den Hochprävalenz Ländern und die Quarantänezeit für Einreisende zu reduzieren.</li> <li>○ Die Testung an Tag 5 erscheint vernünftig, kann die Situation entzerren und Quarantänezeit auf 7 Tage reduzieren. Gäbe es genügend Evidenz. 5 Tage bieten einen ausreichend Zeitraum für Symptomentwicklung bei tatsächlicher Erkrankung.</li> </ul> <p>○ Testlogistik (am Flughafen)</p> <p>Herr Wieler hat mit Hr. Distany von Ecoloc telefoniert. Die Firma bietet Testlogistik an und gestaltet diese so effizient wie möglich. Es besteht ein Vertrag mit Bayern, es wurden schon Testungen in Luxemburg durchgeführt. Er berichtet bis zu 200 Tests mit Ergebnismitteilung an gleichen Tag durchführen zu können.</p> <p>Logistik ist eine entscheidende Frage und sollte eine Rolle im Testpapier spielen.</p> <p>• Aussteigekarten, Teststrassen und anderen Sorgen der Gesundheitsämter mit zuständigkeit für Flughäfen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Rahmen der TK mit AG IGV-benannter Flughäfen, BMVI, BMG wurde die Umsetzung der Einreisebestimmungen mit Aussteigekarten/Testung diskutiert und es wurde der Unmut/Fassungslosigkeit über diese sowie die Umsetzung bis</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG32</p>
--	---	-------------------------

Mittwoch, nun Montag, seitens der BL geäußert.

Die Amtshilfe durch die Bundespolizei wurde schriftlich abgelehnt und der ÖGD steht allein da. Es gibt in den BL unterschiedliche Regelungen und die Airlines werden darüber vorab informiert.

Es ist weiterhin unklar wer die Testungen durchführt und wer die Aussteigekarten sortiert und verteilt. Aktuell enthalten die Aussteigekarten nicht alle Informationen und müssen in unterschiedlichen Sprachen angepasst werden.

Man müsste 800 Testungen pro Stunde durchführen. ÖGD arbeitet 24/7 mit Messebauern und Unternehmern zusammen an der Umsetzung und fühlt sich von der Politik und GMK allein gelassen.

### **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
- ! Aktuelle Ausbrüche
  - Dithmarschen: Rückkehrer aus

VPräs/alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Balkan/Skandinavien/Familien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solingen: zahlreiche Faktoren</li> <li>○ Ludwigslust: Fälle im Arbeitsamt, dieses geschlossen</li> <li>○ LK Dingolfing: Testungen von viele Bürger und weiterhin im Gurkenbetrieb</li> <li>○ Ausbrüche in SK Hamburg, LK Ostalbkreis, LK Weimar, LK Hof</li> <li>○ LK Rhein-Neckar-Kreis: Ausbruch innerhalb einer rumänischen Glaubensgemeinschaft, eher BL übergreifend und wurde über EpiLag Verteiler geteilt. Pfingstgemeinde scheint in sich sehr heterogen zu sein und hier handelt es sich eher um Freikirchen. Es wird angestrebt eine AG zu diesem Thema in Abt3 zu bilden.</li> </ul> <p>! Ausbrüche nach Setting</p> <p>Es werden Angaben zu Arbeitsplatz, Betreuung, Teil eines Ausbruch gesammelt, jedoch keine detaillierten Informationen zum Infektionssetting.</p> <p>In Ausbrüchen ist das Setting oft bekannt wobei die Definition eines Ausbruchs recht willkürlich ist. Jedes GA entscheidet fallbasiert, ob ein Ausbruch oder Unterausbruch angelegt wird. Es gibt GA, die würden für jeden Ausbruch innerhalb einer Pfingstgemeinde einen Ausbruch anlegen und andere würden das wiederum zu einem großen Ausbruch zusammenfassen.</p> <p>Die Anzahl der Ausbrüche und Anzahl der Fälle, Zahl der Ausbrüche insgesamt und Anzahl der Fälle werden erfasst.</p> <p>Grobe Zuordnung möglich und Großteil sind im Haushalt, Alten und Pflegeheime und Arbeitsplatz. Das Setting lässt sich nicht 100%ig unterscheiden und Kirchengemeinden kommen nicht vor. Es wurden einmal Fähre und vier Mal Flug genannt.</p> <p>Ausbrüche werden auch mit einem 1Fall und dessen KP angelegt zum contact managment.</p> <p>! Häufigste Expositionsländer im Ausland aus den Meldewochen 27 bis 30</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 10-20% aller Meldung mit Exposition im Ausland</li> <li>○ Balken führend, keine großen Änderung</li> </ul> <p>! Anzahl Labortestungen</p>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positivenrate ist leicht gestiegen (0,8%) obwohl mehr Testungen durchgeführt werden</li> <li>○ Kapazitäten sind gestiegen und viele Labore melden</li> </ul> <p>! Mortalitätssurveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlen hängen nach und für Dt. wird eine geringe Mortalität berichtet im Vergleich zum Ausland.</li> <li>○ EuroMOMO-Daten</li> <li>○ Es sind nicht die Länder, dennoch sind die Todeszahlen nach Altersgruppe in der Gruppe 15-44 Jahren deutlich erhöht</li> </ul> <p>Es wäre wünschenswert einige Infos, die intern berichtet werden, im Lagebericht darzustellen um Vorwürfen begegnen zu können. Diese Informationen haben zahlreiche Limitationen und brauchen viel Kontext. Daraus könnten Nachfragen auf BL-Ebene resultieren. Das Meldewesen ist ein Erfassungsinstrument für v.a. Ausbruchsresponse und nimmt daher eine lokale Heterogenität in Kauf. Das mangelnde Verständnis des Meldewesens führt immer wieder zu Irritationen in der Presse.</p> <p>Die geplante Fall-Kontrollstudie zu Infektionswegen könnte weitere wichtige Infos liefern. Priorisierung hausintern?</p> <p><i>TODO:</i></p> <p><i>FG32/Präs: Bilaterale Diskussion zwischen FG32 und Präs zu möglichen Zusatzinfos im Lagebericht</i></p> <p><i>Presse: Vorbereitung Hintergrundgespräch mit Presse um das Meldewesen verständlicher zu machen.</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Namibia Unterstützung zur Implementierung von GoData wird gerade geplant. Es gab bereits eine Introduction für die namibischen Kollegen. Aktuell fehlt die offizielle Einladung des MOH</p> <p>! Pakistan A. Jansen und B. Karo hatten ein Gespräch mit dem pakistanischen Botschafter. Pakistan wünscht sich Unterstützung in vielen Gebieten (Labor, Epi, Contact Tracing, etc). Die Möglichkeiten der Unterstützung wurden erklärt. Aktuell wird an einer Concept Note/offizieller Einladung an die Leitung des RKIs gearbeitet um dann das Anliegen RKI-intern prüfen zu können.</p> <p>! Israel</p>	<p>ZIG1</p> <p>Präs/IBBS</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Schalte Israel wurde letzte Woche <u>von ISR abgesagt. ISR hat sich entschuldigt und meldet sich bzgl. eines neuen Termins</u></p> <p>Neuer Termin <u>mit Leitungsebene</u> konnte noch nicht ausgemacht werden., <u>da niemand auf der Leitungsebene des RKIs verfügbar ist, daher soll ein</u> Treffen auf Arbeitsebene <u>kann</u> ohne Leitung RKI ausgemacht werden.</p> <p>Ergebnisse zum Faceshield-Test sind bereits an Hr. Wieler gegangen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Gestern Irritationen auf Grund von Unterschieden zwischen Lagebericht und Homepage, das wurde angepasst und ist jetzt identisch</p>	FG 32
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht anwesend</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Dashboard leider geht immer noch nicht</p> <p>! Fallzahlen auf Homepage sind aktuell mit Hinweis auf Probleme mit dem Dashboard</p> <p>! Empfehlungen der STIKO zu COVID19 Pandemie sind veröffentlicht. Influenzaimpfempfehlung für Risikogruppen sind hervorgehoben.</p> <p><i>TODO: Presse: Stellungnahme zum ZEIT-Artikel wird aktuell vorbereitet</i></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Risikogebiete:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Differenzierung der Risikogebiete auf subnationale Ebene für Spanien bereits geschehen und eingestellt</li> <li>○ BMG wünscht weiterhin die 7 Tage Inzidenzen auf regionaler Ebene für EU zu erhalten. Sollten diese nicht verfügbar sein, sollte das klar an das BMG vom LZ/INIG kommuniziert werden. Kommunikation dazu besteht bereits.</li> <li>○ Diese Daten zu beschaffen ist sehr aufwendig und muss einzelnen in den Ländern eingeholt/herausgesucht werden. ECDC berichtet aktuell 14-Tage-Inzidenz, sucht sich die Daten</li> </ul>	BMG-Liaison

	<p>auch einzeln zusammen (nicht aus Tessy, für Dt greift ECDC auf das Dashboard zu) und teilt die Rohdaten dazu nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO EURO hat eine Karte nach Regionen mit 7-Tage-Inzidenz, Zahlen werden dort angefragt. BKK-Daten bieten eine Möglichkeit, diese muss noch diskutiert werden.</li> </ul> <p><i>TODO: ZIG 1/ B. Karo fragt WHO Euro nach den Rohdaten; Rückmeldung BMG bzgl. der Möglichkeit Daten zu 7-Tage-Inzidenzen zu bekommen</i></p> <p>! Pakt für den ÖGD:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inhaltlich noch nicht entschieden. Koalitionsausschuss vom Juni hat die Aufgabe an GMK vergeben und bis Ende August wird Entwurf stehen. Zunächst gibt es Abstimmungsgespräche auf Ministerebene und dann geht es an Bund und Länder. Es besteht ein großes Interesse in den Ländern, daher ist eine Beschlussform zeitnah zu erwarten. RKI soll eingebunden werden.</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>Entwurf einer Ergänzung unserer "Hinweise zur Testung auf SARS-CoV-2" sowie (interne) Hintergrundinformationen/ Testungen im Zusammenhang mit einem erhöhten Expositionsrisiko</b></p> <p>Entwurf ist fertig und es wird Feedback zu Verständlichkeit und weiteren relevanten Faktoren seitens ABT1 erbeten.</p> <p>Reisende als ein Beispiel wie eine erhöhte Exposition niederschlagen kann und Darstellung der beeinflussenden Faktoren erfolgt in dem Papier. Es ist eine Herausforderung die Ergebnisse der Modellierung in einer Sprache, mit der man eine Einschätzung bekommt welcher Grad der Infektionsprävention erzielbar ist, darzustellen.</p> <p>Zusammenfassung: Als Alternative zur einmaligen Testung mit den ganzen logistischen Problemen steht eine alternative zeitversetzte Testung oder zweimalige Testung; wie in dem Papier der Staatskanzleien ist die Restrisikoreduktion am größten nach 14 Tagen Quarantäne.</p> <p>Die Zielgruppe ist neben Ärzten und Betroffenen auch der ÖGD. Die Ergebnisse der Modellierung sind schwer verständlich zu</p>	ABT1/alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>formulieren, sollten jedoch aufgenommen werden. Rechenbeispiel wird rausgenommen um keinen falschen Eindruck zu erwecken. Je praktischer die Zusammenhänge dargestellt werden, desto besser.</p> <p>Eine ähnliche Anfrage gab es von Public Health England (PHE). PHE hat die Quarantäne in die Modellierung miteinbezogen. Kontakt kann durch C. Herzog/IBBS hergestellt werden.</p> <p><i>TODO: Hr. v. Kleist soll eine Erläuterung der Berechnungen und Modellierung(en) in einem separaten Paper erarbeiten. Hier wären mehr epidemiologische Überlegungen und weniger Testparameter wichtig.</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <del>ABAS: Vorschlag wird erarbeitet und geteilt</del></li> <li>○ <u>Arbeitsschutzstandard des BMAS ist im RKI in Abstimmung</u></li> <li>○ <u>Arbeit an der TRBA für respiratorische Viren mit pandemischen Potential mit fortlaufenden Telefonkonferenzen</u></li> <li>○ Gespräche zu Arbeitsschutz an Ankünften am Flughafen und Laboren finden statt. <u>Hausinterne Abstimmung von Julia Sasse, IBBS mit Claudia Kohl, ZBS 1 (im UA3) und Daniele Daniela Jakob, ZBS 2 (Hauptausschuss ABAS) nehmen daran teil hat stattgefunden</u></li> <li>○ AG Wiederaufbereitung von FFP-Masken <u>ist aktuell noch ergebnisoffen, Bericht das nächste Mal erarbeitet Projektplan: ergebnisoffen.</u></li> </ul>	IBBS
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	ZBS1

	<p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 129/ 218 Proben pos. auf Rhinoviren; kein Nachweis weiterer Erreger</li> </ul>	FG17
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen Vorgezogen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Dashboard</p> <p>FG31 arbeitet an einer Lösung. In der Nacht hat der Server nicht funktioniert und die Dateien konnten nicht erstellt und an ESRI versandt werden. Nachdem dieses Problem gelöst wurde, gab es Probleme bei ESRI</p> <p>Auf Grund von Urlaubszeiten gibt es nicht genügend Personal mit Admin-Rechten</p> <p>Der Server schien nicht das Problem zu sein, es wird die tatsächliche Ursache aktuell noch gesucht. Es ist nicht EMOTET.</p> <p>! Im SurvNet-Update werden Infektionssettings besser erhoben</p> <p>! 200 Tage LZ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das LZ war noch nie so lange operativ und es ist kein Ende in Sicht</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Somit ist das nur ein Einblick ins LZ: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über 2600 Schichten (ca. 7-stündig)</li> <li>○ Abteilungen: 75% der Schichten durch Abt. 3, 13 % durch ZIG abgedeckt</li> <li>○ Über 134 MA haben jemals mitgearbeitet, Abt 3 führen &gt; 90MA. Die Mitarbeit bietet Gelegenheit zu lernen und über die eigenen Arbeitsthemen hinaus blicken zu können.</li> <li>○ Über 40% der Abt 3 waren jemals mal im LZ.</li> <li>○ Insgesamt mehr Frauen; OR doppelt so hoch für Frauen</li> <li>○ Anzahl der Aufgaben hat über die Zeit nicht nachgelassen und kleinere Aufgaben werden nicht erfasst/als Aufgabe nicht angelegt</li> <li>○ Bearbeitungsdauer ist gut (9 Aufgaben pro Tag); 83% abgeschlossen, einige sind Daueraufgaben</li> <li>○ Top10 der Aufgaben: Erlasse (350) häufigste Kategorie, nicht alle Erlasse als Erlasse hier erfasst</li> <li>○ Ärztehotline nicht im LZ: Abt1 und 2 und Projektgruppen (25 Ärzt. MA) arbeiten hier viel mit.</li> </ul> </li> </ul>	FG32/Präs



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Aufgabe ist die Beantwortung von fachlichen Fragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt sollten MA sensibilisiert werden, dass die Situation eher länger dauert. Einbeziehen von MA aus anderen Einrichtungen wäre vielleicht eine Option zur Unterstützung.</li> <li>○ IQTIQ hat ehemalige MA ans RKI abgeordnet. Bundeswehr MA ist für die ÖGD-Kontaktstelle da. Da er noch viele andere Termine/Verpflichtungen hat ist die Mitarbeit noch nicht ganz gut umsetzbar.</li> <li>○ Ein Teil der Infos werden in den RKI News publiziert</li> <li>○ Ideen zu Rekrutierung von neuen MA gern an U. Rexroth. Hr. Wieler unterstützt</li> </ul> <p><i>TODO: Infos könnten ins Portal/Intranet eingestellt werden</i></p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Von Aussteigekarten, Teststrassen und anderen Sorgen der Gesundheitsämter mit zuständigkeit für Flughäfen</p> <p>Oben besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nächste Woche geht die KITA-Studienplattform online. Diese wird zunächst intern befüllt und geht dann Deutschland- und Europaweit online</p> <p>!</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 03.08.2020 13 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	03.08.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1

- Marcia Grossegesse
- ! ZIG1
  - Andreas Jansen
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Christophe Beyer





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Ca. 17,8 Mio. Fälle und ca. 685.000 Verstorbene (3,84%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auf 10. Position Philippinen und nicht mehr Bangladesch</li> <li>○ Trends ähnlich, Brasilien scheint stabiler zu werden</li> </ul> <p>! Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner &gt; 50 Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Äquatorialguinea dazugekommen</li> <li>○ Südamerika weiterhin Hotspot</li> </ul> <p>! Afrika – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Elfenbeinküste nicht mehr dabei; neu hinzugekommen Malawi; 5 Länder für 75% der kumulativen Fallzahlen verantwortlich</li> <li>○ Epidemie nicht mehr nur auf Großstädte beschränkt (WHO Afrika)</li> <li>○ Äthiopien: nationalweite Testung geplant</li> </ul> <p>! Nord- und Südamerika – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neu ist Paraguay mit exponentiellem Anstieg</li> <li>○ &gt; 50% aller Fälle weltweit</li> <li>○ USA Stabilisierung der Fallzahlen, Rekordwerte bei Todesfallzahlen</li> <li>○ Mexiko auf Platz 3 der kumulativen Todesfälle weltweit, starke Untererfassung der Fallzahlen</li> </ul> <p>! Asien – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afghanistan nicht mehr dabei</li> <li>○ Indien verzeichnet nach wie vor Tagesrekorde, Testkapazitäten wurden aufgestockt</li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen in Japan gehen nach oben, nicht mehr nur auf Tokio beschränkt</li> <li>○ Auf Philippinen steigen Fallzahlen rasant nach Lockerungen im Juni.</li> </ul> <p>! Europa – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Albanien neu hinzugekommen, Luxemburg, Montenegro nicht mehr dabei</li> <li>○ Belgien: vor allem auf Region Antwerpen zurückzuführen</li> <li>○ abnehmender Trend in Russland</li> <li>○ Stabilisierung in Spanien</li> <li>○ Vereinigtes Königreich: Angst vor 2.Welle sehr groß, Wiedereinführung von Maßnahmen</li> </ul> <p>! Ozeanien – Aktuelle Lage, &gt; 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Australien unverändert steigender Trend; Sperrzeiten Nachts eingeführt, mit Ausnahmezustand; Sorge, dass sich Ausbruch in Pflege- und Altersheime ausbreitet</li> </ul> <p>! Gibt es Hintergrundinformationen zu Rumänien? Update ist in den nächsten Tagen geplant</p> <p>! Warum sinkt der Anteil der Verstorbenen? Im Moment starker Anstieg der Fälle, Todesfälle werden immer erst zeitverzögert sichtbar.</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Durch eine Fehl-Stornierung des LK Ennepe-Ruhr sind gestern 145 Fälle nicht in die Fallzahl eingegangen, die vorher aber vorlagen. Heute sind sie wieder dazugerechnet. Die heutige Anzahl der Neuinfektionen beträgt ohne diesen Faktor 364 Erkrankungsfälle und 1 Todesfall.</li> <li>○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fälle aus BW und Sachsen noch nicht in Statistik, da keine Übermittlung am Wochenende</li> </ul> </li> <li>○ Nowcasting</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG35/ FG36</p>
--	---	-------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ leichter Rückgang beim R-Wert</li> <li>▪ relativ stabil über 1</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in vielen BL Wiederanstieg</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &gt; 50: LK Dingolfing-Landau</li> <li>▪ &gt; 25: SK Offenbach, LK Dithmarschen, LK Kleve</li> <li>▪ 78 LK haben keine Fälle übermittelt (Anzahl LK ohne Fälle geht zurück)</li> </ul> </li> <li>○ Landkreise mit höchsten Fallzahlen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die meisten Fälle in Essen, Düsseldorf, Hamburg Duisburg, München</li> </ul> </li> <li>○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK Dithmarschen: heterogen, Reiserückkehrer aus verschiedenen Gebieten; strengere Kontaktbeschränkungen wieder eingeführt</li> <li>▪ LK Kleve: Hochzeitsfeier, viele Personen in Quarantäne</li> <li>▪ SK Herne: keine Verschärfung der Maßnahmen</li> <li>▪ LK Dingolfing-Landau: Gemüsehof, umfangreiche Testungen</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche nach Setting <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwierigkeit: Ausbrüche werden in den GA sehr kleinteilig verzeichnet</li> <li>▪ viele Ausbrüche in privaten HH und Pflegeheimen</li> </ul> </li> </ul> <p>! Rolle von Gottesdiensten in der Pandemie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gottesdienste spielen in der Pandemie auch international eine Rolle: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ großer Ausbruch in Ostfrankreich: großes Treffen einer Pfingstgemeinde mit Teilnehmern aus vielen verschiedenen Gegenden Frankreichs</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kirchen(-assoziierte) Ausbrüche in USA</li> <li>▪ Ausbrüche in Deutschland: in evangelischen Freikirchen und Pfingstgemeinden in Bremerhaven, Neukölln, Stuttgart, Sinsheim, Gütersloh,...</li> <li>○ Begünstigung von Übertragungen in Kirchen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht-Einhaltung von AHA-Regeln; Gesang; Priester mit vielen Kontakten als Indexfall; große Teilnehmerzahl, gewollte Nähe; lange Gottesdienste und häufige andere kirchliche Events; Räume mit geringem Luftvolumen</li> </ul> </li> <li>○ Begünstigung überregionaler Ausbreitung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seltenheit der spezifischen Gemeinschaft in der Fläche, was zu weiten Reisen der Teilnehmer und Priester führt; missionierende Tätigkeiten; große Haushalte (Sekundärübertragung)</li> </ul> </li> <li>○ Begünstigung später Ausbruchsentdeckung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ eher Abschottung der Gemeindemitglieder von Allgemeinbevölkerung (sprachlich und/oder religiös motiviert)</li> </ul> </li> <li>○ Pfingstkirchen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine staatlichen Kirchen, viel Gesang, lange Gottesdienste, Hauskreise spielen eine Rolle, zunehmende Verbreitung vor allem in ehem. „Entwicklungsländern“ -&gt; langes Zusammensein in engen Räumen</li> </ul> </li> <li>○ BZgA warnt vor einer Generalisierung. Es sollten die Gewohnheiten analysiert werden, die zur Verbreitung führen und daraus Risikofaktoren abstrahiert werden. Diese Botschaft sollte an die Allgemeinbevölkerung gebracht werden.</li> <li>○ Lässt sich eine Zahl Personen pro Fläche ermitteln, die das Risiko stark erhöht (Gruppengröße, Fläche, Zeitdauer der Kontaktexposition)? Kommt auf die Kombination der Risikofaktoren an, deshalb schwierig Schwellenwerte zu definieren.</li> <li>○ Wenn ein Ereignis ein Superspreading Event ist, sollte die Anzahl Personen nur so groß sein, dass KoNa bei Ausbrüchen noch realisierbar ist.</li> <li>○ Unterschied offizielle Treffen und private Zusammenkünfte, Risikowahrnehmung ist bei privaten Treffen viel geringer.</li> <li>○ Zusammenhänge sind komplex, wann findet Infektion statt, während des Gottesdienstes, bei Zusammenkünften</li> </ul>	FG36
--	---	------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>danach?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Telefonat mit einem Pastor vom Bund deutscher Baptisten: Glaube spielt eine Rolle („Gott schützt“). Dies muss kommunikativ anders angegangen werden als nur durch Grenzwerte in Räumen.</li> <li>○ Bisherige Untersuchungen sprechen für die Nicht-Einhaltung der AHA-Regeln als Hauptrisikofaktor. Es gibt Evidenz dafür, dass die Mehrzahl der Fälle sich durch Tröpfcheninfektion angesteckt hat.</li> <li>○ Bias, je genauer recherchiert wird, desto eher ist eine Ansteckung nicht auf Aerosole oder die Klimaanlage zurückzuführen, sondern auf Tröpfchen. Dies ist aber aufwendiger zu ermitteln. Es wäre gut zur Evidenz beizutragen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Abt. 3 soll eruieren, ob sich belegen lässt, dass bei genauerer Anamnese eher Tröpfcheninfektion in Frage kommt.</i></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unter welchen Bedingungen sind Öffnungen von Kitas und Schulen möglich? RKI Modul 3 (FG36: Auswertung von Meldedaten und der syndromischen Surveillance) und Modul 4 (Abt.2)</li> <li>○ Inzidenz und Anteil: Zahlen bei ab 6 Jährigen steigen eher an und gehen bei 0-5 Jährigen eher zurück.</li> <li>○ Betreuung in einer Einrichtung: schwierig auszuwerten</li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte: Anzahl Fälle 15 Jahre und älter ist ziemlich groß, betroffene Betreuer scheinen eine große Rolle zu spielen sowie 0-5 Jährige</li> <li>○ Ausbrüche in Schulen: deutlich mehr Lehrende betroffen; spricht dafür, dass ein Großteil eher von privaten HH in Schulen und Kitas getragen wird und nicht umgekehrt.</li> <li>○ Liegen Daten zur Positivenrate bei Kindern und Lehrern vor? Die Positivenrate ist für alle Altersgruppen sehr niedrig. Eine Differenzierung nach Berufsgruppe ist nicht möglich, weder im Meldewesen noch bei ARS. Solche Auswertungen (COVID-Diagnose nach Berufsgruppen) führt z.B. der Dachverband BBK durch.</li> <li>○ Es gibt Ausbrüche in Schulen und Kitas. Auch in Schulen sind Grundregeln einzuhalten. Es gibt keinen Anlass dafür,</li> </ul>	
--	--	--

	dass in Schulen von den AHA-Regeln abgesehen werden kann. Jedoch muss der Meinung, dass Schulen und Kinder Superspreeder sind, entgegengetreten werden. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen muss dagegen mehr Überzeugungsarbeit geleistet werden.	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Prozess der Etablierung eines Symptom-Checkers ist nahezu abgeschlossen, muss noch auf den Internetseiten integriert werden. Personen können Symptome eingeben und bekommen dann Anweisungen, wie sie sich verhalten sollen. ! Datenspende: mit Fieber assoziierte Erkrankungen scheinen erkennbar zu sein ! CWA: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hotline muss noch am RKI etabliert werden, es besteht Bereitschaft für 1-2 Wochen Bürgerfragen zu beantworten.</li> <li>○ Evaluation der App soll kostensparend verwirklicht werden. Eine Projektstruktur, die bis Mai 2021 trägt, muss erarbeitet werden.</li> <li>○ An einer Beseitigung der Mängel bei der Laboranbindung und einer besseren Einbindung der GA wird unter Hochdruck gearbeitet.</li> <li>○ SAP und Telekom haben sich mit ihren Plänen Richtung Europa gewandt. Es gibt ähnliche Systeme in Europa und von der EU Kommission gibt es den Wunsch nach einer Plattform für das gesamte europäische System.</li> </ul>	FG21
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> ! Rückmeldungen aus der Bevölkerung: Es gibt eine große Unkenntnis des Systems und große Unsicherheiten z.B. dazu, wie sich der Rest der Familie verhalten soll, wenn ein Kind getestet wurde und auf das Ergebnis wartet. ! Reiserückkehrer: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Werden nicht künstlich Hotspots generiert, wenn mehrere 100 Menschen in einer Warteschlange stehen?</li> <li>○ Wenn der Wunsch besteht, sich nach der Rückkehr aus einem Nicht-Risikogebieten testen zu lassen, ist es nicht immer einfach eine Anlaufstelle zu finden. Sollte hier nicht nochmal auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Telefon 116117) zugegangen werden.</li> </ul> ! Es wäre sehr im Sinne der für Flughäfen verantwortlichen GA, in	BZgA



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>der Fläche zu testen und nicht nur auf Flughäfen. Eine Testung sollte möglichst innerhalb von 72 h nach Ankunft stattfinden, bis dahin Quarantäne zu Hause. Am Flughafen würde dann nur Infomaterial zur Verfügung gestellt werden. Hierzu gibt es keine Einigkeit auf politischer Ebene und kein Mitziehen der KVen (regional sehr unterschiedliche Handhabung, Länderangelegenheit).</p> <p>! Diese Punkte sollen gesammelt und in der AG Diagnostik zur Sprache gebracht werden (nächste Sitzung Mitte August).</p> <p><i>ToDo: Hr. Mielke wird Mail mit Bitte um Ausnahme dieses Punktes formulieren.</i></p> <p>! Eine leichtere Zugänglichkeit von Teststellen soll parallel in der AGI thematisiert werden. Es gibt eine Linksammlung mit einer Übersicht über Möglichkeiten zur Testung.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! FAQ zur Einordnung eines negativen Testergebnisses ist geplant. In den Hinweisen zur Testung, die im Laufe des heutigen Tages publiziert werden sollen, wurde hierzu etwas formuliert. Dieses Papiers wird für die allgemeinverständliche Aufbereitung an die Presse weitergegeben.</p> <p>! Vorschlag: Die Sprachregelung vom 24.07 (Information zu gestiegenen Fallzahlen) soll von der Internetseite genommen werden. Problem: Im Situationsbericht wird auf Stellungnahme vom 24.07 verwiesen. Diese könnte von der COVID-Übersichtsseite genommen, aber im Link belassen werden. Eigentlich findet jedoch bereits eine gute Einordnung im Lagebericht statt.</p>	<p>Abt.1</p> <p>FG32</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Risikogebiete stehen immer mehr in der öffentlichen Debatte, es gibt Ideen einer täglichen Ausweisung der Risikogebiete auch auf regionaler Ebene. Die internationale Lage soll engmaschig kontrolliert werden, damit soll verhindert werden, dass eine tägliche Inzidenzausweisung gefordert wird.</p> <p>! Deshalb würde Hr. Beyer gerne bei den Krisenstabssitzungen beim Punkt „Internationales“ teilnehmen. BMG möchte Signale auffangen und würde sich, falls erforderlich um weitere Daten bemühen.</p> <p>! Eine weitere Möglichkeit wäre stattdessen am täglichen round table von ZIG teilzunehmen.</p> <p>! In welcher Frequenz und Detailtiefe die epidemiologische</p>	<p>BMG-Liaison</p>

	<p>Situation im Ausland betrachtet werden kann, muss in ZIG noch besprochen werden, zu viel Detailtiefe ist epidemiologisch nicht sinnvoll. Die Daten (7-Tages Inzidenzen) werden von der WHO Euro in Auflösung NUTS 2 zur Verfügung gestellt. Es wird nicht auf nationalen Seiten nach Zahlen gesucht. Dieses Screening wird täglich durchgeführt, auch weltweit aber auch nicht in dergleichen Tiefe.</p> <p>! Die Anordnung der Pflichttestung wird nach §36 oder § 5 IfSG erfolgen. Ist noch nicht klar. Die Anordnung soll frühestens nächsten Freitag im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Ist das den Länder bekannt?</p> <p>! Inwieweit war RKI in Arbeitsschutzstandards des BMAS miteingebunden? Bitte direkt mit Fr. Sasse besprechen.</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! „Coronavirus in the Air“, Nature, 23 July 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ auf Mittwoch verschoben</li> </ul> <p>! SARS-CoV-2 Genomdiversität (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 70.000 Genome wurden zwischenzeitlich sequenziert.</li> <li>○ Genom ist mit 30 kb ziemlich groß. Evolutionsrate ist relativ langsam (gute Nachrichten).</li> <li>○ Größe des Spike Gens, für Bindung verantwortlich, fällt auf. Vor allem Bindung an ACE-2 Rezeptor wichtig. Einfaches Target für neutralisierende Antikörper.</li> <li>○ Mutationen im Spike wurden analysiert, D614G ist häufigste Mutation (71%).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ G614 ist mit niedrigeren Ct-Werten verbunden und mit höherer Viruslast assoziiert, aber nicht mit einer schwereren Erkrankung.</li> <li>○ G614 könnte den Spike stabilisieren, könnte Zeichen sein,</li> </ul>	<p>FG17</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>dass sich Virus an Wirt anpasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Unterschiede bei Neutralisierung.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Inwieweit lassen sich die Viren neutralisieren? Durch den Einsatz von AK-Kombinationen konnte die Antikörper-Resistenz vollständig überwunden werden. -&gt; Gute Voraussetzung für Therapie und Impfstoff, so schnell sind keine Escape Mutanten zu erwarten.</li> <li>○ Die G614 Mutante hat sich durchgesetzt, da sie Replikationsvorteile hat, damit verbunden ist keine höhere Virulenz.</li> <li>○ Die Ganselt-Variante wurde verdrängt,</li> <li>○ Man kann analysieren, ob es in einer Klinik verschiedene Einträge gibt.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! CORONA-Monitoring lokal -Erste Ergebnisse für die Gemeinde Kupferzell im Landkreis Hohenlohe (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Als eine von 4 Studien geplant: Kupferzell (20.05.-09.06.), Bad Feilnbach (23.06.-04.07.), SK Straubing (ab 08.09), ab Oktober eine weitere Gemeinde/Stadt</li> <li>○ Studienziele: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestimmung des Anteils der Bevölkerung in besonders betroffenen Gemeinden, der schon Kontakt mit Virus hatte; Anteil akut Infizierter und derer, die die Infektion schon durchgemacht haben</li> <li>▪ asymptomatische Verläufe und des Dunkelzifferfaktors</li> <li>▪ Antikörperstatus, klinische Verläufe, Spätfolgen</li> <li>▪ Rahmenbedingungen der Gemeinden und Maßnahmen</li> </ul> </li> </ul>	Abt.2
--	--	-------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Studiendesign: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ca. 2.000 Teilnehmer pro Ort (18 Jahre und älter), repräsentative Einwohnermeldeamtsstichproben</li> <li>▪ PCR Rachenabstrich, Blutproben für Antikörpertestung</li> <li>▪ Neutralisationstests am NRZ für Coronaviren</li> <li>▪ Kurzbefragung und längere Nachbefragung, ca. 2-3 Wochen später,</li> <li>▪ Studienzentren: Untersuchungsbusse, angemietete Räume, Hausbesuche</li> <li>▪ Wiederholte Querschnittsuntersuchungen und längsschnittliches Weiterverfolgen sind möglich.</li> </ul> </li> <li>○ Erste Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stichprobe 2.203 Personen ab 18 Jahre, Response: 62%, in höheren Altersgruppen bis 80%</li> <li>▪ Prävalenz: 13,1% grenzwertige Befunde eingeschlossen; 11,3% positive AK-Befunde; mit positiven NT-Befund: 7,6%, die weiteren Ergebnisse beziehen sich auf diesen korrigierten Befund</li> <li>▪ Seroprävalenz nach Alter und Geschlecht: häufiger positiver Befund bei Frauen (nicht signifikant), häufiger positive Befunde bei Älteren (signifikant)</li> <li>▪ Anteil asymptomatischer Verläufen: 16,8%, deutlich höherer Anteil bei Älteren</li> <li>▪ Anteil an Personen mit diagnostizierter SARS-CoV-2-Infektion und negativem Antikörpertest: 28,3%</li> </ul> </li> <li>○ Vergleich der vorliegenden Studien: Kupferzell, Gangelt, Neustadt, Ischgl (nur für groben Eindruck, Ergebnisse nicht vergleichbar): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reaktiver AK-Befund mit 42,4% in Ischgl am höchsten, Gangelt: 14,1%, Neustadt 8,4%; Dunkelzifferfaktor in Kuperzell bei 4, in Gangelt bei 5 und Ischgl bei 6-7</li> </ul> </li> <li>○ Nächste Schritte: 5.8. Ergebnisbericht für BMG; 14.08. Präsentation in Kupferzell; 25.08. Ergebnispräsentation in Bad Feilnbach; 08.09. Studienstart in Straubing, Oktober Studienstart im vierten Ort und virtuelles Vernetzungstreffen</li> <li>○ Darstellung aller Studien zu diesem Thema auf RKI-Webseite</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rate der Asymptomatischen ist bemerkenswert, weil durch viele Darstellungen in der Presse der Eindruck entstanden ist, dass dieser Anteil sehr viel höher ist.</li> <li>○ Was waren die häufigsten Symptome? Austausch mit Kollegen und differenziertere Analysen sind geplant. Ergebnisse liegen erst seit Freitag vor.</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Inwieweit spielen Asymptomatische bei der Übertragung eine Rolle, bekommen die GA diese Information? Abt. 2 steht in engem Kontakt mit GA in Kupferzell.</li> <li>○ In Darstellung sollte noch Inzidenz, Letalität und zeitlicher Peak aus dem Meldewesen ergänzt werden.</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>Informationen zu Arbeitsschutz</b> ! Nicht besprochen	IBBS
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der letzten Woche gingen 547 Proben ein, davon wurden 91 (16,6%) positiv auf SARS-CoV-2 getestet.</li> </ul> ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sehr hoher Anteil von Rhinoviren, bisher keine anderen Viren.</li> </ul>	ZBS1 FG17
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Wird am Mittwoch besprochen	
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Stand Aerosolepapier mit UBA <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es fand ein Expertengespräch mit Teilnehmern aus Bundesministerien und Einzelexperten statt. Aufhänger waren die Ausbrüche in Fleischzerlegebetrieben, außerdem wurde freies Lüften thematisiert.</li> <li>○ Ergebnis: Eine RLT-Anlage ist das Beste um eine Aerosolausbreitung zu verhindern. Mobile Luftreiniger sind in der Regel nicht erforderlich und nur sinnvoll, wenn sie fachmännisch aufgebaut werden. Bei einer UV-Desinfektion der Luft muss diese trotzdem gefiltert werden. Bei Fensterlüftung ist eine CO2 Messung (CO2-Ampel) durchaus</li> </ul>	FG14

	<p>geeignet um anzuzeigen, wann gelüftet werden muss.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ UBA wird hierzu Mitte August ein umfassendes Papier veröffentlichen. FG14 sieht FF im UBA und möchte hierfür Unterstützung anbieten, also kein eigenes Papier verfassen.</li> <li>○ Stattdessen soll eigene FAQ erstellt werden und auf das Dokument verwiesen werden. Die Empfehlungen des UBA sind deckungsgleich mit den RKI Empfehlungen. FG36 hat schon einen Text zugeliefert, dieser soll berücksichtigt werden.</li> <li>○ Deutsche Gesundheitsseite mit den meisten Klicks ist im Moment die RKI-Seite, deshalb wären praktische Empfehlungen hier sehr sinnvoll.</li> <li>○ Fr. Brunke hat Übersicht mit allen RKI-Dokumenten zur Lüftung erstellt, wird im Krisenstab zirkuliert.</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Inwieweit ist die Meldung negativer Befunde bereits umgesetzt? Roll out läuft, ein großer Anteil der GA, ein kleinerer Anteil der Labore ist eingebunden, noch nicht in großen Umfang umgesetzt.</p>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	07.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG 36
  - Udo Buchholz
- ! FG 37
  - Muna Abu Sin
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Annika Brinkmann
- ! ZIG

- Johanna Hanefeld
- Luisa Denkel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Christophe Bayer



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: <a href="#">COVID-19 International</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ca. 18,7 Mio. Fälle und ca. 708.000 Verstorbene (3,8 %) weltweit (Stand 07.08.2020)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Gleichbleibende Reihenfolge</li> <li>o USA abfallend, Fallmeldung in Indien überstieg die USA, zu erwarten, dass Indien in den nächsten Tagen auf Platz 1 rutscht</li> </ul> </li> <li>! 31 Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 (zuvor 29 Länder): Cabo Verde (&lt;3000 Fälle) und Turks und Caicos Islands dazugekommen</li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf subnationaler Ebene (WHO): Es werden nicht alle Regionen dargestellt (in Bulgarien fehlt eine)</li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf EU/EEA/UK Subregionen: in Bulgarien fehlt noch eine Region (Dobric mit ca. 300 neuen Fällen), nicht mehr auf der Liste ist u.a. Navarra - nach den Daten der spanischen Internetseite wäre Navarra jedoch noch dabei</li> <li>! <b>Australien:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o ca. 4.000 Fälle in den letzten 7 Tagen, viel getestet, Positivanteil 0,9%</li> <li>o gehen selbst noch von „Cluster of cases“ aus, ausgehend von Quarantänehotel, Familienfeiern etc., Anstieg nur in Victoria, andere Bundesstaaten gleichbleibend</li> <li>o 01.07.2020 zunächst lokale Maßnahmen in Melbourne, Testing Blizz (straßenweise Testung von Einwohnern)</li> <li>o Bis 13.09.2020 Katastrophenzustand in Victoria</li> <li>o Restriktionen Stufe 3 für Region Victoria und Mitchell</li> </ul> </li> </ul>	INIG

	<p>Shire, Stufe 4 für Melbourne</p>	
	<p>! Singapur:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ca. 3000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, geringe Fallsterblichkeit (0,05%) bisher</li> <li>○ Man geht von Cluster of cases aus, v.a. Wohnheime für internationale Arbeiter, vermehrt Testung dort</li> <li>○ Nicht viel Veränderung in den letzten 7 Tagen laut ECDC</li> <li>○ Wiederaufnahme der Arbeit, „neue Normalität“</li> <li>○ Keine Erklärung für geringe Fallsterblichkeit bei rel. hohem Positivanteil, ggf. junge Arbeiter</li> </ul> <p>! Spanien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen in Madrid steigend, Navarra derzeit noch auf der RKI-Liste, aber jetzt &lt;50 neue Fälle/100.000 EW</li> <li>○ Vielzahl von Ausbrüchen in „neuer Normalität“, wird nicht begleitet durch intensive Tests, die die notwendig wären, v.a. asymptomat. Fälle bei Jüngeren</li> </ul> <p>! Britische Modellierungs-Studie: Lockerungen der physischen Distanzierung und Schulöffnungen müssen von populationsweiten Teststrategie begleitet werden inklusive Isolierung der diagnostizierten Individuen</p> <p>! Unterschiede bei Bewertung von Spanien durch ECDC (ca. 50/100.000 EW) und Spanien selbst/WHO (41/100.000 EW), bei eigentlicher gleicher Datengrundlage; Baskenland und Aragon über 50/100.000 EW) laut BMG</p> <p>! Bulgarien: Varna Anfang der Woche auch in EpiLag erwähnt, Reiseveranstalter bieten Partybusreisen in die Region an bei denen die Bilder suggerieren, dass man sich dort nicht an die AHA-Regeln halten muss.</p> <p>! Aktuelle Zahlen Reiserückkehrer mit jeweiligem Expositionsort, MW 31/32, nur Auswertung des erstgenannten Angabe des Expositionsort (weitere Expositionsorte können angegeben werden, wurden nicht erfasst): Bulgarien: 94 Fälle mit Exposition Bulgarien, 10 Fälle davon Exposition in Varna 65 Fälle mit Exposition Rumänien, nur 2x Region angegeben</p> <p>! BMG sieht verteiltes Ausbruchsgeschehen in Rumänien, wichtig wg. Saisonarbeitern, ggf. Ausweisung als Risikogebiet</p> <p>! Auch Belgien wurde von vielen Ländern als Risikogebiet</p>	





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eingestuft, Antwerpen weiterhin bei 80/100.000</p> <p>! Fr. Hanefeld nimmt an Risikogebiets-TK am 07.08. teil.</p> <p>! Hoher Anteil positiver Teste in Düsseldorf ggf. durch viele Flugverbindungen in osteuropäische Länder zu erklären.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: <a href="#">Lage-National</a>)</p> <p>! 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</p> <p>! Nowcasting: Erklärung warum R nicht parallel mit 7-Tages-Inzidenz ansteigt: Wenn auf niedrigem Niveau plötzliche Schwankungen auftreten, dann reagiert R sehr sensitiv, bei längerfristig kontinuierlichen Änderungen kaum nur geringe Reaktionen (siehe auch im Vgl. zu Ende März/April, bei langsamem Abfall). R-Werte jedoch seit längerer Zeit über 1.</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz derzeit zur Bewertung besser geeignet.</p> <p>! Bundesland-Vergleich: Anzahl neuer Fälle in Differenz zum Vortag &gt; 100 in NW (444 Fälle), Bayern (128), Hessen (158), NI (124)</p> <p>! Geographische Verteilung und LK 7-Tage-Inzidenz: Nur noch 57 Länder, herausstechend Dingolfing-Landau, ansonsten Ballungsgebiete, die hohe Fallzahlen haben</p> <p>! Austausch mit BMG 611 zu Ausbrüchen</p> <p>! Insgesamt wird erwarteter Anstieg nach Verhaltensänderung beobachtet</p> <p>! Kommunikation zur der Testung der Reiserückkehrern sollte dringend angepasst/verbessert werden</p> <p>! BZgA plant eine bildhafte Information (wie Flusschema), könnte man allgemeinen Merkblättern zufügen</p> <p>! Bewegte Bilder und Podcasts sollten genutzt werden, um zu verdeutlichen wie die KH verläuft. Bewegte Bilder haben eine hohe Reichweite. Entweder könnte die BZgA selbst einen Film zur Verfügung stellen oder Beiträge verlinken.</p> <p>! Ggf. könnten auch Einzelschicksale dargestellt werden – in den USA wird das sehr stark gemacht, spricht Menschen mehr an als abstrakte Zahlen.</p>	
--	---	--

	<p>! Die BZgA ist in Diskussion zum Thema – emotionaler kommunizieren, in politischer Kommunikation. Einzelschicksale wurden breit diskutiert. In bst. Bereichen kann man das nutzen. Allerdings gibt es auch den Anteil der Personen, die mit Panik reagieren. Abschreckung ist nicht das Mittel mit dem gearbeitet werden sollte (europäische Richtlinie). Bisher wird versucht rationale Informationen zu geben, damit die Menschen zu einer informierten Entscheidung kommen können. Aber die Art der Kommunikation und die Botschaften müssen angepasst werden.</p> <p>! Man kann Einzelfälle verwenden (auch mit gutem Ausgang), damit die Menschen begreifen, dass die KH existiert: Realität der KH an reales Gesicht knüpfen.</p> <p>! Die vorhandenen Daten zu Expositionsrisiken sollen publiziert werden. Geplant ist EpiBull-Artikel dazu. Artikel zur Auswertung der nosokomialen Ausbrüche ist schon beim Ärzteblatt als Research Letter eingereicht. Fr. Schweickert wertet derzeit die Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen aus.</p> <p><i>ToDo: Auswertung der Expositionsrisiken soll so schnell wie möglich publiziert werden.</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Es gibt eine Anfrage von Usbekistan aufgrund einer derzeitigen schweren, zweiten Welle. Es wird eine Scoping Mission dazu geben.</p> <p>! Japan ZIG für einen Austausch kontaktiert</p> <p>! Weiterhing Austausch mit Ethiopien und Südafrika</p> <p>! Bericht über WHO Goarn Einsatz in Turkmenistan (durch Fr. Abu Sin) (Folien hier: <a href="#">WHO Mission Turkmenistan</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im April schon erste Gespräche, langes Ringen um diese Mission</li> <li>○ Turkmenistan von Ländern umgeben mit sehr vielen Fällen (Iran, Kasachstan Usbekistan, Afghanistan)</li> <li>○ Turkmenistan ist eines der zwei Länder, noch keine Fälle an die WHO gemeldet haben (neben Nordkorea)</li> <li>○ Die TN mussten ein negatives Testergebnis vorweisen, wurden 2 Tage quarantänisiert und während der Zeit 2-mal zusätzlich getestet.</li> <li>○ Turkmenistan hatte sehr früh Grenzen geschlossen und konzentriert sich v.a. auf die Point of entry (PoE) mit</li> </ul>	<p>ZIGL</p> <p>Fr. Abu Sin (FG37)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>massiven Ressourcen (Dekontamination von Trucks etc.). Dies ist in der Darstellung der Grund für den nicht erfolgten Eintrag. Es gibt Quarantäne-Einrichtungen an diversen Grenzübergangsstellen, z.B. am Seehafen an der usbekischen Grenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus Kommunikation mit Mitarbeitern internat. Institutionen die Info, dass vermehrt respirator. Infektionen bei den Mitarbeitern (außerhalb der Erkältungssaison).</li> <li>○ 63.000 Teste insgesamt bis 23.07., aber Ergebnis nicht schriftlich, wenn positiv, dann wird das mündlich kommuniziert</li> <li>○ Turkmenistan wurde während der Mission an ihre Verpflichtung erinnert, dass sie COVID-19 Fälle nach den IGV melden müssen.</li> <li>○ Es gibt großes „all government engagement“, einen Krisenstab auf Regierungsebene und alle Ressorts sind beteiligt. Aber das Außenministerium dominiert.</li> <li>○ Maskentragen war zunächst z.T. untersagt, wurde erst 2 Wochen vor Mission gelockert. Kurz vor Ankunft Beschluss, zu Maskenpflicht in medizin. Einrichtungen und im Transport (für Fahrer). War eher ideologisch begründet – (PSA im Land produziert, keine sichtbare Ressourcenknappheit), hätte impliziert, dass ein Infektionsrisiko vorhanden ist.</li> <li>○ Während Mission wurde verbreitet, dass SARS-CoV-2 ggf. über die Winde über den Aralsee eingetragen werden könnte – damit wurde Maskenpflicht erklärt.</li> <li>○ Kurz vor Mission auch Schließung von Märkten und weitere Maßnahmen.</li> <li>○ Weitere Ziele der Mission: Surveillance Systeme und Kapazitäten im Laborbereich</li> <li>○ Es wurden auch KH und Long-Term Care Facility gezeigt, Quarantänestationen genutzt für Repatriierung: gestaffelt in 3 Teile: 1. under observation, 2. leichte Symptome, 3. intermediate care. Diese Stationen waren grenznah, nicht zentral im Land.</li> <li>○ Intensivstation in Ashgabat wurde gezeigt, diese war aber leer. In Turkmenbashi waren einige Patienten, aber Rückschlüsse darauf wie die Versorgung aussieht waren schwierig.</li> <li>○ Insgesamt dominierte das Politische der Mission,</li> </ul>	
--	---	--

	<p>schwieriger Spagat. Wenn politisches etwas in den Hintergrund gerückt ist, dann war besserer Austausch möglich.</p> <p>! ZIG bedankt sich für den Einsatz von Fr. Abu Sin. Eine Teilnahme vom RKI war sehr wichtig – wichtig für das Umfeld auch, dass eine Frau teilgenommen hat. Insgesamt schwierige Situation für WHO Euro und das RKI hatte in dem Prozess eine wichtige Rolle. Es war eine politische Mission, aber wenn durch den Prozess erreicht werden kann, dass COVID-19 Fälle öffentlich werden dürfen, dann auch Hilfe für Bevölkerung möglich.</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Derzeit kein Anpassungsbedarf.</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Auswirkung auf psych. Gesundheit: Steigerung der Angsterkrankungen</p> <p>! Interfamiliäre Konflikte steigen</p> <p>! Alkoholkonsum gestiegen</p> <p>! Am Ende des Jahres Info, ob Geburtenrate gestiegen, dann ggf. auch Scheidungsrate</p> <p>! Dominierend ist Unsicherheit bei Schulöffnungen, Unsicherheit bei Reiserückkehrern</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Heute oder Montag FAQ 1. zu falsch-positiven Tests, 2. zum Anstieg der Fallzahlen und 3. Zur Arbeitsweise der Gesundheitsämter</p> <p>! Viele Nachfragen zu Reiserückkehrer und Exposition – Veröffentlichung des EpiBull-Artikels wäre hilfreich.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Montag Pressekonferenz des BMFSJ: Jährliche PK zum neuen Schuljahr, Corona-Kitastudie wird erwähnt, PM derzeit in Abstimmung zw. den Ressorts. Udo Buchholz oder Walter Haas werden teilnehmen.</p> <p>! Dienstag Austausch mit den Niederlanden zu den Maßnahmen</p>	<p>BMG-Liaison</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Anfrage vom AA nach Ansprechpartner am RKI für Hygienekonzept des Außenministertreffens	
<b>7</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>! Es wurde von Leitung und BMG ein Strategiepapier bis nächstes Jahr April erarbeitet, zuletzt auf Leitungsebene modifiziert und derzeit im BMG, Rückmeldung und Genehmigung wird in Kürze erwartet</p> <p>! Auf die Webseite sollten Links zu guten Videobeiträgen/Podcasts von Wissenschaftsjournalisten etc. gestellt werden. RKI kann nicht einzelne Personen darstellen, das ist Aufgabe des BMG bzw. der BZgA, aber Links können eingestellt werden. „Wir brauchen Gesichter“</p> <p>! Es gab ein virtuelles Treffen mit Christian Drosten, um seine Idee des Cluster-zentrierten Contact-Tracing zu besprechen. Heute Nachmittag Treffen mit Abt.1, FG36, FG37 und L. Ergebnisse werden nochmal im Krisenstab vorgestellt.</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Anordnung von Brandenburg, dass nicht alle symptomatischen Kinder mit seröser Rhinitis getestet werden sollen. Beruht auf Kalkulationen, dass Kinder in jedem Quartal 3mal zum Arzt gehen.</p> <p>! Laut Grippeweb-Daten 4-6 ARE pro Kind im Jahr</p> <p>! Nachfrage, ob Flussschema angepasst werden muss, ob für Kinder die Empfehlung modifiziert werden sollte und Zusatzkriterien definiert werden oder Paralleltestungen von anderen häufigen Atemwegssymptomen empfohlen werden sollten.</p> <p>! Es gibt Testangebot/-verpflichtung für Reiserückkehrer und Konzepte für andere Massenveranstaltungen. Die niederschwellige Testung sollte in jedem Fall vor allem für symptomat. Personen egal welchen Alters zugänglich sein.</p> <p>! In AG Laborkapazität wurde Priorisierung von Laborkapazitäten vorgenommen: primärer Zugang für symptomatische Personen.</p> <p>! Auch ggf. abrechnungstechnische Probleme bei Änderungen der Empfehlung</p> <p>! AG Diagnostik: Konkretisierung in Testpapier, damit klarer wird</p>	L

	<p>welche Form differentialdiagnost. Untersuchung sinnvoll ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Hausarztbereich offene Testung nicht immer propagiert</li> <li>! AGI hat Empfehlung zur Testung von Kindern akzeptiert, aber es gibt Widerstand aus Kinderarztpraxen.</li> <li>! Diskussion zu Kindern wird in nächster Krisenstabssitzung im Beisein von Walter Haas weitergeführt.</li> <li>! Krisenstab sieht derzeit keinen Überarbeitungsbedarf für das Flussschema.</li> <li>! 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.</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Arbeitsschutzstandards im Haus abgestimmt und BMAS gesendet</li> <li>! TRBA derzeit in weiterer juristischer Prüfung. Es gab die Nachfrage zur TRBA, ob das IBBS-Poster zu PSA angehängt oder per Link weitergeben werden kann, Link präferiert, muss aber langfristig verfügbar sein</li> </ul>	IBBS
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aufgrund der Ferien geringes Probenaufkommen, 50% der Proben positiv (nur Rhinovirus)</li> </ul>	FG17
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Therapiehinweise aktualisiert: Informationen zu Tocilizumab zur Blockade des IL-6-Rezeptors</li> <li>! STAKOB hat Beraterkompetenz zusammen mit DGI erheblich gestärkt (Infektiologie-Beraternetzwerk): WebSeminare für Fachöffentlichkeit für Fragen zu klinischem Management, Fachöffentlichkeit soll darüber informiert werden, nächstes WebSeminar mit der Charité</li> </ul>	FG36/IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern war in den Medien eine Studie von Holger Schünemann von der McMaster Universität, in der auch ein Eigenschutz belegt worden sein soll.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG14 wird gebeten die Studie anzuschauen und zu bewerten.</i></p>	L /FG 14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Umsetzung der IfSG-Änderung: Ergänzung zur Infektionsumgebung (§9) und Labormeldung negativer Teste (§</li> </ul>	FG32



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>7 (4)), beides bislang nicht umgesetzt</p> <p>! §9 Umsetzung soll mit SurvNet-Update nächste Woche erfolgen. In Zukunft Ergänzungen zur Infektionsumgebung erfasst: Bildungseinrichtung (Schule, Kita), Gesundheitseinrichtung, Transport, Gastronomie, Einzelhandel, Versuch auch Rollen abzubilden (Kunde/Mitarbeiter). Mehrfachangaben werden möglich sein und auch genutzt werden, häufig wird Exposition nicht auf einen Ort einzugrenzen sein. Trotzdem vielleicht hilfreich für Hinweise auf Exposition. Allerdings muss es auch in die anderer Software umgesetzt werden, daher Ergebnisse erst Ende Aug.</p> <p>! §7 (4) geknüpft an DEMIS in Umsetzung, in Absprache mit BMG, derzeit in der datenschutzrechtlichen Prüfung , 80-90 Labore erfüllen techn. Voraussetzung, Erfassung des Anlasses der Testung wäre sehr wichtig (z.B. Screening an PoE, Aufnahme in KH) für Evaluierung von Maßnahmen und Ressourceneinsatz, aber geringe Hoffnung, da Labore die Info oft gar nicht auf dem Anforderungsschein erhalten. An anderer Stelle sollte darauf hingewirkt werden, dass die Anforderungsscheine entsprechend angepasst werden.</p>	
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Am 06.08.2020 Treffen am BMG zur Digitalisierung der Aussteigerkarte.</p> <p>! BMVI soll Projektstruktur aufsetzen, arbeiten mit BVA zusammen und haben schon Rahmenverträge mit externen Dienstleistern gemacht</p> <p>! Heute wird Anordnung erscheinen, gilt ab morgen, 08.08.2020</p> <p>! Zunächst müssen Aussteigerkarten in Papierformat an GÄ der Flughäfen gegeben werden, Berechnungen zufolge sind das 200.000 Aussteigerkarten in Papierform die an die GÄ übermittelt werden müssen. Busunternehmen sollen Aussteigerkarten an GÄ der Grenzübergänge geben, in Frankfurt unterstützt die BW</p> <p>! Hoffnung, dass Digitalisierung in 3-6 Wochen umgesetzt sein könnte, aber auch kritische Stimmen</p> <p>! Heute 12-14 Uhr Treffen von BMG, BMI und BMVI, Überlegungen, ob Aussteigerkarten eingescannt und per Fax nach PLZ-Prinzip verteilt werden können, aber datenschutzrechtliche Bedenken.</p> <p>! Terminus Aussteigerkarte eigentlich nur für Infektionsfall im Flugzeug. Diese Aussteigerkarten dienen dem Zweck der Überprüfung der Einhaltung der Einreisequarantäne-</p>	

	bestimmungen, die nur stichprobenartig kontrolliert werden können.	
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Arbeit in der internationalen Kommunikation nimmt extrem zu (5 Personen parallel), ggf. muss angepasst werden.	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 10.08.2020, 13:00 Uhr – 15 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	10.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG 17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! FG 33
- ! FG 34
- ! FG 36
  - Silke Buda
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Eva Krause

- Marcia Grossegeesse
- ! ZIG
- Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
- Andreas Jansen
- Luisa Denkel
- ! BZgA
- ! BMG
- Iris Andernach



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: <a href="#">COVID-19 International</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ca. 19,6 Mio. Fälle und ca. 727.000 Verstorbene (3,87%) weltweit (Stand 09.08.2020)</li> <li>! <b>Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Indien ist auf Platz 1 und hat USA überholt</li> <li>o Sonst gleichbleibende Reihenfolge</li> <li>o Sinkender Trend in Brasilien, USA, Südafrika, Mexiko und Russland</li> </ul> </li> <li>! <b>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 nationaler Ebene</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 34 Länder (+3 im Vgl. zu 07.08.)</li> <li>o Afrika: Südafrika und Cabo Verde</li> <li>o Amerika (neu): Aruba (509 Fälle insg., 113 neue Fälle in den letzten 7 Tagen)</li> <li>o Asien (neu): Irak ( 147.389 Fälle insg., 20.685 neue Fälle in den letzten 7 Tagen)</li> <li>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)</li> <li>o Spanien (n = 314 362 Fälle , 25 840 neue Fälle in den letzten 7 Tagen)</li> </ul> </li> <li>! <b>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf subnationaler Ebene (WHO):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Spanien mit mehreren Regionen, Luxemburg ganz, Osteuropa zahlreiche Länder wie Bosnien-Herzegowina , Bulgarien, Rumänien, Moldawien, Ukraine</li> </ul> </li> <li>! <b>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 auf EU/EEA/UK Subregionen:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bulgarien (Blagoevgrad, Varna), Luxemburg, Rumänien (4 Regionen), Spanien (Aragon, Cataluna, Madrid, neu: Baskenland)</li> </ul> </li> <li>! <b>Länder mit über 70.000 neuen COVID-19 Fällen in den letzten 7 Tagen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Brasilien, Kolumbien, Indien, USA (Trend abnehmend)</li> </ul> </li> <li>! <b>7-Tage-Trend nach Kontinenten:</b></li> <li>! <b>Afrika</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 1 Mio Fälle (kumulativ) überschritten, 50% aus</li> </ul> </li> </ul>	INIG

	<p>Südafrika, seit letzter Woche sind 17/43 insgesamt Experten der WHO zur Unterstützung vor Ort. Senegal (11.000 Fälle insg., 749 in den letzten 7 Tagen) und Libyen (5.000 Fälle insg. 1.458 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 35 % Steigerung) zeigen einen aufsteigenden Trend.</p> <p>! <b>Amerika</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Argentinien und Kolumbien zeigen einen ansteigenden Trend, dieser besteht auch in Mexiko (sichtbar im 14-Tage-Trend)</li> </ul> <p>! <b>Asien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Indien, Philippinen, Indonesien, Irak und Japan</li> </ul> <p>! <b>Europa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele Länder mit einem steigenden Trend</li> <li>○ Polen (51.000 Fälle insg., 4800 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 30% Steigerung),</li> <li>○ Niederlande (58.000 Fälle insg. 3255 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 63 % Steigerung)</li> <li>○ Griechenland (5.400 Fälle insg., 834 neue Fälle in den letzten 7 Tagen, 50% Steigerung)</li> <li>○ <b>ECDC: 11 Update des RRA für COVID-19</b> Trends im Vgl zum vorhergehenden RRA/Zahlen Rückläufiger Trend in Schweden, Portugal, Kroatien, Slowenien, restliche Länder steigen an</li> </ul> <p>! <b>Oceanien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Australien stabilisiert sich die Lage</li> </ul> <p>! <b>Zusammenfassung (Folie 12)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 50 % der neuen Fälle und &gt; 60 % der neuen Todesfälle in den vergangenen 7 Tagen in Nord-Mittel- und Südamerika</li> <li>○ Asien: Fokusbänder Indien, Philippinen, Indonesien, Japan</li> <li>○ &gt; 1 Mio. Fälle (kumulativ) in Afrika</li> <li>○ Flächendeckender Anstieg in Europa, mögliche Erklärung ist das Hochfahren der Testung, erklärt jedoch nicht alles (Beispiel: Luxemburg )</li> <li>○ Wichtige Maßnahmen: Nachhaltige Public Health-Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen, extensive Teststrategien, Kontaktpersonennachverfolgung (+ Isolierung von Sars-CoV-2-Positiven und Kontaktpersonen</li> <li>○ Nachhaltige Public Health-Maßnahmen zum Schutz vulnerabler Gruppen, extensive Teststrategien, Kontaktpersonennachverfolgung (+ Isolierung von Sars-CoV-2-Positiven und Kontaktpersonen</li> <li>○ Maßgeschneiderte und anhaltende</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p style="text-align: center;"><b>Risikokommunikation gegen sinkende Compliance sind enorm wichtig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hinweise zu Belastung des Gesundheitswesens in den USA sowie Anzahl der Todesfälle in Indien wird das nächste Mal berichtet</li> <li>! Der Anstieg in Polen fokussiert sich vor allem auf urbane Ballungsräume (Großraum Krakau und Warschau)</li> <li>! <b>BMG:</b> Der Fallzahlenanstieg wird eine Nachfrage nach regionalen Daten für weitere Länder im BMG nach sich bringen. Es besteht ein reger Austausch zu dem Thema zwischen BMG und ZIG. Es sind noch keine Rohdaten auf regionaler Ebene vorhanden (Anfrage an WHO EURO läuft) Dazu gibt es bereits eine Aufgabe (Anfrage Hr. Bayer) aus dem LZ bei ZIG (Deadline morgen 10Uhr)</li> </ul> <p><b>National</b> Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: <a href="#">Lage-National</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! SurvNet übermittelt: 216.327 (+436), davon 9.197 (1 %) Todesfälle (+ 1), Inzidenz 260/100.000 Einw., ca. 197.400 Genesene, Sonntag haben nicht alle BL übermittelt Reff=1,09; 7T Reff=1,05; Bewegt sich um 1, PI schließ 1 mit ein. Fallzahlen steigen; NRW hat 200 Fälle übermittelt, einige BL keine oder sehr wenige Fälle.</li> <li>! Nowcasting: Rückwärtstrend (März/April) nicht mehr sichtbar.</li> <li>! 7-Tages-Inzidenz nach Bundesländer: Allgemeiner Trend: steigend. Viele BL betroffen, NRW führend. Extremer Anstieg in Hamburg mit heterogenen Ursachen (Ausbrüche in einer Werft dabei mehrere LK beteiligt, Einreisende etc), hoher Anstieg auch in Berlin und Rheinland-Pfalz (Ausbrüche in einem Gurkenanbaubetrieb, in einer Konservenfabrik mit mehreren Standorten)</li> <li>! <b>Ausbrüche:</b> Kontext sehr heterogen. Klassen- und Abreisen eines Busveranstalters MANGO Tours mit Busreisen nach Kroatien mehrmals die Woche. Ausbrüche im Zusammenhang mit Protestveranstaltungen wurden bisher nicht gemeldet.</li> <li>! Zahlreiche Einreisende (Begriff Reiserückkehrer kann missverständlich sein), damit viel Kontakt mit Kosovo</li> </ul>	
--	---	--

	<p>! Anteil der Symptomlosen über die Zeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil nimmt über die Wochen zu, da sensitiver getestet wird. Es gibt Unterschiede/unterschiedliche Entwicklungen zwischen den BL.</li> <li>○ Die letzte zwei Wochen nicht auswertbar, da diese noch Symptome entwickeln können.</li> <li>○ Variable sehr schwer auswertbar (nicht intuitiv) und vergleichbar, da die unterschiedlichen Kategorien je nach BL/GA unterschiedliche verstanden und genutzt werden.</li> <li>○ Es ist nicht möglich nachträglich Symptome einzufügen/ zu verändern, auch unklar ob allen alle Symptome bekannt sind.</li> <li>○ Die Auswertung ist intern und soll eher ein Anhaltspunkt sein.</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Coronamonitoring ist sinnvoller als Referenz für diese Frage</li> </ul> <p>! Internationale Expositionsorte (Datenstand 09.08.2020)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderung der Expositionsorte im zeitlichen Verlauf gut sichtbar; Von Italien über Österreich zu aktuell Kosovo und Türkei</li> </ul> <p>! Sike Buda arbeitet derzeit an der Auswertung der Ausbrüche und stellt es zeitnah vor</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Ansprechpartner nicht anwesend</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht anwesend</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Fr. Degen hat heute Morgen mit BZgA bzgl. des Vorgehens um mehr emotionale Geschichten in die Narrative zu COVID-19 einzubringen. Auf WHO EURO (Seite auch auf Deutsch</p>	Presse



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>verfügbar) sind solche Inhalte bereits verfügbar.</p> <p><i>TODO: Presse verlinkt die WHO EURO Webseite mit der RKI-Seite</i></p>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Zahlen für regionale Ausweisung oben besprochen</p>	BMG-Liaison
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>! Themenbereiche/Kontext, dass vom RKI noch nicht genügend bearbeitet wurde und wo es noch notwendig wäre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Frage, ob das RKI bei <b>Theater und Konzert</b> hinsichtlich der Strategie bei Wiederaufnahme der Kulturleben tätig werden muss. Kulturministerium ist zuständig und es ist nicht klar, ob es dort genügend Aktivitäten zu dieser Frage/diesem Kontext gibt. Hygieneregulungen bestehen bereits.</li> </ol> <p>Es soll geprüft werden, ob da man tätig werden sollte.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Seniorentagesstätten: Im Rahmen der Auswertung der Ausbrüche sind <b>Seniorentagesstätten</b> als ein Risikosetting für vulnerable Gruppen aufgefallen. Es ist schwierig hier dauerhaft Einschränkungen umzusetzen. Unklar, ob dieses Setting genügend bei den bereits bestehenden Empfehlungen berücksichtigt wird.</li> </ol> <p><i>TODO: Tim Eckmanns tauscht sich mit Silke Buda zu einer Berücksichtig dieses Settings in aktuell bestehenden Empfehlungen aus und passt diese ggf. an.</i></p> <p>! Modellierung für den weiteren Verlauf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die im März erstellten Modellierungen sollen aktualisiert/angepasst werden. Es sind mehr Parameter und neuere Erkenntnisse, die darin berücksichtigt werden können und sollten, hinzugekommen.</li> </ul> <p>Das Ziel ist es basierend auf aktuellen Daten aus Deutschland neue Interventionen (Masken etc) einzubeziehen und besser abbilden zu können und Trends für den Zeitpunkt von Empfehlungen für strikere Maßnahmen ableiten zu können. Im März</p>	<p>VPräs</p> <p>Abt. 1</p> <p>FG36</p> <p>VPräs/alle</p>

	<p>wurde vor allem Kontaktreduktion berücksichtigen. Der Effekt einzelner Maßnahmen ist schwierig abzubilden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Es besteht eine Aufgabe an M. an der Heiden mit Unterstützung von FG36 für Hr. Spahn über Hr. Wieler. Hr. Spahn wünscht sich beispielhaft eine grobe Schätzung, welcher Anteil von 1000 infizierten Menschen hospitalisiert wird, wie groß der Anteil ist, der intensiv medizinische versorgt werden muss etc.</li><li>○ Es gab bereits einen Austausch zwischen M. an der Heiden mit Wissenschaftlern aus LSHTM zu dem Thema. Dieses Vorhaben wäre eher längerfristig und sollte ein großer Output idealerweise im Rahmen einer internationalen Zusammenarbeit international publiziert werden.</li><li>○ Eine Diskussion mit M. an der Heiden dazu nötig.</li></ul> <p><b>! Modellierungen von Intensivkapazitäten</b> werden von FG 37 dem BMG wöchentlich bereitgestellt. Diese werden von Hr. Zacher gemacht. Da er aktuell nicht verfügbar ist, können keine Weiterentwicklungen/Anpassungen gemacht werden, aber die Berechnungen werden weiterhin wöchentlich generiert.</p> <p>Diese sind wichtig um abzuschätzen wann restriktiverer Umgang damit empfohlen werden soll.</p> <p><i>TODO: LZ/FG37 teilt die Berichte mit Präs/VPräs teilen.</i></p> <p><b>! Gibt es Daten zum Zusammenhang zwischen 7-Tagesinzidenz und Grad der Hospitalisierung sowie der Zeitpunkt der Zunahme der Belastung?</b></p> <p>Es gibt eine gewisse Latenz. Hospitalisierung wird durch die demographische Zusammensetzung beeinflusst. Aktuell sind viele junge Menschen betroffen, somit sieht man einen unterschiedlichen Krankheitsverlauf. Im Winter war hauptsächlich ältere Bevölkerung mit Eintragung in Altenpflegeheime betroffen. Der Anteil der Älteren ist aktuell stabil.</p> <p><b>! Sind die aktuellen Maskenempfehlungen</b> noch up-to-date? Es herrscht Verwirrung, in welchen Kontext (drin/draußen) ob und welche Masken getragen werden sollen.</p> <p>Aktuell gibt es keine wissenschaftliche Evidenz für</p>	VPräs/FG37
		Abt1/FG32
		VPräs/alle





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Empfehlung von Masken für draußen (bsp. Paris) bzw. Situationen, in denen 1,5 m Abstand eingehalten werden kann (bsp. Klassenzimmer), aber man von eine höheren Wahrscheinlichkeit der Aerosol/Tröpfchenbildung ausgehen muss. Es erscheint jedoch plausibel.</p> <p>Bei den aktuellen Empfehlungen zum Tragen von Masken spielt stets der Mindestabstand eine Rolle. Eine Empfehlung ohne Berücksichtigung des Mindestabstandes wäre eine Veränderung der aktuellen Empfehlungen und aktuell wissenschaftlich nicht begründbar.</p> <p>Diese Empfehlungen könnten potentiell zu großen Einschnitten in das tägliche Leben (bsp. Restaurantbesuch, Unterricht) führen und sind schwer umsetzbar.</p> <p>Empfehlung von MNS statt MNB hängt von den Produktionskapazitäten ab (aktuell scheint die Verfügbarkeit gegeben zu sein) und der korrekten Anwendung. Es sollte Infektionsrisikoreduktion im Vordergrund stehen.</p> <p>“Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review (Chu, Schönemann et al., Juni 2020, Lancet)” 2003- Mai 2020, SARS (55 included), MERS (25), SARS-CoV-2 (7); <a href="#">Link</a></p> <p>Vorwiegend Studien im Gesundheitswesen einbezogen und stützt bisherigen Erkenntnisse. Atemschutz (N95) größerer protektiver Effekt als medizinischer MNS bzw. 12-16 lagige Baumwollmasken.</p> <p>Die hier genannte MND ist nicht mit der gängigen in Dt. vergleichbar und Expositionsdauer muss berücksichtigt werden.</p> <p>Eine weitere Meta-Analyse durchzuführen ist insgesamt schwierig auf Grund der unterschiedlichen Maskenarten, die genutzt werden. Bei Bedarf kann ZIG2 über LZIG einbezogen werden</p> <p>Lediglich Fremdschutz bietet das Argument Masken für alle zu empfehlen. Eigenschutz würde dazu führen, dass Menschen das Tragen ablehnen könnten mit dem Argument, dass Gegenüber sich mit einer Maske schützen könnte.</p> <p>Ergebnis: Bessere Umsetzung der aktuellen</p>	
--	---	--

	<p>Empfehlungen durch besseres Verständnis und einfache Botschaften fördern statt neuen Empfehlungen.</p> <p><i>TODO: FG14/FG36 sollen wichtigste Messages der aktuellen Empfehlungen klar rausheben und pointierter Aufbereiten.</i></p> <p><i>TODO: Das Paper "Wrong person, place and time: viral load and contact network predict SARS-CoV-2 transmission and super-spreading events" (Preprint) von Hr. Wieler am WE geteilt und soll durch Modellierer bewertet werden.</i></p> <p><b>! Die Liste mit Auslandstätigkeiten und Hilfeersuchen,</b> die an die ZIG gerichtet werden ist sehr umfangreich. Das soll nach außen sichtbar gemacht werden.</p> <p>Es findet bereits ein Austausch mit der Presse statt und wird auf die Homepage gesetzt</p>	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b>	
	! Aktuell kein Bedarf	
<b>9</b>	<b>Informationen zu Arbeitsschutz</b>	IBBS
	! Nicht besprochen	
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b>	FG17
	! 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	ZBS1
	Letzte Woche waren 72/ 561 (12,8%) Proben positiv für SARS-CoV-2.	
	Aktuell läuft die Vorbereitung Studie Corona Monitoring bundesweit	
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>	IBBS
	! Anleitung zu An/Ablegung von PSA mit 3 Kurzvideos sind online, weitere Sprachen sind in Arbeit. Link wird geteilt.	
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	!	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! DEMIS Rollout geht weiter</li> <li>! Arbeitsbelastung bei Internationale Kommunikation steigt weiter</li> <li>! Anfrage bei GMLZ zu Unterstützung benötigt Präzisierung, da dort Ressourcen ebenfalls kann sind und aktuell viel zu tun (Libanon etc) ist.</li> <li>! SurvNet Update ist diese Woche beendet</li> <li>! LZ Konzept zu Berichterstattung (einmal in der Woche ein umfangreicher Bericht und unter der Woche eher kürzere Berichte) wird bearbeitet</li> <li>! Heute konnten erneut Tabellen nicht ordnungsgemäß abgerufen werden. Serverprobleme von letzter Woche wurden beonde, das war ein neues (manuelles) Problem.</li> <li>! Ansprechpartner am BMG Hr. Holzer ist Referent im Referat 661. BMG konnte am Ende die Daten bei ESRI selbst abrufen, es wird angestrebt, dass das ab jetzt so gemacht wird. Nicht alle MA auf der Position Lagebericht haben ein Diensttelefon. Das Hinterlegen der privaten Nummer ist freiwillig. Weitere Besprechung der aktuellen Situation in der Leitungsrunde.</li> </ul>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Siehe Surveillance</li> </ul>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.08.2020, 11:00 Uhr , via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	12.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF1
  - Max von Kleist
- ! P1
  - Christina Leuker

- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Christophe Bayer



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage - International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meiste Fälle in USA, Brasilien, Indien</li> <li>▪ Steigende Tendenz in Indien, Russland, Peru</li> </ul> </li> <li>○ Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage</li> <li>○ Länder mit 7-T.-Inzidenz &gt;50/100.000 Einw.</li> </ul> </li> <li>Weltweit 34 Länder, neu seit Montag ist Spanien <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Subnationale Regionen mit 7-T.-Inzidenz &gt;50/100.000 Einw. in der WHO EURO Region <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zunehmend mehr (subnationale) Regionen mit 7-T.-Inzidenzen &gt;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</li> <li>▪ Veränderung 7T Inzidenz, ungefähr wie Montag</li> </ul> </li> <li>○ Indien Todesfälle (Frage von AL1 letzten Montag) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl Todesfälle steigend</li> <li>▪ &gt;2 Mio. positive Testungen, in der letzten Woche wurden diese erheblich ausgeweitet, dies variiert allerdings von Staat zu Staat</li> <li>▪ Fall-Verstorbenen-Anteil und Inzidenz ist niedrig</li> <li>▪ Maßnahmen erfolgen lokal</li> <li>▪ Regierung in Neu Delhi sagte in einem Treffen mit ZIG explizit, dass weitere Maßnahmen wenn nur vorsichtig eingeführt werden können da die wirtschaftlichen Auswirkungen so negativ für die Gesamtbevölkerung sind und anders abgewogen werden muss</li> </ul> </li> <li>○ USA Kapazität Gesundheitssystem <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erhebliche finanzielle Schwierigkeiten da Einnahmen der KKH (Mehrheit der Bevölkerung ist privat versichert) stark rückläufig sind</li> <li>▪ Anstieg der pandemiebedingten Arbeitslosigkeit hat dazu geführt, dass viele Amerikaner ihre vom Arbeitgeber (mit)finanzierte KV verloren haben</li> <li>▪ Sowohl KKH, Arzt- als auch Primärversorgungs-praxen sind finanziell bedroht</li> <li>▪ Amerikanisches Gesundheitssystem ist als ineffizient bekannt, Provider sind mit Arbeitgeber verbunden, die wirtschaftlichen Konsequenzen sind hoch und das Arbeitsrecht schützt Arbeitnehmende nicht genügend</li> </ul> </li> <li>○ BMG Kommentar/Bitte</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das aktuelle Überschreiten des 7-T.-Inzidenz-Schwellenwertes in einer Reihe von subnationalen Gebieten (nach deren offiziellen Daten) wird nah verfolgt und hat politische Konsequenzen, z.B. interessiert Spanien, insbesondere die Balearen die deutsche Bevölkerung, auch Antwerpen (bereits durch ZIG evaluiert) und Provinz Neubrüssel</li> <li>▪ Bitte an ZIG dies nah zu verfolgen da es für die politische Entscheidungsfindung sehr wichtig ist</li> <li>▪ Malta: Quelle von Ausbrüchen in anderen Ländern (z.B. Italien), Sprachreisen: wird durch ZIG untersucht</li> </ul> <p><b>Aktuelle Lage - National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Nur noch 41 Kreise ohne Fallmeldungen, Geschehen in Dingolfing Landau ist rückläufig, aber dafür sind andere, teilweise große Kreise im Anstieg, diverse Großstädte mit hohen Fallzahlen, Hamburg, Duisburg, München, Dortmund, Köln, Essen, Düsseldorf, etc.</li> <li>○ Keine große Änderung bezüglich der aktuellen Ausbrüche, Sprachschulrückkehrer aus Malta</li> </ul> </li> <li>! 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</li> <li>! Expositionsort und -ursprung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ~30% der Fälle im Ausland infiziert, eher jüngere Leute</li> <li>○ Meist genannte Länder: Kosovo, Türkei, Kroatien, Bulgarien, nach BL unterschiedlich, in manchen BL machen Reisende bis zu ~40% der Fälle aus, dies verändert sich mit der Zeit</li> <li>○ Information „Kontakt zu bestätigtem Fall“ ist oft nicht in den Meldedaten verfügbar, dort, wo sie erhoben wird ist selten nein angegeben, häufigster Kontakt ist privater Haushalt</li> <li>○ Variable ist aus 2 Gründen nicht immer befüllt: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. softwareabhängig, ob sie einfach integriert werden kann, ist theoretisch in anderen Softwares möglich, dies wird noch einmal geprüft und Software-spezifisch ausgewertet, Problem wird mit DEMIS behoben</li> <li>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</li> </ol> </li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	FG32
--	---	------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gekoppelt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Außerdem kann Unterstützung durch die Containment Scouts, die aktuell am RKI sind, angeboten werden</li> <li>○ BZgA Erfahrung: eine einheitliche Software ist/wäre wichtig</li> <li>○ SurvNet wird den GA kostenlos angeboten, aber diese arbeiten auch noch in zahlreichen anderen Bereichen, die ebenfalls elektronische Daten involvieren (Gesundheitsberichtserstattung, Trinkwasser, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst)</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Am 08.09.2020 hat Präs eine Web Konferenz mit der Kanzlerin und allen BL! es soll gut überlegt werden, was bei diesem direkten Zugriff an Botschaften übermittelt werden soll</p> <p>! Ab wann soll die Sprache von „community transmission“ sein?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dazu ist wichtig, wo die Fälle her kommen, sind es noch Ausbrüche oder ist der Ursprung zusehends unbekannt</li> <li>○ Für Freitag wird eine Tabelle hierzu vorbereitet um die Entscheidung anhand von Schwellenpunkten zu erleichtern</li> <li>○ Auch während der ersten Erkrankungshäufungen gab es in Deutschland bisher keine community transmission, aktuelle Zahlen sind auch auf zahlreiches Testen (auch durch Reiserückkehrerfestungen) zurückzuführen</li> <li>○ Geschehen ist nicht so sehr von Clustern getragen, relativ viele kleinere Übertragungen, die nur durch gute Daten nachvollziehbar sind, um das Ausbreitungsmuster zu verstehen</li> </ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b></p> <p>! GrippeWeb Daten sind weiter auf einem relativ niedrigen Niveau und nähern sich dem normalen Sommerniveau an</p> <p>! 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)</p> <p>! AG Influenza Praxisindex: relatives Maß für den Anteil der Arztbesuche, ist im Sommer niedriger als im Winter, in den letzten 2 Wochen nach einem Anstieg in KW 30 wieder rückfällig</p> <p>! ARE-Konsultationsinzidenz (bevölkerungsbezogen): Anstieg bei Kindern &lt;5 (rot) und 5-14-jährigen (orange) bis zur KW 29, danach Abstieg, wahrscheinlich auch durch die Schulferien</p> <p>! Impact des Schulbeginns unter Auflagen bleibt abzuwarten</p> <p>! 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</p>	<p>FG36</p> <p>FG37</p>
--	--	-------------------------



	<p>jedoch auch auf einem Niveau das dem der Vorsaisons entspricht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ICOSARI spezifische COVID-19 Diagnose: leichter Anstieg im Vergleich zu KW 30, Anteil von COVID Patienten 3% (niedrig)</li> <li>! ICOSARI Hospitalisierungen: kein Anstieg von Fällen mit COVID-19-Diagnose, generell SARI-Fälle den Vorjahren entsprechend</li> <li>! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>o Sentinelsysteme stellen tolle Instrumente dar, wie ist die Sensitivität, korrelieren Inzidenzen hiermit?</li> <li>o Dies wird eruiert und für nächsten Mittwoch mit eingebaut</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ARS-Testungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine Daten und keine Präsentation diese Woche da beide Mathematiker diese Woche ausfallen, nächste Woche wieder</li> <li>! Terminologie für den Lagebericht wahrscheinlich im Sinne von „aufgrund von technischen Problemen...“</li> <li>! Durch hinzukommende Labore ist der Trend bzw. die Zunahme nicht ganz klar, diese Informationen sind für Donnerstag für die AG Labordiagnostik wichtig</li> </ul> <p><i>ToDo: FG33 soll bitte für Montag ein Update zur Vorbereitung für die Impfung vorbereiten</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Reiserückkehrer: BMG Informationsblatt wird in 14 Sprachen übersetzt, Konstrukt war sehr textlastig, wird anders und mehr grafisch aufbereitet und dann in mehrere Sprachen übersetzt</li> <li>! 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</li> <li>! Videos für Kinder wurden von Partnerorganisation vorbereitet, BZgA nimmt sich dessen an</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Falsch positive Tests sind weiterhin ein Thema in den Medien,</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>es wurde eine gute Sprachregelung und FAQ erstellt doch es bleibt ein Lieblingsthema der Verschwörungstheoretiker und kommt deswegen noch stets vermehrt auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Risikogebiete zur Veröffentlichung kommen oft sehr spät, es wäre schön, wenn sie während der Regelarbeitszeiten kämen</li> <li>! Danke für das Lob an RKI-Pressen im internem Seminar</li> </ul> <p><b>Sozialhygiene RKI-MA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Das RKI wird weiterhin generell eher positiv gesehen, aber viele Personen im Haus müssen sich regelmäßig beschimpfen lassen (Zentrale, Presse, usw.)</li> <li>! Das Info-Postfach sammelt Drohungen, bestimmte werden an das Rechtsreferat vermittelt</li> <li>! Dies sollte zum Schutz von RKI-MA im Blick behalten werden um ggf. zu unterstützen, da es eine psychische Belastung für Personen ist, die dies nicht gewöhnt sind</li> <li>! Präs betont dies, die Belastung ist sehr stark, er erhält viel Lob und Dank, aber auch schlimmste Drohungen, wie soll damit umgegangen werden, ist es eine Überlegung wert, diesen Aspekt nach außen zu kommunizieren? Veröffentlichung hilft nicht unbedingt, sollte zunächst besprochen werden</li> <li>! BZgA Erfahrung: Institution betreut an vielen Stellen sensible Themen, es gibt keine einheitliche Lösung, Umgang geht bis zu strafrechtlicher Verfolgung, häufig erfolgt politische Instrumentalisierung, BZgA gibt es an ihre Rechtsabteilung</li> <li>! IBBS befasst sich zsm. mit ZV6 mit Bedrohungen und tritt in Austausch mit dem LKA Berlin um dies zu besprechen, die Situation soll nicht noch verstärkt werden, Christian Herzog stellt Kontakt zum LKA her</li> </ul>	<p>Presse/Präs /alle</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p><b>BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine neuen Themen</li> <li>! Momentan weiterhin thematische Diskussion um Dunkelziffer</li> <li>! Internationale Reiserückkehrer, Anteile von positiven usw. bleibt wichtiges Diskussionsthema</li> <li>! Regionale Betrachtung von Risikogebieten wird mit steigenden Fallzahlen zunehmen</li> <li>! Bürozeiten sollen berücksichtigt werden, auch die Liste der Risikogebiete sollte früher am Tag zur Veröffentlichung geschickt werden</li> </ul>	<p>BMG Liaison</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Minister Spahn hat das RKI Papier "COVID-19 (Dokument <a href="#">hier</a>): 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</li> </ul>	<p>Präs/alle</p>

	<p>Ausschuss für Gesundheit und der GMK zur Kenntnis übermitteln.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Papier muss nicht mehr im Detail besprochen werden, Grundposition ist dieselbe, lediglich sprachliche Überarbeitung</li> <li>! 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</li> <li>! Stand des Papiers ist der 31.07., es wird so belassen</li> <li>! Beim ursprünglichen Entwurf war zusätzlich ein Papier zu Maßnahmen im Anhang, Präs fragt beim BMG nach, ob dies bekannt ist/war, letzteres wurde nicht mehr überarbeitet</li> <li>! Strategie wird jetzt veröffentlicht und die Anlage ggf. später ergänzt</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Kontaktpersonenmanagement</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anpassung nach Kommunikation mit Herrn Drost</li> <li>! 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</li> <li>! Dies wurde an zwei Stellen aufgenommen <ul style="list-style-type: none"> <li>o In die allgemeinen Prinzipien/Vorbemerkung</li> <li>o Einschub Absatz Herdsituation</li> </ul> </li> <li>! Zunächst sollen potentielle Ausbruchsgeschehen eingedämmt werden bevor Einzelfälle bearbeitet werden, dies ist eine Anpassung in Richtung dessen, was GA zum Teil schon machen</li> <li>! Wird auch in anderen Papieren zur KoNa Ermittlung hinzugefügt, bzw. darauf verwiesen</li> <li>! Im letzten ECDC RRA ist auch ein entsprechender Absatz enthalten, KoNa steht im Mittelpunkt, Quellencluster als zusätzliche Option erwähnt</li> <li>! Kontakt mit AL1 zur Diskussion der (test-spezifischen) CT-Werte</li> <li>! Adressat sind GA, Papier muss IfSG Terminologie entsprechen</li> <li>! Kann (evtl. nach sprachlicher Überprüfung durch P1) heute oder morgen veröffentlicht werden, Differenzen zu bestehenden Empfehlungen müssen vermieden werden</li> </ul> <p><b>Übersetzung von RKI Empfehlungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZIG erhält viele Anfragen zum deutschem KoNa-Konzept, auch</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>ZIG/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>ob Dokumente auf Englisch geteilt werden können</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZIG könnte diese Übersetzungen veranlassen, auch in internationaler Fachpresse besteht großes Interesse</li> <li>! Im LZ (internationale Kommunikation) gibt es auch häufig Anfragen zu den Prozessen in Deutschland</li> <li>! IBBS erfährt auch großes Interesse an Flussschema und Therapieansätzen aus dem Ausland</li> <li>! Übersetzungen müssten auch regelmäßig aktualisiert werden</li> <li>! Es soll eine Abstimmung zwischen federführenden OEs (IBBS, ZIG, Abt.3) geben um genaue Dokumente, gleiche Terminologie, Übersetzer, usw. abzustimmen</li> <li>! Gestern STAG-ICH Treffen mit Präs: Diskussion zur Zwischenbilanz, demnächst gibt es ein Papier zu contact tracing ggf. inklusive Differenz zwischen backward und forward tracing</li> <li>! P1 Wissenschaftskommunikation kann über die Dokumente schauen bevor sie übersetzt werden</li> <li>! Aus Erfahrungen mit Übersetzungsversuchen ist es oft schwierig, Kapazitäten zu sichern um die Dokumente danach erneut fachlich zu überprüfen, bitte auch hierauf achten</li> <li>! Qualitätssicherung ist wichtig, darf nicht zu zusätzlicher Belastung führen</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FG17: Rhinoviren 50% in Proben letzter Woche</li> </ul>	FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Modellierung Teststrategien bei Reiserückkehrern</b> (Folien <a href="#">hier</a>, Tool zum Ausprobieren in diesem Ordner <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frau Oh (FG17) und Herr von Kleist (MF1) haben ein interaktives quantitatives Tool zur Berechnung des Restrisikos und der Evaluierung von Teststrategien entworfen, für das Tool und die Folien bitte o.g. Links folgen</li> <li>! 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</li> <li>! Das Tool kann die Entscheidung unterstützen wann welche Personen in Quarantäne sollen und welches die Effizienz verschiedener Testungszeitpunkten ist</li> <li>! Diskussion, wie kann das Tool operationalisiert werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI entscheidet nicht die nationale Teststrategie</li> <li>○ Tool ist sehr interessant um Maßnahmen zu quantifizieren und an der Realität zu schärfen, dies erlaubt</li> </ul> </li> </ul>	MF1/FG17

	<p>evtl. die Maßnahmen zu optimieren, ist ggf. auch für Testungen im Inland interessant (z.B. asymptomatische Personen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tool wird in vom BMG geleitete AG Diagnostik eingebracht</li> <li>○ Nach Tool machen zwei Tests und dazwischen Kurzquarantäne bezüglich Risikoreduktion am meisten Sinn (auch nach Drogen)</li> <li>○ Modell macht Annahmen zur Prävalenz, Risikoverhalten, usw. hierzu sind unsere Eingaben beliebig und nicht immer passend (z.B. Partyurlaub vs. Einsiedlerurlaub, Exposition der Rückkehrenden ist unbekannt), allgemeines Vorgehen kann jedoch abgeleitet werden</li> <li>○ Zur Operationalisierung können z.B. Szenarien dargestellt werden, Entscheidungen wären näher an der Evidenz auch wenn ihnen Annahmen unterliegen</li> <li>○ Das Tool ist zu komplex um es den Entscheidungsgebern zu überlassen, RKI kann drei Szenarien definieren</li> <li>○ Auch absolutes Risiko sollte berechnet und kommuniziert werden</li> <li>○ Tool bestätigt im Grunde RKI Stellungnahme vom Juni (zwei Tests und dazwischen Quarantäne)</li> </ul>	
<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance</b>  <b>Clinco 100 (Studie zu Ausbruch mit GA Berlin Mitte)</b>  ! Auf Freitag verschoben</p>	
<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  <b>Aussteigerkarten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Große Heterogenität in den BL im Vorgehen, in Frankfurt testet Hundertschaft von Soldaten die Aussteigerkarten, diese werden an GA gefaxt, Faxmaschinen sind überlastet, ein paralleles PLZ Tool ist gewünscht, insgesamt großes Chaos</li> <li>! Gestern war dies auch lange Thema bei der EpiLag und AGI TK, Personen kommen nicht an ihre Testergebnisse, Vorgang ist auch nicht rechtskonform, Verwirrung bezgl. der GA-Verantwortung</li> <li>! Probenaufgabebescheine werden teilweise einfach kopiert, dann können diese (zum einmaligen Gebrauch bestimmt) nicht mehr zugeordnet werden (auch CWA-Usern)</li> <li>! Labore werden mit vielen Dingen konfrontiert, aktuell wildes Durcheinander welches zu Verwirrung führt</li> <li>! Es wird mit Hochdruck an elektronischen Lösungen gearbeitet, dies war schon lange absehbar, ist in der Umsetzung schwierig</li> <li>! Es gibt eine AG hierzu mit BMI, BMG, BMVI, inklusive Ländervertretungen, RKI sieht sich nicht permanent als Mitglied dieser AG und möchte sich zurückhalten und nur gezielt bei Fragen unterstützen</li> </ul>	<p>FG32/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Manchmal werden auf politischer Ebene Wünsche geäußert (und durchgesetzt) von denen angenommen wird, dass sie einfach sind, wo jedoch technische Infrastruktur nicht gegeben ist</p> <p>! 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</p> <p>! Was kann RKI zur Lösung beitragen? Nicht klar, eindeutige Kommunikation?</p> <p>! Ist bekannt wie die einzelnen deutschen PoEs es gestalten? Nein, ist am RKI nicht bekannt, es läuft aktuell eine BMG-Abfrage bei der AGI, Verständnis hiervon ist sehr wichtig</p> <p>! Parallel versucht Janna Seifried (Abt. 3) Teststationen für die Voxco-Abfrage einzubinden</p> <p>! Eckmanns, AL1 und AL3 sollten sich auf Basis der Strategie zur molekularer Surveillance zusammen setzen um dies zu besprechen, eventuell können Knackpunkte und Bruchstellen für weiterführende Diskussion visualisiert werden</p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 14.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Inessa Markus
  - Ariane Halm
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Gyde Steffen
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Nadine Muller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Christophe Bayer





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Ca. 20,6 Mio. Fälle und ca. 750.000 Verstorbene (3,6%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bleiben unverändert</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 35 Länder mit 7-Tages-Inzidenz &gt;50</li> <li>○ Neu dazugekommen: Afrika: Eswatini, Amerika: Belize, Europa: Malta</li> <li>○ Nicht mehr dabei sind: Oman, San Marino, Luxemburg</li> </ul> </li> <li>! Zusammenfassung der Europäischen Subregionen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Länder mit &gt;50 neue Fälle /100.000 Einw. in letzten 2 Tagen: einzelne Regionen in Albanien, Belgien, Bosnien und Herzegowina, Nordmazedonien, Rumänien, Spanien</li> </ul> </li> <li>! Spanien: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Situation hat sich in letzten 2 Wochen verschlimmert. Insgesamt mehr als 300.000 Fälle mit ca. 28.500 Todesfällen, fast 9% Fallsterblichkeit</li> <li>○ In letzten 7 Tagen jedoch nur 0,23% Fallsterblichkeit, aktuellen Fälle sind jünger, als in Frühphase</li> <li>○ 7-Tagesinzidenz landesweit knapp über 50</li> <li>○ Balearen mit 7T-Inzidenz von 64,13, fast 90% junge Leute</li> <li>○ Wie groß ist der Anteil von spanischen Touristen? Keine Information hierzu gefunden, wird recherchiert.</li> <li>○ Wie viele haben Symptome und welche Symptome treten bei Fällen unter jungen Leuten auf? Keine Angaben hierzu, asymptomatische und milde Fälle steigen</li> <li>○ Sorge: Ballermann als neues Ischgl</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz geht in verschiedenen Gebieten in Spanien hoch, im BMG wird Risikoeinstufung beraten.</li> <li>○ Aktuelle Zahl an Todesfälle sagt noch nichts über tatsächliche Todesfälle aus, da deutlicher Zeitverzug bei Todesfällen.</li> </ul> <p>! Italien und Malta</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Malta neu dazugekommen, Fälle steigen, aber nicht Todesfälle</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 221.413 (+1.449), davon 9.225 (4,2%) Todesfälle (+14), Inzidenz 266/100.000 Einw., ca. 200.200 Genesene, Reff=1,08; 7T Reff=1,14 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutlich über 1.000 neue Fälle</li> </ul> </li> <li>○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berlin hat gestern keine Daten übermittelt. In Bayern nicht erfasste Testergebnisse werden irgendwann für Zuwachs sorgen.</li> <li>▪ Nur 3 BL mit 1stelligem Anstieg der Fallzahl</li> <li>▪ höchste 7-Tages Inzidenz in NRW</li> </ul> </li> <li>○ Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stabil um die 1</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr eindrucksvoller Anstieg der 7-Tages-Inzidenz</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur noch 29 LK ohne Fälle, eher im Osten von Deutschland</li> <li>▪ NRW sticht farblich hervor</li> <li>▪ Inzidenz im LK Dingolfing immer noch deutlich &gt; 50</li> <li>▪ Weitere 7 LK mit Inzidenz &gt;25</li> </ul> </li> <li>○ Landkreise mit höchsten Fallzahlen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 10 LK über 100 Fälle aufgetreten, vor allem in Großstädten. Noch wurden keine Kapazitätsengpässe</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>berichtet, Befürchtung GA kommen an Grenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einige LK mit Inzidenzen knapp unter 25</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SK Herne: noch keine offiziellen Informationen, vermutlich auf Reiserückkehrer zurückzuführen</li> <li>▪ SK Stuttgart: erst Reiserückkehrer aus Partyort in Kroatien, führte zu Folgeinfektionen (Geburtstagsfeier) in Deutschland</li> </ul> </li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 Wochen Verzug, aktuellste Daten von Juli: Es gibt keine Übersterblichkeit mehr.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Befürchtung: Anstieg wird sich weiter fortsetzen und beschleunigen, nur wenige Interventionsmöglichkeiten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern wurde beim Expertenbeirat Influenza bei einem Gespräch mit Hr. Dietrich von BzGA zum Ausdruck gebracht, dass ein stärkeres Engagement der BzGA wünschenswert wäre. BzGA hat Erfahrungen mit Kampagnen, die mehr auf Situation eingehen und nicht nur auf Risikogruppen. Es fehlen Mittel diese umzusetzen. Vorrangig sollten junge Männer angesprochen werden.</li> <li>○ Verhaltensänderungen von Menschen über einen langen Zeitraum zu bewirken ist schwierig. Wenig Hoffnung, dass Appelle erfolgreich sind.</li> <li>○ War nicht eine bildhafte Darstellung von typischen Ansteckungssituationen geplant? Vielleicht ist man auf dieser Ebene erfolgreicher.</li> <li>○ Studie des MPI dazu, wie sich Leute Informationen suchen, kommt zu dem Schluss, dass sich jüngere Leute weniger informieren und auch nicht bei klassischen Informationskanälen. BzGA hat eigentlich Konzepte, wie sie zielgruppenspezifisch informieren kann.</li> <li>○ Einzelne Botschaften sollten konkret formuliert werden: Gefahr eines Eintrags von jungen zu älteren Personen, Abstand halten, kleinere Feiern, Risikogebiete meiden.</li> <li>○ Anmerkung fürs BMG: Nur über Risikogebiete und Reiserückkehrer zu sprechen, lenkt den Fokus in die falsche Richtung. Der Positivenanteil ist bei Reiserückkehrern nicht</li> </ul>	<p>Ariane Halm FG32 / FG34 / PAE</p>
--	--	--

	<p>viel höher als im Land. Nicht geredet wird über Informationskampagnen, die eigentlich adressiert werden sollten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Bayer sieht das genauso, sollte bei morgendlicher Lage angesprochen werden, auch die Risikokommunikation. Beides wurde bereits diverse Male vorgebracht.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Evtl. Text dazu im Epid. Bull, besser noch, im täglichen Situationsbericht die Einschätzung verstärken.</li> <li>○ Zusammenstellung, wo sich Leute infizieren, könnte sinnvoll sein.</li> </ul> <p>! Unterstützung GA Neukölln (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallcluster in Harzer Kiez identifiziert durch freiwillige Testungen in Berliner Schulen, Roma-stämmige Gemeinschaft der Pfingstkirche</li> <li>○ 13.06: 14-tägiger Quarantäneanordnung, 15.-19.06. mehrmalige freiwillige Testungen, 22.06. Amtshilfeersuchen, 23.06. erstes Treffen im GA</li> <li>○ Ziele der Amtshilfe: deskriptive Analyse des Geschehens, Evaluierung und Verbesserungsvorschläge für Datenmanagement.</li> <li>○ Wunsch nach SurvNet-Schulung und Unterstützung bei zukünftiger Signalerkennung wurde an FG31 weitergeleitet</li> <li>○ Ende der Häuserblockquarantäne am 26.06.20, freiwillige Testungen von 24.-25.06.2020, Abstrichnahme durch GA- und RKI-Mitarbeitende, Probenanalyse teilweise am RKI</li> <li>○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 369 Wohneinheiten betroffen, 1.027 Personen erfasst, 730 hatten mind. 1 Testergebnis, 109 wurden mind. einmal positiv getestet</li> <li>▪ Zeitlicher Verlauf: neue Fälle während Quarantäne aufgetreten</li> <li>▪ Nach Altersgruppe und Geschlecht: Geschlecht ausgeglichen, 51% unter 18, keine Fälle über 60 Jahre</li> <li>▪ Erkrankungsrate (unter erfassten Bewohnern) nach</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Häuserblock: 4%-17%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallanteil unter allen getesteten Personen: 3% - 26%</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Limitationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ durch Datenqualität und -verfügbarkeit sehr limitiert, Nenner unbekannt, Untererfassung dort lebender Personen möglich</li> <li>▪ Quarantäne nicht von allen Personen eingehalten,</li> <li>▪ Befürchtung der Bewohner, dass bei pos. Test die Quarantäne verlängert werden könnte</li> <li>▪ 40 Proben verloren gegangen</li> </ul> </li> <li>○ Schlussfolgerungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unsicher, ob Ausbruch beendet ist, Angebot der separaten Unterbringung der Fälle wurde nicht angenommen</li> <li>▪ Quarantänenmanagement in vielen Bereichen der Situation angepasst</li> <li>▪ Komplette Quarantäne der Häuserblöcke evtl. nicht nötig gewesen?</li> </ul> </li> <li>○ Empfehlungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ weitere niederschwellige Testangebote und gesundheitliche Ausklärung, Verbesserung des Datenmanagements, Austausch mit anderen GA mit ähnlichen COVID-19 Geschehen zu Erfahrungen</li> </ul> </li> <li>○ Einreichung für ESCAIDE? Vielleicht nicht genug für wissenschaftliche Publikation, evtl. Veröffentlichung im Epid. Bull.?</li> <li>○ 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?</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Heute Morgen Austausch mit indischer Botschaft in Berlin: Kooperation mit indischem Public Health Institut wurde anregt, großes Lob für RKI Webseite.</p>	ZIG

	<p>! Im Rahmen von Corona global sind viele Projekte für die nächsten 2 Jahre geplant. Die Projekte müssen gebündelt werden, hierzu wird nächste Woche ein Meeting stattfinden.</p> <p>! Hilfeersuchen aus Usbekistan eine Mission zu entsenden</p> <p>! Bitte um Unterstützung aus Kosovo: hier besteht durch die Verknüpfung mit Reiserückkehrern großes Interesse vom BMG.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit dem Kosovo gab es bereits Projekte, deshalb einige Mitarbeiter (FG32) mit Kontakten zu Kollegen im Kosovo</li> </ul> <p>! Das Ausweisen der Risikogebiete bedeutet ein enormes Arbeitsvolumen für Public Health Intelligence</p> <p>! Anerkennung PCR-Testung aus Risikogebieten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus Telefonhotline: GA haben Schwierigkeiten mit Anerkennung von PCR-Testung, wenn sie im Ausland durchgeführt wurden.</li> <li>○ In Epilag vom 04.08. kam die gleiche Frage auf, Fr. an der Heiden zirkuliert die Antwort.</li> <li>○ Ursprünglich wurden Länder ausgewiesen und ISO Normen genannt. Aufgrund der aktuellen Rechtsituation (laufende Gerichtsverfahren) mussten diese entfernt werden.</li> <li>○ Aus Lagezentrum BMG: Hinweis auf ISO wurde bewusst gestrichen, jeder PCR-Test aus Liste von RKI ist anzuerkennen.</li> </ul> <p>! Positivenanteil bei Testung von Reiserückkehrern (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schwer herauszufinden, wie viele Testungen bei Reiserückkehrern stattfanden, wo Testzentren existieren und welche Labore angebunden sind. Teilweise handelt es sich um Labore, die bisher noch nicht in Erscheinung getreten sind.</li> <li>○ Informationen wurden per Telefon und Email von den Laboren erhoben.</li> <li>○ Frage nach Testungen von Reiserückkehrern wurde in Testlaborabfrage implementiert (ab Montag). Es ist jedoch fraglich, ob Labore diese von anderen Einsendern unterscheiden können. Frage auf Anforderungsschein nicht vorhanden, müsste händisch vermerkt werden.</li> <li>○ Ganze Reihe von verschiedenen Testzentren: Flughäfen, Autobahnen, (Bus-)Bahnhöfen, Fähren</li> <li>○ Testergebnisse – erfasste Positivenraten bei Einreisenden: Bayern: 0,5-3%, sonst zumeist Positivenraten um 1%, zusammengefasste Daten aus Flughäfen: 1,3%.</li> <li>○ Nur im Südosten von Bayern erhöhte Positivenraten: Passau: 3% (spricht für osteuropäische Regionen, Arbeiter, Erntehelfer) und Traunstein: 1,9%. Bei allen andern Teststellen weicht die Positivenquote kaum von der Quote der gesamten Testungen in Deutschland ab. Rückkehrer haben kein zusätzliches Risiko.</li> <li>○ Berücksichtigt werden sollte, dass nicht nur bei Rückkehrern aus Risikogebieten getestet wird.</li> <li>○ Es gibt keine Info, ob die positiv Getesteten symptomatisch oder asymptomatisch waren.</li> </ul>	<p>AL1</p> <p>AL3</p>
--	--	-----------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Kleist hat angeboten, Tests zu modellieren. Dies könnte für Kommunikation mit Politik genutzt werden.</li> <li>○ Nicht der Ort vermittelt das Risiko, sondern das Verhalten! Statt einer Konzentration auf Orte, sollte das Verhalten der Personen adressiert werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ International werden zurzeit gegenseitig Regionen zu Risikogebieten erklärt. Wie könnte RKI die Daten am besten für politische Lösungen aufbereiten, die mehr Sinn machen?</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! 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.</p> <p><i>ToDo: Hr. Haas erstellt Entwurf für Text und zirkuliert diesen im Verteiler Krisenstab; am Montag Besprechung im Krisenstab</i></p> <p>! Abschnitt zu Superspreading Event ist sehr gelungen und könnte verlinkt werden.</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Ziemlicher Anstieg von Presseanfragen seit Mittwoch</p> <p>! Es gibt viele Anfragen zu den Testungen bei Reiserückkehrern. Ist geplant, die Zahlen zu veröffentlichen? Im Moment wird auf Anfragen geantwortet, dass Angaben nicht verfügbar sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlen sind noch zu brisant und zu unsicher. Es kann auch auf die Länder verwiesen werden. Diese sollten relevante Zahlen selbst veröffentlichen (Abt. 1 hat Linksammlung)</li> <li>○ Die Recherche zur Testung bei Reiserückkehrern fand auf Wunsch des BMG statt, eine verlässliche Aussage kann nicht</li> </ul>	Presse

	<p>getroffen werden.</p> <p>! Zeitgleich zur Krisenstabsitzung findet PK in Kupferzell statt.</p>	
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Relativ diffuse Themenlage: Impfen und Impfstrategien für Herbst, Testansätze, verschiedene kleinere Themen</p> <p>! Besorgnis wegen steigender Fallzahlen</p> <p>! Fokus liegt auf Risikogebieten, Vorkommnissen in Bayern</p> <p>! Fr. Andernach nimmt Hinweis mit, dass ein Großteil der Fälle sich in Deutschland infiziert. Da, mit Ende der Reisezeit, der Anteil der Reiserückkehrer unter den Fällen wieder sinken wird, wird die Fokussierung darauf wieder abnehmen.</p>	BMG-Liaison
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>!</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Vorgestern wurde versehentlich eine alte Version (vor Überarbeitung im Krisenstab) des Strategiepapiers veröffentlicht. (Anmerkung Datum in Dateinamen sinnvoll)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nun soll das Papier nochmal kurz überarbeitet werden, der Teil zur Impfung mit Hr. Wichmann besprochen und bis Ende nächster Woche fertig gestellt werden. -&gt; Weiterverfolgung des Fortgangs im Krisenstab</li> <li>○ Für die Vorstellung des Papiers wird zusammen mit dem BMG ein passender Weg gesucht.</li> </ul> <p>! Labore haben keine langreichenden Reserven an Testkits. Deshalb wurde in die Laborabfrage die Frage eingefügt, für wie viele Tage im Voraus die Labore Materialien haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es ist unwahrscheinlich, dass die hohe Testkapazität für längere Zeit beibehalten werden kann. Der Markt für Testkits wird sich vermutlich verknappen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Für nächsten Bericht mit Ausweisung der Testzahlen soll in Abstimmung mit BMG Disclaimer formuliert werde.</i></p>	<p>ZIG / Alle</p> <p>Abt.3</p>
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! am Montag: Besprechen des Entwurfs zur Definition Reinfektion</p> <p>! Änderungen im Kontaktpersonenpapier: noch nicht veröffentlicht</p>	





9	<b>Informationen zu Arbeitsschutz</b> ! Nicht besprochen	
10	<b>Labordiagnostik</b> ! Nicht besprochen	
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! UBA-Stellungnahme zur Lüftung veröffentlicht, verlinkt in FAQ zu Aerosolen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI war an Abstimmung des Dokumentes der UBA beteiligt.</li> <li>○ Dokument ist anwenderfreundlich geschrieben. Link wird versendet, evtl. falls Zeit auch kurze Vorstellung im Krisenstab.</li> </ul>	FG14
13	<b>Surveillance</b> ! Clinco100, Studie zu Symptomprävalenz und –dauer bei Erkrankten mit leichtem Verlauf (Folien <a href="#">hier</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Amtshilfeersuchen des GA Berlin-Mitte 03/2020 zur Aufarbeitung eines Ausbruchs in einem Nachtclub</li> <li>○ In Routinearbeit war aufgefallen, dass viele Patienten nach 14 Tagen noch Symptome haben.</li> <li>○ Es gibt wenige klinisch-epidemiologische Studien bei ambulanten Patienten mit mildem Verlauf, gleichzeitig Berichte zu gesundheitlichen Langzeitfolgen auch bei leichtem Verlauf.</li> <li>○ Alle Pat eingeschlossen, die nicht hospitalisiert waren und vor 9. Tag nach Symptombeginn gemeldet wurden.</li> <li>○ Befragung von 102 Erkrankten, nach 1.bzw. 2. Woche; 14-Tage tagesgenaue Symptombdokumentation; an Tag 30 erneute Befragung; an Tag 60 Befragung von Personen, die an Tag 30 noch symptomatisch waren.</li> <li>○ Fragen zu spezifischen Symptomen und deren Intensität sowie zum Krankheitsgefühl.</li> <li>○ Relativ junge Population (Median 35 Jahre) mit wenig Komorbiditäten, 50% Gesundheitsmitarbeitende.</li> <li>○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 94% der Befragten fühlen sich krank, am häufigsten genannt wurde allgemeines Krankheitsgefühl, Kopfschmerzen, Schnupfen, Muskelschmerzen, Husten.</li> <li>▪ Symptomprävalenz im zeitlichen Verlauf: Schnupfen und Husten waren relativ gleichmäßig über beide Wochen verteilt. Kopf- und Muskelschmerzen traten vor allem an den ersten Krankheitstagen auf,</li> </ul> </li> </ul>	FG32 Nadine Müller

	<p>Geruchs- und Geschmacksstörungen eher ab der 2. Woche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Median fühlten sich die Patienten 11 Tag krank. An Tag 30 fühlte sich immer noch 1/3 krank.</li> <li>▪ 42% haben an Tag 30 noch min. ein Symptom.</li> <li>▪ Mehr als die Hälfte (56%) der Erkrankten mit Symptomen an Tag 30 hat auch an Tag 60 noch Symptome.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schlussfolgerungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Symptomprävalenz unterscheidet sich zu Pat. mit schweren Verläufen.</li> <li>▪ Persistierende Symptome sind auch 2 Monate nach Symptombeginn nicht selten.</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wie kann Riechstörung objektiviert werden? Was konnten die Pat. nicht riechen? Es gibt qualitative Daten hierzu, die aber noch nicht ausgewertet sind.</li> <li>○ Wie sollte das kommuniziert werden? Es handelt sich um wirklich relevante Ergebnisse zur jungen Altersgruppe. 25% fühlen sich nach einer Woche noch schwer krank. Wie kann das zeitnah kommuniziert werden? Geplant ist eine internationale Veröffentlichung.</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Symptommfreiheit soll in Software berücksichtigt werden, wie könnte das am besten erfragt werden. Diskussion in kleinerer Runde.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Position internationale Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Bei Amtshilfeersuchen soll geantwortet werden, dass dies im Moment aus Kapazitätsgründen nicht übernommen werden kann.</li> <li>○ Es wurde beschlossen, die KoNa ab dem Wochenende einzuschränken. Dies soll am Montag nochmal von Hr.</li> </ul>	FG32



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Schaade bestätigt werden.</p> <p>! Aussteigekarten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feedback von TK IGV-benannter Flughäfen liefert ein sehr buntes Bild: Brandenburg z.B. erhält sie nicht, Bayern verwendet sie nicht; zum Teil Überlastung der Faxnummern oder Stapeln der Karten</li> <li>○ Projekt zur elektronischen Aussteigekarte: RKI möchte nicht permanenter Partner sein, wie soll hier weiterverfahren werden?</li> <li>○ Es wird keine technische nur inhaltliche Unterstützung erwartet, umfasst wöchentlich 1-2 Besprechungen und würde ca. 50% der Arbeitszeit einer Person binden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 17.08.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	17.08.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog

- Claudia Schulz-Weidhaas
- Michaela Niebank
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Basil Karo
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BMG
  - Christophe Bayer
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <p style="padding-left: 40px;">Indien hat die meisten neuen Fälle</p> <p style="padding-left: 40px;">Die anteilig größte Zunahme zeigt sich in Kolumbien</p> <p style="padding-left: 40px;">Spanien als einziges EU-Land gelistet</p> <p style="padding-left: 40px;">Absteigender Trend in den USA, Russisch. Föderation, Südafrika als auch in Chile</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner</p> <p style="padding-left: 40px;">35 Länder mit 7-T.-Inz. &gt; 50/100.00 Ew.</p> <p style="padding-left: 40px;">Neu dabei sind: Kasachstan mit 50,3 und Luxemburg 53,1</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 EW, WHO EURO</p> <p>! Zusammenfassung der Europäischen Subregionen mit &gt;50 Fällen/ 100k Ew.</p> <p style="padding-left: 40px;">Neu in der Liste: In SPANIEN: Region Rioja, CH: Genf, LUX: Region Luxemburg, SCHWEDEN: Kronoberg, KROATIEN: Splitsko-Dalmatinska</p> <p style="padding-left: 40px;">Nicht mehr dabei Albanien, Bulgarien, Serbien</p> <p>! Situation in Splitsko-Dalmatinska (Kroatien)</p> <p style="padding-left: 40px;">Kroatien: 7-T.-Inzidenz 21,61, aber Region Split liegt bei 50,92</p> <p style="padding-left: 40px;">Obere rote Kurve zeigt die aktuellen Fälle: Eine zweite Welle, die bereits etwas abfällt</p> <p style="padding-left: 40px;">pos. Testrate bleibt niedrig</p> <p style="padding-left: 40px;">30% der Touristen in Region waren Deutsche, inwieweit diese infiziert sind, ist nicht bekannt.</p>	<p>ZIG1</p> <p>BMG</p> <p>Diercke/ FG32</p>

	<p>! BMG bedankt sich für die Unterstützung am Freitag und betont Reiserückkehrer sind ein Teil der Probleme nicht das ganze Problem</p> <p>! ZIG1 behält Entwicklung in Paris im Auge und auch weitere Risikogebiet-Ausweisung anderer Länder</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>561 Fälle , insgesamt kaum Änderung</p> <p>! Fälle und Todesfälle pro BL</p> <p>am WE übermitteln wieder alle BL</p> <p>fast Hälfte aller Fälle aus NRW</p> <p>! 7-T.-Inz. nach Meldedatum BL</p> <p>über Bundesdurchschnitt liegen als Spitzenreiter NRW, danach in der Reihenfolge: Berlin, Hessen, Hamburg, Bayern</p> <p>! Nowcasting-Schätzung R</p> <p>Vergleichbar zu den Vortagen</p> <p>! Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.</p> <p>5 LK mit &gt;25-50 Fällen/100k Ew. 0 LK mit &gt;50-100 Fällen/100k Ew. 1 LK mit &gt;100-500 Fällen/100k Ew. (LK Dingolfing-Landau)</p> <p>! LK mit den höchsten Fallzahlen in letzten 7 T.</p> <p>gerade in NRW LK mit höheren Fallzahlen wird zurzeit auf Reiserückkehrer geschoben Top 15 sind meist sehr bevölkerungsreiche SK</p> <p>! Update Ausbrüche</p> <p>LK Ding.-Landau bekannter Ausbruch, dennoch in letzten 7 T. über 100 Fälle. Düsseldorf zwei pos. Fußballbundesligaspieler</p> <p>! Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach MW)</p> <p>Angaben zur Epi blau; Variable: Bestand Kontakt zu einem bestätigtem Fall Variable bei weniger als 1/3 der Fälle angegeben: Wenn ausgefüllt, dann hoher Anteil (um 91%) bestand Kontakt zu einem bestätigten Fall In 25. KW ist höherer Anteil an Fällen mit Ausbruch-ID wahrscheinlich im Zusammenhang mit Gütersloh Der noch geringe Anteil mit Ausbruch in 32./33. KW wird wahrscheinlich noch nachgetragen Ab 20.KW ist in Kombination (grün) ein epidemiolog. Link oder Ausbruch bei 50-60% der Fälle vorhanden</p>	<p>Rexroth/ FG32</p>
--	---	--------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach BL)</p> <p>nach BL unterschiedlich gut ausgefüllt</p> <p>! Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach Meldesoftware)</p> <p>nach Software bei SurvNet 50% mit epidemiologischem Link; hingegen Octoware nicht so vollständig</p> <p>! GA werden ihr Meldeverhalten im BL-vergleich zurückgemeldet bekommen. Auf welchem Wege über AGI oder Landesbehörden wird noch entschieden.</p> <p>COVID-19 Deutschland, Trends KW 27-33 nach Alter, Geschlecht und Region, SurvStat Abfrage (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! COVID-19 Inz. nach Altersgruppen</p> <p>Zurzeit haben die 20-24-jährigen eine höhere Inz. als die anderen Altersgruppen. Im zeitlichen Verlauf: Ab KW10 zunächst 50-59-jährigen und jüngere betroffen; ab KW13 Inz. bei 80+-jährigen deutlich am höchsten.</p> <p>! COVID-19 Inz., Altersgruppe 20-29 Jahre</p> <p>Innerhalb 20-29-jährigen waren von KW13 bis KW16 mehr Frauen betroffen. Vermutlich Pflegefachkräfte. Seit KW18 fluktuierend immer mal wieder mehr Männer Aber seit KW32/33 deutlich mehr Männer</p> <p>! COVID-19-Inz. Altersgruppen 15-29 Jahre</p> <p>Ähnliche Tendenz: Mehr Männer auch bei 15-19-jährigen, aber am deutlichsten bei 20-29-jährigen Männern höhere Inz. als bei Frauen dieser Altersgruppe.</p> <p>! COVID-19-Inz. 25-29-jährige nach BL, MW 27-33</p> <p>NRW höchste Inz. von MW28-33</p> <p>! COVID-19-Inz. 20-24-jährige nach BL, MW 27-33</p> <p>Gemischteres Bild, aber seit MW29 in allen BL steigende Tendenz In MW32 peak in BaWü In MW33 steiler Anstieg in Berlin, Hessen, Bayern; NRW bleibt auf hohem Niveau</p> <p>! COVID-19-Inz. 20-24-jährige Männer nach BL, MW 27-33</p> <p>nur noch Männer HH auffällig, gerade in NRW höheres Niveau, Berlin und Bayern steigend</p> <p>! LK mit höchsten COVID-19-Inz. unter 20-24-jährigen Männern,</p>	<p>Inst.-Leitung</p> <p>Haas/FG36</p>
--	--	---------------------------------------



MW 27-33

In manchen LK Inzidenzen über 300 bei jüngeren Männern in BAY

! SK München: Fallzahlen, MW 27-33

mehr Männer als Frauen

20-24-jährige: seit MW31 steigend, seit MW32 höchste Fallzahl

25-29-jährige seit MW29 steigend, zurzeit zweithöchste Fallzahlen

! SK Köln: Fallzahlen, MW 27-33

Seit MW32 mehr Frauen als Männer

20-24-jährige und 30-34-jährige haben höchste Fallzahl

! SK Hamburg: Fallzahlen, MW 27-33

Nur in MW32 deutlich mehr Männer

Seit MW30 steigen fast alle Altersgruppen

! SK Duisburg: Fallzahlen, MW 27-33

Zurzeit Geschlechter vergleichbare Fallzahlen

Sehr heterogen bei Altersgruppen; seit MW32 höchste Fallzahlen bei 15-19-jährigen sowie 40-44-jährigen

! SK Frankfurt: Fallzahlen, MW 27-33

Zurzeit mehr Männer

Kann man sehen, es sind nicht alle Altersgruppen gleich betroffen. Aber eher junge Männer

! Im Lagebericht diese Auswertung einfügen

Update Corona-KiTa-Studie

Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren (Folien [hier](#))

! GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen

Akute resp. Infektionen haben das Vorjahresniveau erreicht; Barrieren, wie beim lock down, nicht mehr aktiv

! Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre

Anzahl der Fälle seit KW22 steigende Tendenz

Fälle im Alter 0-5 Jahre, entspricht Anteil von 1,9% an allen übermittelten Fällen

! Inz. und Anteil nach Altersgruppe

Alle betrachteten Altersgruppen zeigen steigende Tendenz

! Ausbrüche in Kindergärten/Horte

Hier zu beachten: Daten in KW32/33 noch nicht vorhanden  
Größere Fallzahlen bei ältere als 15 Jahren



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Ausbrüche in Schulen</p> <p>Insgesamt 36 Ausbrüche in Schulen im SurvNet: eher bei älteren Kindern, aus den letzten zwei Wochen keine Daten</p> <p><b>ToDo: Lagebericht: SurvStat-Auswertung einfügen, dass zurzeit vermehrt junge Männer betroffen sind.</b></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p>! Update digitale Projekte (nur montags)</p> <p>! Corona WarnApp (CWA) kostet viele Ressourcen, um an dieser Stelle auskunftsfähig zu bleiben, gegenüber den berechtigten Anfragen. Updates sind nicht so gut gelaufen wie erhofft. Bittet um 15 min Gespräch dazu in der nächsten Woche.</p> <p>! Europäisch kompatibel ausgerichtete CWA ist mit Ressourcen nicht zu leisten, obwohl dies legitime Überlegungen sind.</p> <p>! Grundsätzlich erfordert die Funktionalität durch wiederkehrende Modifikationen der Betriebssysteme (Google, Apple) viel Arbeit.</p> <p>! Müssen stärker in die Evaluation der CWA gehen.</p> <p><b>ToDo: Hr. Schmich bereitet für nächsten Montag 15 min. Update zum Stand der CWA vor</b></p>	Schmich/ FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Aktualisierung der Risikobewertung</p> <p>! Vorstellung der Änderungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hinweis auf Anstieg der Fallzahlen</li> <li>-Bundesweit zu größeren und kleineren Infektionsgeschehen</li> <li>-Auch Reiserückkehrer tragen dazu bei</li> <li>-Betonung, dass wir noch viel zu COVID dazulernen müssen</li> <li>-RKI schätzt die Gefährdung als hoch und für Risikogruppen als sehr hoch ein (Nur Formulierung geändert, Inhalt war schon)</li> <li>-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.</li> <li>-Individuelle Risiko kann epidemiologisch nicht abgeleitet werden. Ziel definieren: Zahlen niedrig halten</li> </ul> <p>! Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung als ausführlichere Gestaltung wird von Mehrheit angenommen</p> <p>! Deutschland bleibt bei cluster transmission, auch wenn die LK mit 0 Fällen weniger werden. Noch keine community</p>	Haas/ Rexroth/Alle

	<p>transmission. ! Presse bittet um Einfügen des Vermeidens von Menschenansammlungen</p> <p><b><i>ToDo: Abt.3 diskutiert seine Haltung zur community transmission vor</i></b></p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Übersetzung der Info in verschiedene Sprachen</p> <p>! Visualisieren von Risikosituationen, um alle anzusprechen</p> <p>! Bitten darum, dass die Ergebnisse zu den Geschlechtern nicht überbetont werden. Eher eine Solidarisierung anstreben</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Anfang September ist Wiedereröffnung des RKI Museums geplant. Stimmen alle dieser zu? Aus Zeitgründen Entscheidung verschoben</p> <p><b><i>ToDo: Wiedereröffnung des RKI Museums nächsten Montag (24.08.20) diskutieren</i></b></p>	BZgA
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nichts Neues</p>	BMG-Liaison (durch FG32)
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Aktuelle Entwicklungen zum COVID-19-Impfstoffe</p> <p>Update – COVID-19 Impfstoff-Entwicklung und Einführung der Impfung in Deutschland (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Überblick Impfstoffentwicklung COVID-19</p> <p>Weltweit gibt es über 170 Projekte für die Entwicklung von COVID-19 Impfstoffen</p> <p>Aktuell 26 Impfstoffe in der klinischen Entwicklung in Europa, USA, Asien / China, Aus</p>	Wichmann/ FG33



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Individuelle Entwicklungsprogramme werden kontinuierlich adaptiert</p> <p>Die meisten Impfstoffe werden global entwickelt</p> <p>In Phase 3 sind 7 Impfstoffe Zugelassen ist bisher kein Impfstoff</p> <p>! Impfstoffe, die für eine zeitnahe Impfung in Dtl. derzeit in Betracht kommen (Liste nach PEI)</p> <p>7 Impfstoffe</p> <p>Von denen hat Oxford/AstraZeneca einen Vertrag mit der EU über 400 Mio. Impfdosen</p> <p>! Oxford/AstraZeneca - ChAdOx1 nCoV-19</p> <p>Oxford/AstraZeneca im Vgl zu Menigokokken Impfstoff</p> <p>2-malige Impfung wahrscheinlich nötig</p> <p>! Safety &amp; WT-NT Immunogenität von Oxford/AstraZeneca</p> <p>Oben zeigt gelber Streifen Reaktogenität, unten Immunität, nach erster Dosis noch unter Zielwert</p> <p>Quelle: Folegatti et al. Lancet, 2020</p> <p>! Moderna - mRNA mit Lipid Nanopartikel (LNP)</p> <p>Ergebnisse Phase 1/2 publiziert: Jackson et al. NEJM, 2020</p> <p>Placebo-kontrollierte Phase 3-Studie in USA seit Ende Juli</p> <p>! Moderna -mRNA-1273 - Nebenwirkungsprofil</p> <p>Vergleich der Dosengruppen hinsichtlich den Nebenwirkungen</p> <p>keine schwerwiegende Nebenwirkungen, aber im Vgl zu herkömmlichen Impfstoffen schon mehr</p> <p>! Moderna -mRNA-1273 - Immunogenität</p> <p>Immunogenität überzeugender als bei Oxford, nach der zweiten Impfung liegen Werte über denen von Rekonvaleszenten, sehr viel versprechend</p> <p>! BioNTech-BN162b1 - DE-Studie, Neutralisierende Antikörper</p> <p>NT unter Nutzung verschiedener Virus Varianten</p> <p>! Novavax - NVX-CoV2373, adjuvantiert</p> <p>letzte Woche erste Daten publiziert: Immunogenität 4x höher als Rekonvaleszenten gefunden</p>	
--	--	--

	<p>Zu klärende Frage: Schutz der Impfstoff nur vor der Erkrankung oder vor der Weitergabe des Virus?</p> <p>! Neutralizing Antibody Responses</p> <p>Novavax Impfstoff nach 2. Impfung Antibodies höher als bei Rekonvaleszenten</p> <p>! Timelines &amp; Offene Fragen</p> <p>Vorliegende Daten/Studien sind alle Impfstoffe reaktogen Tatsächlicher Schutz zeigt sich erst in Phase 3 Studien Zulassung bei beiden Impfstoffen bis Ende des Jahres Mehrere Firmen haben schon mit der Impfstoff Produktion begonnen Initial werden wir keine Daten zu Kindern unter 18 Jahren haben. Erst nach Zulassung der Stoffe wird für Kinder getestet Wichtiger offener Punkt. Enhanced Disease: Dies bedeutet, dass bei Impfdurchbrüchen stärkere Erkrankung auftritt als bei Ungeimpften.</p> <p>! Von der Entwicklung bis zur Einführung</p> <p>Übersicht: Wie Abläufe bei der EMA Zulassung ab STIKO hat schon begonnen eine Empfehlung zu entwickeln, werden kontinuierlich aktualisieren; Priorisierung von Gruppen für Impfungen noch nicht erfolgt</p> <p>! FAQs zu COVID &amp; Impfen (Stand: 03.07.2020)</p> <p>! Vorstellung Konzept für die Einführung und Evaluation einer Impfung gegen COVID-19 in Deutschland</p> <p>! Nächste Schritte</p> <p>Konzept zur Umsetzung der Impfung (Routinesystem vs. Impfstellen)</p> <p>-Entscheidung BMG/Bundesländer steht aus</p> <p>Konzept zur Impfquoten-Erfassung</p> <p>-Entscheidung BMG steht aus (Konzept KV/GKV)</p> <p>Verhandlungen mit Herstellern / Teilnahme EU Joint Procurement</p> <p>-zu Impfstoffen laufen (BMG)</p> <p>-zu Nadeln / Spritzen = Abfrage Bundesländer</p> <p>Austausch mit Bundesländern</p> <p>-erster Termin Donnerstag diese Woche (AGI)</p> <p>-Entwurf eines Impf-Konzepts durch Bremen</p>	<p>Diercke/ FG32</p>
--	--	--------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	(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.	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b>	
<b>9</b>	<b>Informationen zu Arbeitsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> ! Neurolog. Surveillance eher zwanzigjährige betroffen. Dies passt zur SurvStat Auswertung. ! Michel: Knapp 10% Positiven Rate; diese ist etwas gesunken.	FG17 ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Falldefinition Reinfektion ! Aus Zeitgründen auf Mittwoch verschoben <b><i>ToDo: Auf Agenda für Mittwoch, den 19.08.20</i></b>	FG36
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> o Macht KoNa Sinn bei so kleinen Anteilen der Angaben zu Kontakten in den Meldungen? o Auch wenn wir in unseren Meldedaten dies nur in ¼ der Fälle sehen, wichtigste Info für unsere Handlungsempfehlungen o KoNa ist die ureigene Aufgabe des ÖGD	Inst.-leit.  Alle
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Keine benannt	
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Kristin Tolksdorf
  - Udo Buchholz
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
  - Michaela Niebank



- ! P1
  - Christina Leuker
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Sarah McFarland
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christophe Bayer



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weltweit &gt;21 Mio. Fälle, &gt;770.000 Todesfälle</li> <li>▪ Abstieg USA und russische Föderation, Brasilien stabil</li> <li>▪ Besonders starker Anstieg in Kolumbien, Peru, Philippinen</li> <li>▪ Indien: laut WHO am Montag 85% aller bestätigten Fälle in WHO SEARO Region</li> <li>▪ USA: abnehmender Trend mit Vorsicht zu deuten, evtl. technische Übermittlungsprobleme mit elektronischem Meldesystem in Kalifornien sowie weniger Testungen in den letzten Wochen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afrika: Seit Montag Südafrika (absteigender Trend) nicht mehr dabei</li> <li>▪ Asien: Kasachstan nicht mehr dabei</li> <li>▪ Europa: Malta laut ECDC Daten nicht mehr dabei</li> <li>▪ Amerikanischer Kontinent meiste Ländern mit Inzidenz &gt;59, dafür neu Gibraltar</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz und Fallzahlen subnational nach WHO EURO (<u>Datenstand 17.08.2020</u>): mehrere Subregionen in Spanien betroffen, in Belgien Brüssel, in der Schweiz Genf, 1 Region in Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien mehrere Regionen in Rumänien</li> <li>○ Zusammenfassung Europäische Subregionen (<u>Datenstand 18.08.2020</u>), nur EU EEA und Balkanländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu seit Montag: Albanien 2 Regionen, Bosnien und Herzegowina 2, Malta</li> <li>▪ Nicht mehr dabei seit Montag: Luxemburg und zwei Regionen in Rumänien</li> <li>▪ Hier Zusammenfassung dessen, was neu dazugekommen ist laut WHO Daten, nicht alle Länder mit Inzidenzen &gt;50 wurden erwähnt</li> </ul> </li> </ul> <p>! Lage Kroatien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde Montag präsentiert, Region Split-Dalmatien und nördlich davon Sibenik-Knin (74/100.000) mit hohen Inzidenzen, gefolgt von Lica-Senj</li> <li>○ Viele Rückkehrende aus Kroatien, in mehreren BL &gt;100 Fälle</li> <li>○ Betrifft vor allem junge Erwachsene</li> <li>○ Häufig wird die Aufenthaltsregion nicht spezifiziert, IfSG erwähnt Nennung des Landes (nicht der spezifischen</li> </ul>	ZIG1

	<p>Region),</p> <p>! BMG Kommentare</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute um 14:00 Risikogebietschalte</li> <li>○ Gestern Austausch mit Luxemburg, es stellte sich heraus dass ECDC möglicherweise eine Doppelzählung macht und residents und non-residents ausweist, trotz Pendler aus RP, soll ECDC zukünftig beachten, Zahlen nun deutlich niedriger</li> </ul> <p>! Lage Frankreich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit Juli steigende Fallzahlen, besonders letzte 4 Wochen</li> <li>○ 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</li> <li>○ Anzahl KKH Eingänge steigt, schwere Fälle nehmen weiterhin ab</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Départements entlang des Mittelmeers sind touristische Orte mit hoher Menschendichte</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Inzidenzen im Südosten sind in kurzer Zeit stark gestiegen (Verdopplung von 1 KW zur nächsten)</li> <li>○ 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 &gt;10 Personen verboten, Veranstaltungsverbot für &gt;5.000 TN</li> <li>○ Schulanfang im September soll normal stattfinden, mit MNB wenn Abstand nicht eingehalten werden kann</li> <li>○ In „Zonen aktiver Virusübertragung“ dürfen lokale Behörden zusätzliche Maßnahmen verfügen, z.B. Schließung öffentlicher Einrichtungen, Aufhebung von Versammlungen</li> <li>○ Karte Inzidenzen mit &gt;10/100.000</li> <li>○ Indikatoren zur Bewertung sind 7-Tage-Inzidenz, Anteil positiver Tests, RO und Belastung Intensivkapazitäten</li> <li>○ Gesamtbewertung für das Festland Frankreich (noch grün)</li> <li>○ Anstieg Fallzahlen auch entlang deutscher Grenzen, es</li> </ul>	<p>FG32</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gibt aktuell keine Beschränkung des Grenzverkehrs, z.B. Saarland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz an Deutschlands Grenzen zw. 10-13/100.000 Einw.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Fallzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zuletzt Ende April so großer Fallzahlenanstieg</li> <li>▪ 4 BL mit 1-stelligen Fallzahlen, großer Anstieg NRW</li> <li>▪ Wochenvergleich (im Lagebericht gestern): größter Zuwachs in BY, &gt;500 Fälle mehr in KW33 als KW32, dann NRW</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niedrigste 7-T-I im Juni mit 2,5/100.000, nun fast 4-mal so hoch</li> <li>▪ Inzidenzen von an Frankreich grenzenden Kreise zw. 5-25/100.000</li> <li>▪ Generell mehr Fälle im Westen und Südwesten als im Norden und Osten</li> <li>▪ Aktuell kein Kreis mit &gt;50/100.000</li> <li>▪ Aus nur 15 Kreisen wurden in letzten 7 Tagen keine Fälle übermittelt, 12 mit &gt;25/100.000</li> <li>▪ Deutschlandkarte Wochenvergleich illustriert deutlich die Veränderung (dunkleres Gelb verbreiteter)</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen: SK München, SK Frankfurt am Main, noch keine offiziellen Kapazitätsengpässe gemeldet, informell wird kommuniziert dass die zusätzliche Arbeitsbelastung spürbar ist</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche, in vielen Kreisen werden Reiserückkehrer für die Inzidenzen verantwortlich gemacht, z.B. Rückkehrende von Busreisen nach Kroatien</li> <li>○ Expositionsort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil Fälle mit Auslandsexposition: Anteil an allen Fällen (dunkel), Anteil an Fällen mit entsprechender Angabe (hell)</li> <li>▪ Konservativere Schätzung an allen Fällen (dunkel) erscheint valider, da GA bei Fällen mit Exposition in Deutschland häufig keine Details zum Kreis eintragen, wurde auch so in Lagebericht aufgenommen, ggf. in Zukunft Ausweisung beider Zahlen</li> <li>▪ Nach Altersgruppen hier vermehrt jüngere</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>Menschen, geringer Anteil bei älteren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am häufigsten genannte Expositionsländer: Kosovo, Türkei, Kroatien, Bulgarien, Anteil der Nennungen und nicht der Fälle (ein Fall kann <math>\geq 1</math> Nennung haben)</li> <li>▪ Daten wurden auch pro Meldewoche gewünscht, da Zahlen hoch genug sind werden hierzu für nächste Woche Ideen entwickelt</li> <li>▪ Aktuell erheblicher Anteil (knapp 40%) könnte dazu führen, dass Teststrategie als sinnvoll erachtet wird</li> <li>▪ Ort der Testung ist in Meldedaten nicht ausgewiesen, im Ausland erfolgte Testungen werden nicht erfasst</li> <li>▪ Positivenrate in Testzerten ist mit ca. 2% gering, viele Rückkehrer werden getestet <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl bei Reiserückkehrern kommt auch durch die Anzahl der Testungen zustande, diese Fälle stecken hoffentlich wenig andere an, da sie vorsichtig sind</li> </ul> </li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgruppen: Anteil Fälle jüngerer (bis 60) nimmt zu</li> <li>○ Auflistung nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen: Fallanteil, §33 (Schulen, Kitas, etc.) ist relativ hoch</li> </ul> <p>! Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Anzahl der positiven und negativen Testungen ist kontinuierlich und deutlich gestiegen, letzten Montag gab es die meisten Testungen</li> <li>○ In der Positivenrate gibt es insgesamt lediglich einen schwachen Anstieg, es stehen immer noch Nachmeldung aus</li> <li>○ Daten zum Testverzug werden unterschiedlich schnell geschickt und auch hier gibt es immer noch Anpassungen, aktuell besteht kein Grund zur Sorge</li> <li>○ Tests nach Abnahmeort tageweise dargestellt (Folie 7) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rot Arztpraxis, grün KKH, blau andere</li> <li>▪ Andere beinhaltet auch Teststationen, letztere sind nur durch komplexe Kleinarbeit auswertbar und datenschutzrechtlich schwierig (nicht für extern)</li> <li>▪ Steigende Testzahl im blauen Bereich am Wochenende</li> <li>▪ KKH Tests nehmen ab außer am Wochenende, weniger Menschen mit COVID-19 in KKH</li> <li>▪ Tests in Arztpraxen nehmen auch zu</li> <li>▪ Könnten Teststationen gesondert unter „anderen“ (blau) aufgeführt werden? Nicht einfach, muss an Zwischensoftwarehersteller geleitet werden, ggf. zusätzliche Kosten (ca. 50.000 Euro)</li> </ul> </li> <li>○ Testungen nach Altersgruppe: höchste Altersgruppe (<math>\geq 80</math>) stabil, 0-4 Jahre Anstieg KW25-27, aktuell vor allem Anstieg bei 15-59-jährigen</li> <li>○ Positivtestungen nach Altersgruppe: vor allem Anstieg bei 15-34-jährigen, möglicherweise viele Reiserückkehrer</li> </ul>	FG37
--	---	------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: soll das System erweitert werden (z.B. gesonderte Erfassung von Teststationen) durch mehr Ressourcen wenn es nicht langfristig bleibt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es sind wertvolle Daten die mindestens auf diesem Niveau weiter erhoben werden sollten bis DEMIS da ist, können auch anzeigen ob Kapazitätsgrenzen näher rücken</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Einbindung der Labore bleibt schleppend, die Hälfte der Labore (ca. 100) verfügen über entsprechende Zertifikate und Softwarelösung, werden erneut ermuntert auf freiwilliger Basis mitzumachen</li> <li>▪ BMG führt nächste Woche Eskalationsgespräch mit BFDI, ggf. ist BMG-Verordnung notwendig um Labore zu verpflichten</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ DEMIS Meldeinhalte können ggf. angepasst werden bezüglich als wertvoll geschätzter Daten</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ In 2 Wochen ist eine konkretere Aussage zum DEMIS-Zeitraumen möglich</li> <li>▪ ARS soll vorerst weitergeführt und die Datentiefe erweitert werden, 50.000 Euro für ein gut funktionierendes System sind sinnvoll investiert</li> <li>▪ Tim Eckmanns kontaktiert Softwarehersteller und berichtet</li> </ul> </li> <li>○ Es gab Anfragen (auch von intern) zu einer Ausschreibung des BMWi, Daten sollen auf Kreisebene ausgewertet werden, Bezug zu COVID-Stopp Projekt von Viviane Bremer? Nicht abschließend besprochen</li> </ul> <p>! Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: momentane ARE Raten auf Niveau von 2018-19, unspektakulär aber nicht niedriger als sonst, ebenso nach Altersgruppen, Kinderraten sind letzte Woche</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------

	<p>angestiegen und jetzt wieder niedriger, Erwachsene ungefähr gleichbleibend, beides auf dem Niveau der Vorsaisons</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ambulanter Bereich, Praxisindex: insgesamt Tief (Wanne) durch die Maßnahmen in KW12-26, jetzt wieder Anstieg und normales saisonales Verhalten</li> <li>○ Konsultationsinzidenz: bei 5-14 jährigen (orangefarbene Linie) kleiner Sprung nach oben ansonsten stabil</li> <li>○ Schulferien: in Berlin Brandenburg gehen die Kinder seit KW33 wieder in die Schule, in NRW Mitte der KW33, BY, BW haben aktuell noch Ferien</li> <li>○ Wo noch Ferien sind ist der ist Anstieg bei Kindern wieder rückläufig, in NRW gibt es insbesondere bei Schulkindern einen starken Anstieg, dieser kann jedoch nicht nur mit 3 Tagen Schule zusammenhängen, es dauert länger, bis sich die Schulöffnungen in den Daten widerspiegeln</li> <li>○ ICOSARI (1 Woche hinterher): normales saisonales Niveau, der Anstieg bei Kindern nach der Maßnahmenlockerung ist wieder zurückgegangen</li> <li>○ 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%</li> </ul> <p>! Schätzung der Hospitalisierungsinzidenz (hinter Folien zu syndromischer Surveillance <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus ICOSARI-KH-Sentinel: Gesamtzahl aller aufgenommenen (nicht nur respiratorisch bedingter) Patienten über Einzugspopulation der KKH (ca. 4,5 Mio.)</li> <li>○ Ab KW 11/2020 starke Abweichung der Gesamtzahl der Neuaufnahmen, in KW26 starker Ausschlag, dann wieder fast normale Auslastung</li> <li>○ Nach Altersgruppen: stärkster Rückgang bei 5-14-jährigen</li> <li>○ 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</li> <li>○ Nach Altersgruppen: am höchsten bei &gt;79-jährigen während der 1. Welle, ab KW20 sehr viel geringere Inzidenz, zw. 1-2/100.000 für alle Altersgruppen</li> <li>○ ICOSARI Hochrechnung liegt etwas über den Meldezahlen, in Meldedaten gibt es eine Untererfassung der hospitalisierten Fälle, in Hochzeiten waren es um die 6.000</li> <li>○ 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)</li> </ul>	<p>FG36</p>
--	---	-------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Generell wäre eine Nacherfassung notwendig, diese wird im Meldesystem von den GA nicht geleistet</li> <li>○ Abgleich der Daten diverser Systeme ist in der Übergangszeit sehr sinnvoll (auch bezogen auf ARS-Diskussion oben)</li> <li>○ Anteil der COVID-19-Fälle unter SARI-Patienten erscheint immer donnerstags im Lagebericht</li> <li>○ Wird ggf. im EpiBull publiziert</li> </ul> <p>! Auswertung Ausbrüche (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gruppe von MA aus FG36, FG31, FG34, FG32, AL3 hat Daten zu Ausbrüchen ausgewertet</li> <li>○ Gewisse Vorbedingungen mussten erfüllt sein um Ausbrüche in die Analyse zu integrieren (s. Folien)</li> <li>○ Auswertung wird im EpiBull veröffentlicht, diese Woche vorab online publiziert</li> <li>○ Anteil von Fällen an Ausbrüchen nach Altersgruppe: bei Kindern relativ hoher Anteil (41%), bei älteren Personen Anstieg bis auf 64% (für 90+-Jährige), insgesamt sind 27% aller ans RKI übermittelter Fälle als Ausbruchsfälle erfasst</li> <li>○ Mehr Frauen als Ausbruchsfälle erfasst, da Anteil von weiblichen Personen in Alten- und Pflegeheimen größer ist als der männlicher</li> <li>○ Infektionsumfeld: kategorisiert durch Oberbegriff z.B. Wohnstätten, dann innerhalb des Oberbegriffes noch weitere Detailebene möglich, aber nicht immer verfügbar</li> <li>○ Zeitlicher Verlauf nach Infektionsumfeld (Folie 4): in KW14 und 15 besonders Altenheime, in KW 25 insbesondere Arbeitsplatz (fleischverarbeitende Betriebe, medizinische Einrichtungen, zeitnah wurde RKI Empfehlung zu Vorgehen in diesem Umfeld publiziert)</li> <li>○ Verteilung Ausbrüche nach Umfeld und Fallzahl: in privaten Haushalten sehr viele Ausbrüche aber nicht so viele Fälle, in Alten- und Pflegeheimen weniger Ausbrüche aber viele Fälle, KKH hohe Ausbruchsanzahl</li> <li>○ Infektionsketten in bestimmten Settings sind durch GA einfacher zu erfassen</li> <li>○ Schweregrad nach Umfeld (Hospitalisierung: ja) hier Nenner = alle Fälle (auch nicht ermittelte und nicht erhobene, unbekannte, im Lagebericht ist dies anders): in privatem Haushalt 12%, in Alten- und Pflegeheimen (18%), Seniorentagesstätten (23%), Arbeitsplatz 5%</li> <li>○ Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von GA leicht zu ermittelnde Übertragungsketten sind jene, wo enger und langfristiger Kontakt unter Personen besteht die sich gut kennen</li> <li>▪ Viele Ausbrüche im privaten Umfeld, Fallzahl in Alten- und Pflegeheimen größer</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwere primär durch Alter getriggert, Kernbotschaft: Vermeidung schwerer Verläufe nur durch Vermeidung von Infektion bei hochaltrigen Menschen</li> <li>▪ Übertragung im privaten Haushalt sehr hoch, schwer vermeidbar, wenn dort eine Person identifiziert ist frühe Isolierung und frühe Selbstquarantäne von engen Kontakten (ansteckungsverdächtige sollen niemanden anders infizieren) sinnvoll</li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Spahn in Medien angesprochene private Feiern lassen sich in Meldedaten (noch) nicht so bestätigen, Wichtigkeit wird aber im Artikel erwähnt: Personen müssen überzeugt sein um dies zu vermeiden</li> <li>▪ RKI Vorgehen (Autorenschaft, Danksagung) bei Gruppenpublikationen: es gibt bisher keine Regelung, inhaltlich beteiligte, die sich eingebracht haben wurden hier genannt ! wird separat auch mit Jamela Seadat besprochen</li> <li>▪ Zu Ausbrüchen im Bahnverkehr steht 0, dies könnte suggerieren, dass es ein sicheres Verkehrsmittel ist, die Evidenz fehlt, ähnlich Übertragungen im Flugzeug</li> <li>▪ Botschaft aus Meldedaten ist, dass Verkehr kein Hauptübertragungsort ist, bis KW29 wurde von den GA keine Übertragung in der Bahn übermittelt, dies wird jedoch teilweise in der Diskussion adressiert</li> <li>▪ Es ist Zeit, die verfügbaren Daten öffentlich zu machen</li> <li>▪ Arbeitsplatz sticht bezüglich Fallzahlen stark hervor, aber es waren vor allem besondere Arbeitsplätze wie Schlachthöfe betroffen, sollte dies spezifiziert werden, damit nicht an allen Arbeitsplätzen Serientestungen angeleiert werden?</li> <li>▪ Grundbotschaft ist, dass enger, langfristiger Kontakt und nicht Zufallsbegegnungen zu Übertragung führen</li> <li>▪ Anmerkungen sind wertvoll und werden überdacht, Ergebnisse werden im Artikel eingeordnet</li> </ul> </li> <li>○ Vor Publikation soll der Artikel vorab zur Kenntnis mit Absicht der Publikation an das BMG geschickt werden</li> </ul>	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Liste der Infektionsumfelder ist wichtig und hilfreich, diese werden aufgearbeitet und visualisiert</p> <p>! Auftrag von BMG der Bearbeitung von 3 Situationen: 1- Direkter Kontakt, 2-Gesprächssituation längerer Dauer, 3- schlecht belüftete Räume in Analogie zu AHA, diese werden aufbereitet und dann eingestellt</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! STIKO Stellungnahme zu Vorgehen bei Priorisierung des COVID-19-Impfstoffes jetzt online</p> <p>! Pressestelle wird überrannt von Journalisten, die teilweise auch rechtliche Schritte einleiten wollen, Presse ist dazu im Gespräch mit Medienanwalt, weiteres Vorgehen ist nicht klar</p> <p>! Zunehmend wird der Punkt erreicht dass es nicht mehr geht</p> <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Großes Problem ist das Ausweisen der Risikogebiete, z.B. ist Bild hervorgesprescht und hat publiziert, dass RKI Mallorca als Risikogebiet ausweist obwohl uns die Liste noch gar nicht vorlag</li> <li>○ Risikogebiete machen darüber hinaus und generell unfass-bar viel Arbeit, Unmengen Anfragen und Telefonat von Presse, Bürgerschaft, Fachpersonal</li> <li>○ Verweis an BMG/BMI/AA reicht nicht immer bzw. löst das Problem nicht, die Anfragen kommen trotzdem und müssen beantwortet werden</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Anpassung KoNa Management Papier</b> (Link <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Das Papier soll angepasst werden, Udo Buchholz hat Vorschläge entwickelt</p> <p>! Anpassung veralteter Einschätzung „aufgrund aktuell rückläufiger Anzahl“ zu „moderater Anzahl der neuen,</p>	FG36

	<p>autochthonen...“ in der Vorbemerkung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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“</li> <li>! 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</li> <li>! Der Symptombeginn ist nicht einfach und nicht klar definiert, manche Symptome treten früher auf (z.B. Geschmacksverlust bei 1 Fall 4 Tage vor angegebenem Symptombeginn), mehrere Fälle haben in prodromaler Phase noch kein Fieber und Husten, eine gewisse Unsicherheit bleibt bestehen, jedoch kein Grund die vorhandene anzupassen</li> <li>! 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</li> <li>! Zahnarztpraxen: Durchführung aerosolproduzierender Aktivitäten mit FFP2-Maske, was ist nach 1h wenn nächster Patient kommt? Dies würde unter Umständen hierrunter fallen, Lüften zwischendurch wäre sinnvoll</li> <li>! Liegt in der Hand der Fachgesellschaft, diese hat ein Tool angekündigt, durch das Übertragungen in Zahnarztpraxen (von Patienten und Angestellten) gemeldet werden</li> <li>! Neu: Ermutigung zum Pragmatismus in Gruppensettings um die Ermittlungsarbeit zu erleichtern, z.B. Kitagruppe, Schulklasse, ggf. keine individuelle Evaluierung des individuellen Status, sondern alle in häusliche Quarantäne schicken „Quarantäneanordnung für alle aus der Gruppe ohne individuellen Risikoermittlung sinnvoll“</li> <li>! Anpassung der Reihenfolge für symptomatisch KP Kat I: erst GA-Kontakt, dann Isolation, dann Diagnostik</li> <li>! KP Kat II Ergänzung: wo kein Anhalt für Aerosolübertragung &gt;2m vom Quellfall entfernt stattgefunden hat</li> <li>! Doublemasking: wenn Patient und medizinisches Personal bei &lt;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)</li> </ul>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <b>Falldefinition Reinfektion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Teilnehmer für United Kingdom's Civil Service Languages Network panel event to highlight the different approaches taken by European countries to COVID-19: German approach by RKI ! nicht besprochen ! Nächste Sitzung: Freitag, 21.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	21.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah McFarland
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weltweit &gt;22 Mio. Fälle, &gt;780.000 Todesfälle (3,5%)</li> <li>▪ Länder gleich geblieben, Hälfte der Länder zeigt absteigenden Trend</li> <li>▪ 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“</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz &gt;50 Fälle/100.000 Einw. (Datenstand 20.08.2020)           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Afrika Namibia hinzugekommen</li> <li>▪ Europa: zusätzlich Andorra, Bosnien und Herzegowina</li> <li>▪ In Ozeanien hat Guam eine 7-Tages-Inzidenz &gt;50</li> <li>▪ Die meisten Länder mit 7-Tages-Inzidenz &gt;50 in Amerika, v.a. Südamerika</li> </ul> </li> <li>○ Zusammenfassung der europäischen Subregionen (Datenstand 20.08.2020)           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> </ul> </li> </ul> <p>! Lage Malta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über 1000 Fälle, 9 Todesfälle (0,66%)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz seit dem 13.08. mit Unterbrechung am 17.08. &gt;50 / 100.000 Ew</li> <li>○ Laut WHO SitRep von 16.08 „sporadic cases“</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der neuen Fälle seit Ende Juli/Anfang Aug., über EWRS haben viele Länder über importierte Fälle berichtet</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Fall-Verstorbenen-Anteil über die Zeit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fall-Verstorbenen-Anteil sinkt, v.a. da derzeit eher jüngere Personen infiziert sind und Todesfälle grds. hinterherhinken</li> </ul> </li> <li>○ Fälle und Todesfälle pro BL <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meiste Fälle aus BY und HE</li> <li>▪ BE und NW zeigten Rückgang der 7-Tagesinzidenzen ca. 5 Tage nach Ferienende, BY und BW haben noch Ferien, aber Zusammenhang noch nicht geklärt</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SK Offenbach zeigt 7-Tages-Inzidenz &gt;50/100.000 EW, v.a. Reiserückkehrer und Cluster nach Hochzeitsfeier</li> <li>▪ Nordosten deutlich geringere 7-Tages-Inzidenzen als Süd-Westen</li> <li>▪ Viele LK mit 7-Tages-Inzidenz über 25</li> <li>▪ 25 LK ohne Fälle in den letzten 7 Tagen</li> </ul> </li> <li>○ Landkreise mit den höchsten Fallzahlen in den letzten 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SK München hat die meisten Fälle</li> <li>▪ Kein Rückmeldung zu Kapazitätsengpässen der TOP15 LK mit den höchsten Fallzahlen, aber enormer Arbeitsaufwand</li> <li>▪ 2 LK aus SH haben gemeldet, dass Kapazitätsengpässe bestehen</li> </ul> </li> <li>○ Aktuelle Ausbrüche im SK Offenbach, LK Groß-Gerau</li> </ul>	<p>alle</p>
--	---	-------------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und SK Frankfurt (Oder)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Labortestungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutlicher Anstieg der Anzahl der Testungen, wahrscheinlich aufgrund der Testung der Reiserückkehrer, Positivenanteil weiterhin um 1, Datenerfassung sehr mühsam, mit enormen personellen Ressourcen verbunden</li> <li>▪ Testkapazitäten für dieses Woche ca. 1,3 Mio Tests</li> <li>▪ 64 Labore haben einen Rückstau von insgesamt 17.142 abzuarbeitenden Proben</li> <li>▪ Fast <math>\frac{1}{4}</math> der Labore (41) nannten Lieferschwierigkeiten für Reagenzien</li> </ul> </li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland (DESTATIS): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 Wochen Latenz, keine Übersterblichkeit, etwas unter Durchschnitt der Vorjahre</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Die Prävalenz der Reisendenpopulation liegt bei ca. 1%, Prävalenz in Allgemeinbevölkerung niedriger</li> <li>▪ Ca. 50% der gemeldeten Fälle im Meldesystem haben Symptome</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Risiko durch Testung um <math>\frac{1}{7}</math> reduziert, negativ Getestete wiegen sich oft in falscher Sicherheit, ggf. im Lagebericht unterbringen</li> <li>▪ Die BZgA hat ihre Informationsblätter in 14 Sprachen übersetzt und ist bei der finalen Abstimmung der bildhaften Darstellung. Der Hinweis,</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>dass auch die, die ein neg. Testergebnis haben, auf Symptome achten sollen, ist enthalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZIG sehr beschäftigt mit Auswahl der Risikogebiete</li> <li>! Corona Global Projektantrag: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erste Sondierung zu Projektantrag durch BMG angefordert</li> <li>○ Umfasst zunächst ein breites Spektrum im Haus. Es gab eine gute Besprechung wie das zusammengeführt werden kann.</li> <li>○ Treffen dazu nächste Woche</li> </ul> </li> <li>! Viel Austausch mit anderen Ländern</li> <li>! Mission nach Usbekistan <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit WHO Teilnahme</li> <li>○ ZIG macht Intra Action Review und unterstützt im weiteren Verlauf, aktive Beteiligung anderer Abt. und FGs</li> </ul> </li> <li>! Anfrage des Kosovo nach RKI-Mission <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durch die Veröffentlichung der Zahlen zu Expositionsorten ist auch im Kanzleramt verstärkt Wunsch nach Unterstützung des Kosovo vorhanden</li> <li>○ FG32 (u.a. Fr Halm) hat Kontakte in den Kosovo, enge Zusammenarbeit mit ZIG</li> <li>○ Mission mit Intra Action Review geplant für Anfang September</li> </ul> </li> <li>! Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Hanefeld wird nochmals nachfragen, ob die Risikogebiete auf Seiten der Ministerien bzw. der Bundesregierung ausgewiesen werden</i></p>	<p>ZIGL</p> <p>alle</p>



<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorschlag zur Veränderung der Krisenstabssitzung für größere Effektivität:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lagedarstellung und Ergänzungen zur syndromischen Surveillance noch weiter straffen</li> <li>2. Vorträge sollen maximal 5-6 Folien umfassen</li> <li>3. Strategische Fragen sollten identifiziert werden und in jeder Sitzung zumindest eine diskutiert werden</li> </ol> </li> <li>! Der Informationsteil sollte wenn möglich 60 min dauern und dann wenn notwendig 60 min für Diskussionen.</li> <li>! Strategische Fragen können nicht vom LZ identifiziert werden, sollten aus der Krisenstabsgruppe eingebracht werden.</li> <li>! Die Themen sollten zunächst vordiskutiert werden und dann im Krisenstab der Input des gesamten RKI eingeholt werden.</li> <li>! Es gibt bst. Themen, die die Presse sehr beschäftigen, bzw. die von der Öffentlich und Politik kritisch aufgenommen werden, es wäre gut solche Themen vorab schon im Krisenstab zu diskutieren.</li> <li>! Wichtig wäre die Klärung der langfristigen Strategie (Rolle des Impfstoffs, der unkomplizierten Erkrankungen).</li> <li>! Im Strategiepapier sind mehrere Strategiefragen, die diskutiert werden könnten. Es sollte eigentlich in dieser Woche ans BMG geschickt werden, aber Hr. Schaade klärt mit Hr. Wieler, ob das Papier breiter abgestimmt werden kann und die Fragen am Montag, 24.08. zunächst im Krisenstab besprochen werden können.</li> </ul> <p><i>ToDo: Strategiefragen aus Strategiepapier sollen am Montag im Krisenstab besprochen werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frequenz des Krisenstabs soll nicht reduziert werden, aber es sollte straffer organisiert werden.</li> </ul>	<p>Hr. Schaade, alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kontaktpersonenpapier             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Input von FG37 wird noch aufgenommen</li> </ul> </li> <li>! Vulnerable Gruppen</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ebenfalls noch in der Pipeline, soll, an AGI und BMG parallel versendet werden.</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW Arbeitsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt ein Dokument der BGW, das schon veröffentlicht ist, zu PSA in Alten- und Pflegeeinrichtungen, dabei speziell zum Atemschutz</li> <li>○ Es gibt eine Diskrepanz zw. den Empfehlungen (auch zur BAUA/BMAS-Empfehlung) – dies macht es für Anwender kompliziert. In BGW-Empfehlung wird empfohlen, dass wenn Bewohner MNS nicht tolerieren von den Pflegekräften FFP2-Masken getragen werden sollen.</li> <li>○ Das BMG hat für nächsten Fr. (28.08.), zu einem Termin mit dem BAMA, dem BFARM, den Berufsgenossenschaften (BGN) und dem RKI geladen (13:30-15 Uhr per Webex).</li> <li>○ FG37 und FG14 werden teilnehmen, es ist möglich, dass Empfehlungen geändert werden müssen aufgrund des Arbeitsschutzes</li> <li>○ Es handelt sich um ein sehr sensibles Thema, daher ist eine Abstimmung sehr wichtig.</li> <li>○ Es gibt einen Kontakt zu den BGN (Hr. Vogt). Er hat sich für den ÖGD als Ansprechpartner zur Verfügung gestellt und hat auch Liste mit weiteren Ansprechpartnern der versch. BGN geteilt.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Rexroth sendet die Liste der BGN-Ansprechpartner an den Krisenstabsverteiler.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Kontakt zu BMAS geht im Haus über Fr. Julia Sasse. Sie ist aber bis Sept. nicht erreichbar. IBBS kann gerne an dem Termin teilnehmen.</li> <li>○ BGN haben einen anderen Fokus/Blickwinkel, den Schutz der Mitarbeiter, müssen als Versicherer auch Folgekosten im Blick haben.</li> <li>○ Ergebnisse des Termins werden im Krisenstab vorgestellt und diskutiert.</li> </ul>	FG37
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1:</p>	ZBS1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1.071 Proben untersucht, nur 29 pos. für SARS-CoV-2, niedrigste Positivenrate seit Beginn, viele Proben aus Heimen und von Schulklassen</li> <li>○ Personal zur Unterstützung eingestellt</li> <li>○ Derzeit Vorbereitung auf Studien</li> </ul> <p>! FG17, virolog. Surveillance:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 155 Einsendungen, 84 pos. für Rhinovirus, alle anderen getesteten Erreger negativ</li> </ul> <p>! AG Diagnostik im BMG:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FF der AG Diagnostik inzwischen im BMG, Moderation von Fr. Korr</li> <li>○ BMG kann besser auf PEI, BFARM und Industrie einwirken als RKI</li> <li>○ 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</li> <li>○ Einbindung der Studien ist auf Wunsch von Hr. Mielke erfolgt, Hr. Haas wird ebenfalls teilnehmen zu Tests und Probennahme bei Kindern</li> <li>○ Interne AG Diagnostik existiert weiter</li> </ul> <p>! Attenuierende Mutationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Dürrwald hat letzte Woche vorgetragen, dass es Mutationen mit besserer Transmissibilität gibt, die jedoch keine Attenuierung zeigen, Studie von Joung et al. zeigt ggf. doch Attenuierung</li> <li>○ Studie wird am Di im Rahmen der internen AG Diagnostik diskutiert und im Rahmen des Krisenstabs vorgestellt</li> </ul> <p><i>ToDo: Studie zur möglichen Attenuierung wird in der AG Diagnostik diskutiert und im Krisenstab vorgestellt.</i></p>	<p>FG17</p> <p>AL1, FG36</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>12</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>13</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p>	<p>FG 32</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! SurvNet-Update:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ende Aug. gibt es das neue SurvNet-Update</li> <li>○ Rollout der neuen SurvNet-Version wird sich über Wochen hinziehen, bis auch die anderen Software-Anbieter alles angepasst haben</li> <li>○ Während dieser Zeit wird es eine Mischerfassung geben, es wurde versucht, soweit möglich zwischen der alten und neuen Erfassungslogik konstant zu bleiben</li> </ul> <p>! DEMIS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die meisten Softwarehersteller können DEMIS umsetzen</li> <li>○ Von den meisten GÄ wurden Ansprechpartner benannt und 211 GÄ sind empfangsbereit im Rahmen von DEMIS</li> <li>○ Die Seuchenreferenten der Länder der GÄ, sich noch gar nicht gemeldet haben, wurden angeschrieben, um möglichst bald eine 80% Abdeckung zu erreichen</li> <li>○ &gt;200 Labore wurden angeschrieben, hier ebenfalls viele Ansprechpartner benannt</li> <li>○ Testumgebung seit dieser Woche, derzeit fließen aber noch wenige Daten, Labore sind zurückhaltend und versenden die Meldungen nicht.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Labore müssen auch die Schnittstellen zur CWA-App umsetzen, Priorisierung (DEMIS vs. CWA-App) unbekannt</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Schmich soll die Informationen zur Übermittlung der</i></p>	
--	--	--

	<i>Testergebnisse mittels CWA in einer der nächsten Krisenstabssitzungen vorstellen.</i>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Aussteigekarten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit werden die Aussteigekarten in Papierformat per Post versendet. Es kommt zu Kapazitätsengpässen in GÄ. Die beiden GÄ aus SH haben sich bei den Anzeigen im Rahmen des Kapazitätenmonitorings auf die Problematik bei den Aussteigekarten bezogen. Insgesamt sind die GÄ sehr unzufrieden.</li> <li>○ BMG, BMVI und RKI arbeiten an einer digitalen Lsg., Scan-Straße für den Übergang.</li> <li>○ Wie gehen wir damit um, wenn ein Amtshilfeersuchen zur Verteilung der Aussteigekarten eingeht? Da wir auch fachlich nähere Amthilfesuchen aus Kapazitätsgründen derzeit auch nicht bedienen können, müssen wir solch ein Amtshilfeersuchen mit diesem Sachgrund ablehnen.</li> <li>○ In IfSG §36 Abs. 8, steht das die Bundespolizei helfen kann/soll. Aber Bundespolizei lehnt ab bei der Kontrolle zu helfen.</li> <li>○ Aber die Bundeswehr hilft bundesweit sehr stark (FRA, Schönefeld), ggf. darauf verweisen</li> </ul> <p>! Treffen der Chief Medical Officers im Rahmen der EU-Ratspräsidentschaft Deutschlands:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ende September zum Thema Contact tracing. Das 2,5-stündige Treffen soll nur zugespitzt sein auf den Transportsektor. Hr. Holtherm und Hr. Wieler begrüßen, JA Healthy Gateways trägt Ergebnisse vor, FG32 hat im RKI FF (Fr. Schöll und Fr. an der Heiden).</li> <li>○ ZIG soll dem BMG per Erlass neue Indikatoren für die Risikogebiete bis zum 31.08. nennen. Nachfrage, ob man Überlegungen wie man das internationale Reisen aus dem Infektionsschutz-Blickwinkel sicherer gestalten könnte, ggf. auch mit in das Treffen aufnehmen könnte. Fr. an der Heiden und Fr. Hanefeld tauschen sich bilateral aus.</li> </ul> <p>! Veröffentlichung aus Frankfurt zu Übertragungen im Flugzeug: mehrere Fälle, bekanntes Cluster, aus Tel Aviv nach Frankfurt.</p>	FG 32; ZIG
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Der geplante Inter Action Review liegt immer noch beim Datenschutz. Da keine Freitext-Kommentare bei einem anonymen Fragebogen erlaubt sind, soll der Fragebogen nun</p>	FG 32





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>doch personalisiert werden, wird aber nicht personalisiert ausgewertet.</p> <p>! Weiterhin an einigen Positionen große Probleme, v.a. der Lagebericht. Letzte Woche gab es eine Einführung, davon ein Teil auch bereit erklärt zu unterstützen, aber eher in anderen Positionen als dem Lagebericht. Die Position Lagebericht ist eine anspruchsvolle Position, die viele versch. Aspekte beinhaltet (Ausbruchsscreening, Krisenstabsfolien, BMG-Morgenbericht etc.).</p> <p>! Es soll nächste Woche nochmal berichtet werden, ob genügend Unterstützung gefunden wurde.</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Bewertung PrePrint Modellierungsstudie Transmissionswahrscheinlichkeit von Goyal et al.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Wieler hatte Bewertung durch Hr. an der Heiden angefordert.</li> <li>○ Es geht um Superspreading – große Dispersion, wird erklärt durch Viruslast und Kontakt, Schwankungen durch aerosolische Übertragung</li> <li>○ Insgesamt keine wichtigen neuen Erkenntnisse.</li> </ul> <p>! Teilnehmer für United Kingdom's Civil Service Languages Network panel to highlight the different approaches taken by European countries to COVID-19: German approach by RKI?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll nochmal geprüft, aber wenn möglich abgesagt werden</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ/Fr. Rexroth prüft, ob die Teilnahme abgesagt werden kann.</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 24.08.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	<p>FG 34</p> <p>FG 36</p>



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Martin Mielke (Abt. 1), Maria an der Heiden (FG 32)

### Teilnehmende:

- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Ulrike Grote
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! ZIG (INIG)
  - Eugenia Romo Ventura
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Top 10: Indien, USA, Brasilien, Kolumbien, Peru, Argentinien, Spanien, Mexiko, Russische Föderation, Philippinen</li> <li>! Bislang 33 Länder mit einer 7-Tages-Inzidenz &gt; 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</li> <li>! Derzeit über 40 europäische Subregionen mit einer 7- Tages-Inzidenz &gt;50 pro 100.000 Ew. (WHO EURO)</li> </ul> <p><i>To dos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>Der Kosovo* ist auf Europ. Folie Serbien zugeordnet, Dtl. erkennt Kosovo jedoch als Republik an ! ungünstige Darstellung, es sollte die offizielle Lesart der Bundesregierung verwendet werden, Bitte an ZIG um Diskussion zu Anpassung</i></li> <li>! <i>aktuelle Situation in Schweden soll in einer der nächsten Sitzungen beleuchtet werden, da Sonderstellung in europ. Raum</i></li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anstieg im Vergleich zum Vortrag um 1.576 bestätigte Fälle und 3 Verstorbene</li> <li>! 7-Tage-Inzidenz von 10,2</li> <li>! Aktuell ITS: 223; beatmete Patienten: 133;</li> <li>! R und 7-Tage-R weiterhin unter 1</li> <li>! 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer steigt weiterhin an, <ul style="list-style-type: none"> <li>○ v.a. Hessen betroffen: laut Epilag bzw. zust. Landesbehörde v.a. aufgrund des Anstiegs der Testung Einreisender, zusätzliche Ausbrüche bspw. bei Hochzeiten wirken sich weniger stark auf Gesamtzahl aus</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To do: v.a. Einreisende und familiäres Umfeld betroffen, Formulierung nicht ganz eindeutig, ggf. Rückfrage und Anpassung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bayern: derzeit etwas abgeflacht</li> </ul>	<p>ZIG</p> <p>FG32</p>



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ BaWü: erneuter Anstieg</li> <li>○ ! aufgrund der <b>Wellenform</b> schwer zu interpretieren, weiter beobachten, keine Entwarnung, Trend ansteigender Fallzahlen, siehe auch Vergleich Meldewochen 33 und 34 (s.u.)</li> </ul> <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Landkreise): 19 keine Fälle in letzten 7 Tagen übermittelt, 17 über 25, einer (Offenbach) über 50</p> <p>! Vergleich Meldewochen 33 und 34: Fallzahl und Inzidenz nach Bundesland: starker Anstieg der Gesamtinzidenz von 9,5 (KW 33) auf 11,1 (KW 34), darunter: starker Anstieg in BW (+105%), Bayern (+59 %) und Hessen (+ 43 %) bzw. Bremen (+46 %); demgegenüber starke Abnahme in SH (-44 %), Thüringen (-25 %), NRW (-22 %)</p> <p><i>To do: bei den Anstiegen sollte verfolgt werden, ob es sich um linearen oder exponentiellen Anstieg handelt</i></p> <p><i>To do: Meldedatenauswertung: Anfrage an Matthias an der Heiden, ob Sonderauswertung für Freitag oder Montag möglich sei</i></p> <p>! Wochenvergleich KW 10 - 34: COVID-19-Fälle nach Geschlecht, Alter, Hospitalisierung, Verstorbene :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW 33/ 34: Fälle mit dem geringsten Altersmittelwert (32 Jahre), Vergleich KW 15: 52 Jahre</li> <li>○ KW 34: derzeit weiterhin mehr Männer (55 %) als Frauen (45 %) betroffen</li> <li>○ 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);</li> <li>○ Geschlecht- und Altersverteilung der Verstorbenen werden weiter analysiert</li> </ul> <p><i>To do: Bitte um graphische Darstellung für kommende Sitzungen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anm.: Zählung von an Covid-19 Verstorbenen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ es werden alle diejenigen Verstobenen gezählt, die zu einem gegebenen Zeitpunkt als Covid-19-positiv gemeldet worden sind</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

- es existiert keine Frist für einen zeitlichen Zusammenhang
- Zählweise Gegenstand der Diskussion, Kritik „künstlich erhöhter Todesfallzahl“
- Vorgehen jedoch binnen der letzten Monate konsistent und weiterhin vernünftig
- Wissenschaftlich kein klarer cutoff möglich, vor allem auch hinsichtlich Vorerkrankung
- Konsens kürzlicher Pathologenkonferenz: aufgrund des vielfältigen Organotropismus v.a. bei schweren Fällen ist Covid-19 in mutmaßlich 75 % der Fälle direkt ursächlich für das Versterben
- insgesamt ist Untererfassung sehr wahrscheinlich (bspw. lost follow-ups)

*To do: Erhebung der Zeitdauer zwischen Laborbestätigung und Tod.*

#### Syndromische Surveillance (Folien [hier](#))

- ! Grippeweb ARE-Raten bis 34 KW: Anstieg insges. v.a. bei Kindern
- ! Praxis- und Konsultationsinzidenz derzeit erneut angestiegen (v.a. bei 0- bis 4- und 5- bis 14-Jährigen, war während der Ferien gefallen)
- ! Berlin/BB & NRW (nach Ferienende) vs. Bayern & BaWü (aktuell noch Ferienzeit) im Vergleich (senkrechte Linien: Ferienende):
  - Berlin/BB: Kurve der 0- bis 14-Jährigen steigt steil an, 4- bis 14-Jährige erreichen sogar Niveau der 0- bis 4-Jährigen (ungewöhnlich); NRW ähnlich, Trend der letzten Woche verstärkt sich
  - Bayern & BaWü: vergleichsweise niedrige, saison-typische ARE-Raten
- ! Darstellung von Covid-Meldeinzidenz (li Achse, gestrichelte Linie) vs. ARE-Konsultationsinzidenz (re Achse, Faktor 100, durchgezogene Linie) für Berlin/BB: Vergleich KW 33 und 34 5- bis 14-Jährige: steiler Anstieg der ARE-Konsultationsinzidenz von etwas über 1.000 auf 3.000 pro 100.000 Ew.; zeitgleich Covid-Meldeinzidenz von ca. 20 auf 10 pro 1000.000 Ew. gesunken (im Vergleich: starker Anstieg der Covid-Meldeinzidenz in den Vorwochen – KW 30 bis 33 – von von ca. 3 auf 20 pro 1000.000 Ew.)



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 33. KW: Covid-19-Anteil an SARI zurückgegangen</p> <p>! Anm: ARE-Anstieg in Schulen mglw. durch Rhino- oder andere, typische Erkältungsviren bedingt, so starker Anstieg nach Ferienende im Vergleich zu Vorjahren jedoch recht untypisch, vor allem in Berlin auffällig (und Mecklenburg-Vorpommern, hier jedoch weniger Sentinelpraxen vorhanden), ggf. jedoch auch awareness-Effekt mitursächlich</p> <p>! <i>To do: weitere Analyse hinsichtlich Auswirkung von Feriende, v.a. auch hinsichtlich Bayern und BaWü</i></p> <p>Laborbasierte Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Anzahl</p> <p>! Labore: 70</p> <p>! Krankenhäuser: 959</p> <p>! Arztpraxen: 20.476</p> <p>! Testungen mit Ergebnis: 4.490.888</p> <p>! Testungen pro 100.000 Ew stratifiziert nach Altersgruppe und Kalenderwoche: Altersgruppe der &gt; 80-Jährigen: konstant &gt;&gt; 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 &gt; 200 Tests pro 100.000 Ew</p> <p>! Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag: derzeit starker Anstieg der Testung insgesamt zu verzeichnen (Erreichen der Testkapazität ggf. möglich), am Wochenende nach wie vor wesentlich geringerer Testumfang, Positivanteil weiterhin gering</p> <p>! Anteil Personen mit positiver SARS-CoV-2-Testung nach Altersgruppe: recht einheitliche, geringe Positivrate, geringster Anteil positiv Getesteter in der Altersgruppe &gt; 80-Jähriger mit ca. 0,34 %</p> <p>! Testverzug: KW 33 zeigt geringfügig steigende Tendenz, ein Erreichen der Testkapazität schlägt sich hier jedoch noch nicht nieder</p> <p>! Anm: Stratifizierung der Positivrate nach Altersgruppe:</p>	
---	--

	<p>intensiv von Presse angefragt, welche Altersgruppe besonders hervorsticht; große Anzahl an 80-Jährigen bei vergleichsweise sehr geringer Positivrate von 0,2 % sind hinweislich auf die Validität der Methodik</p> <p><i>To do: Testkapazität wird erst im Laufe des Mittwochs gemeldet, wird am Freitag präsentiert</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Derzeit kein Anpassungsbedarf.</p>	alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Darstellung der Risikosituationen (geschlossene Räume, Gruppenbildung, Gespräche):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Erarbeitung einer bildlichen und ggf. textlich mehrsprachigen Konzepts, um vor allem junge Menschen zu erreichen &gt; Poster für bildliche Darstellung der drei Risikosituationen</li> <li>! Virtuelles Paket in Analogie zu Pandemiebeginn geplant, damit alle links und Downloads den Schulen zur Verfügung stehen.</li> <li>! Maskenpflicht strittiges Thema: AGI-Abfrage vom 25.08.2020: nur in NRW derzeit dezidierte Maskenpflicht auch im Unterricht, in anderen BL nur auf Verkehrsflächen mit Clusterbildungsmöglichkeit, zudem strittig ob Lehrende einen MNS tragen müssen (Alternative: Visier). Starke Heterogenität bedingt hohe Anfragezahl; Sachstand wird recherchiert und mit Berufsverbands-Fachgesellschaften beraten.</li> </ul> <p><i>To do: aufgrund Nachfrage und aktueller, öffentlicher Debatte Literaturrecherche hinsichtlich Studien, die sich mit der Auswirkung vom Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (MNS) beschäftigen</i></p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Für kommenden Sonntag geplante Corona-Demonstration wurde vom Senat verboten.</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



**VS-NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH**

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	BMG-Liaison
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Covid-19-Testgeschehen und Quarantäneregime (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Beschluss besitzt Diskussionsbedarf:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Testung von Einreisenden soll zum 15.09./01.10. gestoppt werden, unabhängig ob aus Risikogebiet oder nicht</li> <li>! Quarantäneregime - zwei Eckpfeiler: Testung nach 5 Tagen vs. 7 Tagen; Quarantäne 10 Tage vs. 14 Tage, laut Beschluss jedoch lediglich 5 Tage.</li> <li>! Verkürzung der Quarantäne/ politische Entscheidung kollidiert mit outcome internationaler Studien/ fachlicher Einschätzung (Inkubationszeit max. 14 Tage, zu spätestem Zeitpunkt können noch Erkrankungen in ca. 1 – 10 % der Fälle auftreten)</li> <li>! Quarantäne (nach Kontakt mit potentiell infizierter Person) und Isolation (bei Erkrankung) werden begrifflich nicht sauber getrennt</li> <li>! Diskussion wird fortgesetzt</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verweis auf Papier von Frau Hahnefeld als Basis für weitere Diskussion</li> </ul>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>RKI-Zwischenbericht-COVID-19</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kurzzvorstellung Zwischenbericht: zwei Teile: 1. Lageentwicklung international und national, 2. Spezielle Themen (u.a. Kommunikation, Labordiagnostik, Infektionsschutzmaßnahmen)</li> <li>! Besprechung des Zwischenberichtes wird auf Freitag, den 28.08. vertagt, da aufgrund der Relevanz des Schriftstückes Anwesenheit von VPraes erforderlich</li> </ul> <p><i>To do: Bitte um finale Durchsicht bis Freitag (letzte Möglichkeit für Änderungen), v.a. hinsichtlich des Inhaltsverzeichnisses und der "Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften" (S. 41), welches thematisch recht kurz behandelt ist mit der Bitte, Änderungen direkt im Dokument vorzunehmen</i></p> <p><b>Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! „noch moderaten“ (S. 1) streichen, sonst ständige Notwendigkeit der Aktualisierung</li> <li>! „Vorwärts- und Rückwärts-Ermittlung“ (S. 2): BMG hatte angefragt, ob Rückwärts-Ermittlung bereits umgesetzt werde</li> </ul>	FG32 (Grote) FG36/FG37



- dies ist schon seit geraumer Zeit der Fall
  - Ggf. ist hier ein Hinweis zur Priorisierung nötig im Falle des Erreichens des Kapazitätslimits: Rückwärts-Ermittlung sollte nicht der Vorwärts-Ermittlung ggü. priorisiert oder von ihr getrennt werden
  - Eine Priorisierung sollte vielmehr anhand der aktuellen Risikosituation vorgenommen werden (bspw. bei Anhaltspunkt für Ausbruch in größerem Setting, ggf. Hinweis auf Sachverstand vor Ort /die sachkundige Einschätzung und Priorisierung durch lokale Behörden)

*To do: Vorwärts- und Rückwärts-Ermittlung gleichermaßen von Bedeutung ! Bitte um Austausch zwischen FG 14 und FG 36 (Diskussion war aufgrund technischer Störung nicht abzuschließen)*

- ! Umgang mit Kontaktpersonen eines bestätigten Covid-19-Falles (S. 2): Einigung Definition symptomatische Fälle mit bekanntem Symptombeginn auf „bis mindestens 10 Tage nach Symptombeginn“
- ! Aerosole (S. 3): Definition auf 1,5 m (statt 2 m) Abstand von Quellfall vereinheitlicht (siehe auch S. 7)
- ! Anpassung Management im Flugzeug (S.3):
  - Defintionsfestlegung auf „Armlehnenkontakt bzw. direktem Sitznachbar“ (= Kat. I) *versus* sich vorne und hinten anschließende Sitzreihen (=Kat. II): Studie aus Frankfurt, die Transmission innerhalb von zwei oder mehr Sitzreihen anführt, definiert nicht den Zeitpunkt der stattgefundenen Übertragung
  - alte Nomenklatur „direkter Sitznachbar“ soll beibehalten werden
- ! Beispiel „Schule“ (S. 4): Definitionen der Kategorien und Maßnahmen werden dadurch vermischt, auf Beispiel verzichten, zumal Schule/Schulklasse schwer differenzierbar (Punkt unter Management)
- ! Einschub: Aerosolübertragung soll ausgeschlossen werden (S. 5); Aktivität und Dauer entscheidende Faktoren; Unterschiede in Schutzmaßnahme vor Übertragung über kurze oder weite Distanz
- ! Zu Kat. III-Kontaktpersonen (S. 6): Anregung für zukünftige Diskussionen, ob Kat. III ggf. gestrichen werden sollte  
 Pro: Einteilung in drei Kategorien oftmals irritierend, starke, teils dysproportionale Ressourcenbindung (bspw. zwecks Protokollführung)  
 Contra: Maßnahmen Kat. II vs. Kat. III sind grundlegend unterschiedlich: Mund-Nasen-Schutz (MNS) der Allgemeinbevölkerung vs. Arbeitsschutz (Frage der Relevanz, Wertigkeit, aber auch der Praktikabilität)

*To do: Synopse essentiell für Verständlichkeit ! ggf. Verbesserung der graphischen bzw. layouttechnischen Übersichtlichkeit (farbige Gestaltung), Infografik hierzu sollte ebenfalls angepasst werden  
 Anm.: Tabellenformate sind in html nicht gut umsetzbar, Formatierung ggf. als pdf-Dokument*



VS-NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Quellfall: Begrifflichkeit kontrovers diskutiert, weitere Formulierungsvorschläge sind willkommen, Begriff „Quellfall“ spiegelt derzeit jedoch inhaltlich am prägnantesten und deutlichsten dessen fachliche Definition wieder, bspw. auch hinsichtl. Unterschied Quellfall (Infektionsquelle) und Indexfall (erster Erkrankungsfall)</p> <p><i>To do: Papier gilt somit als besprochen, muss nun in Reinform gebracht werden; cave: „Absonderung“ sollte in „Quarantäne“ oder „Isolation“ je nach Kontext abgeändert werden – „Absonderung“ = Begrifflichkeit nach IfSG (juristischer Begriff), „Quarantäne“ und „Isolation“ fachliche Begriffe &gt; Beibehalten einer begrifflichen Ebene nötig</i></p> <p><i>To do: Infografikanpassung sollte nach Anpassung des Papiers am Freitag möglichst zeitnah vorgenommen werden</i> Anm.: Anpassung der Infografik und des Papiers gehen i.d.R. Hand-in-Hand, die Ausarbeitung sollte im Dialog erfolgen</p> <p><b>Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Nicht weiter besprochen</p> <p><i>To do: sämtliche Dokumente sollten bis Freitag nochmal durch den Krisenstab zirkuliert werden (Teile ggf. als Fußnoten im „Mutterdokument“ (s.o.) auslagern)</i></p> <p>Besprechung der Dokumente am Freitag, den 28.08.</p>	
9	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Aktuelle Lage unverändert: übersichtlicher Probeneingang, ggf. geringfügig mehr Aufkommen, nachweislich ausschließlich Rhinoviren detektiert, 50 % der eingesandten Proben positiv</p> <p>! Nachweis endemischer Coronaviren kann aufgrund geltender Rechtsvorschriften nicht tagesaktuell durchgeführt werden, Schadensfrist muss abgewartet werden, dazu derzeit Anfrage bei Datenschutz und Rechtsabteilung</p> <p><b>To do: Antigentest und Laborstandards sollen noch...???</b></p> <p>! Zu „falsch positiven Ergebnissen“: eine Erörterung wurde kürzlich an den Spiegel geschickt, Auszüge werden für die FAQs verwendet werden können</p> <p>Anm.: das Einbringen neuer Zahlen gibt Anlass zu neuerlichen Nachfragen oder Missverständnissen, es muss sprachlich präzise formuliert werden, aus Erfahrung werden stratifizierte Positivraten von der Bevölkerung am besten nachvollzogen werden können</p>	FG17/ZBS1

	<i>To do: Ergänzung des FAQs unter Berücksichtigung o.g. Aspekte</i>	
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	FG36/IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Arbeit der WHO IPC Gruppe zu MNS und Atemschutz sowie zu Übertragungswegen im Gesundheitswesen (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <p><u>Veröffentlichung des WHO Expertengremiums bezüglich möglicher Übertragungswege im Gesundheitswesen und Schutz des medizinischen Personals</u> (Kommentar, kein systematic review)</p> <p>! Vorherrschende Übertragungswege im Gesundheitswesen: Respiratorische Tröpfchen und/oder Kontaktroute</p> <p>! Secondary attack rate (3-10 %; aus Übertragungen in Haushalten ermittelt) und R0 von SARS-CoV (2,0-2,5) sind nicht konsistent mit einer obligat aerogenen Übertragung</p> <p>! „opportunistic“ airborne Übertragung bei aerosol-generierenden medizinischen Maßnahmen („AGMPs“) bei &gt; 1 m Entfernung möglich</p> <p>Erforderliche Maßnahmen für den Schutz des medizinischen Personals:</p> <p>! Einsatz von PSA oder Abstand von &gt; 2m</p> <p>! Laut WHO sind MNS („medical masks“) oder Atemschutz („respirators“; N95) grundsätzlich geeignet für die Versorgung von an COVID-19-erkrankten Personen</p> <p>! In DE wird der Einsatz von Schutzmasken von BAuA/Arbeitsschutz geregelt (bei Versorgung von COVID-19-infizierten: FFP oder mehr).</p> <p>! Wichtige Faktoren beim Einsatz von MNS und Atemschutz sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Risiko der Selbstkontamination beim Tragen und insbesondere beim An- und Ablegen („Donning/Doffing“)</li> <li>○ Personal braucht einfache Protokolle</li> <li>○ Personal muss geschult werden</li> <li>○ Dichtsitz bei Atemschutz etc.</li> </ul> <p>! Anm.: der MNS sollte bei Klinikpersonal aber zwingend dicht anliegen und nicht angefasst/verschoben werden (unterschied zur Verwendung als Alltagsmaske in der breiten Bevölkerung, cave: Infektionsschutz vs. Arbeitsschutz)</p> <p><b>Freitag: Telefonkonferenz mit BMG zur Versorgung von Covid-19-Patienten und Personalschutz:</b></p> <p><b>To do: das betreffende Papier dazu sollte bis dato noch detaillierter begutachtet werden</b></p>	FG14 (Melanie Brunke)
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Einsatz mobiler Containment Scouts: ! 3 am RKI, 17 in Gesundheitsämtern ! 50 % mobil einsetzbar, 50 % vor Ort ! Antrag für „Folge-Containment“: zukünftig sollen 10	FG32



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Containment Scouts am RKI stationiert werden</p> <p>! sehr kurzfristige Mobilisierung derzeit problematisch, diese muss konzeptionell überarbeitet, bzw. die Priorität auf Einsatz / kurzfristige Mobilisierung gelegt werden</p> <p>! Wiesbaden – Amtshilfeersuchen <u>wahrscheinlich</u> aufgrund aktuell hoher Fallzahlen bedingt durch <u>zwei-einen Ausbruch auf einer Hochzeit</u>en, epidemiologische Expertise erbeten</p> <p>! <u>Wird in heutiger Telefonkonferenz des „Health and Security Committee“ weiter erörtert</u></p>	
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 28.08.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	28.08.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG28
  - Claudia Santos-Hövener
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Ulrike Grote
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BMG
  - Iris Andernach

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Ca. 24,2 Mio. Fälle und ca. 826.000 Verstorbene (3,4%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie bisher an erster Stelle Indien, USA, Brasilien</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit Mittwoch keine neuen Länder hinzugekommen</li> <li>○ Belize, Jungferninseln sind nicht mehr in Liste.</li> </ul> </li> <li>! Zusammenfassung der Europäischen Subregionen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neu ist Malta und 1 Kanton der Schweiz</li> <li>○ Außerdem 2 Regionen in Kroatien, Rumänien und Spanien</li> </ul> </li> <li>! Genaueres zur Situation in Schweden wird am Montag berichtet.</li> <li>! Ist zur Testhäufigkeit in Europa mehr bekannt, um Inzidenzen besser einschätzen zu können. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Moment starke Arbeitsbelastung für ZIG, da keine gute Informationsquelle, keine Liste mit Testhäufigkeit.</li> <li>○ Es wird diskutiert, ob das ECDC eine Datenquelle hierzu aufmachen wird.</li> </ul> </li> <li>! Die Frage, ob die Testhäufigkeit Einfluss auf die Zahl der pos. Ergebnisse hat, ist nicht ganz einfach zu beantworten. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Normalerweise geht die Positivenrate runter, wenn mehr getestet wird. Durch Reisetätigkeiten kommen jedoch neue Expositionen dazu mit zusätzlichen Fällen.</li> <li>○ Importierte Fälle sollten nicht dem deutschen Geschehen zugerechnet werden. Anlass, warum getestet wird, ist wichtig.</li> <li>○ Diese Frage kommt aus politischem Bereich, von Presse und von Bürgern.</li> <li>○ Es gibt eine FAQ dazu, diese etwas zu präzisieren wäre</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>sinnvoll. Es sollte dennoch nicht zu sehr ins Detail gegangen werden.</p> <p><i>ToDo: M. an der Heiden entwirft eine FAQ dazu.</i></p> <p><i>ToDo: Folien zu Fällen im Ausland werden an Fr. Andernach und Hr. Bayer weitergegeben.</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Aktuell auf ITS 241 (+13), davon beatmet 140 (+7)</li> <li>○ Fallzahlen geringer als letzte Woche, trotzdem aber noch relativ hoch, Anzahl der Verstorbenen steigt nur minimal.</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Nach Schulferienende in allen BL sind detailliertere Auswertungen hierzu geplant.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aus 21 LK keine Fälle übermittelt</li> <li>▪ 1 LK mit Inzidenz &gt; 50 Fälle: Rosenheim</li> <li>▪ Ein paar hessische LK mit Inzidenz &gt;25</li> <li>▪ München: Anruf aus LGL, Brief von Oberbürgermeister. München ist Kreis mit den meisten Fällen, Inzidenz ist knapp unter 35, soll an zu niedrigen Bevölkerungszahlen bei Berechnung liegen.</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Labortestungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW34 wurden fast 1 Mio. Testungen durchgeführt. Anzahl pos. Tests liegt auf Niveau der Vorwoche, Positivenrate ist leicht gesunken.</li> <li>▪ Ca. 1,4 Mio. Tests pro Woche möglich, Testkapazität aber durch Lieferschwierigkeiten limitiert (betrifft 50 Labore). Rückstau der zu bearbeiteten Proben ist angestiegen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG34 (an der Heiden)</p>
--	--	-----------------------------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etwa auf Niveau der Vorjahre (bis zu 4 Wochen Verzug), bisher noch kein Anstieg. Welchen Einfluss die heißen Tage haben, ist noch nicht klar.</li> <li>▪ Keine Untersterblichkeit im Nachgang der Übersterblichkeit durch COVID-19.</li> </ul> </li>   <li>! Trend der Fallzahlen nach Bundesländern (Folien <a href="#">hier</a>)           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung der Anzahl neuer Fälle, Unterteilung in Exposition im Ausland ja, nein, unklar : Anstieg seit Anfang Juli, im Moment Plateaubildung</li> <li>○ Trend: exponentieller Anstieg, im Mittel 2,8% pro Tag; Verdoppelungszeit: 25 Tage; mittlerer R-Wert: 1,12</li> <li>○ 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</li> <li>○ Nowcasting: bundesweit Plateau</li> <li>○ Hessen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zwischenzeitlich wieder sinkende Fallzahlen, Anstieg der Fallzahlen ging über Ferienende hinaus.</li> <li>▪ Trend der letzten 30 Tage: exponentielle Rate: 3,7%; ohne reiseexponierte Fälle: 2,9%, Anstieg flacher</li> <li>▪ Nur letzte 21 Tage berücksichtigt: bei nicht reiseassoziierten und unbekanntem Fällen ist Kurve sogar etwas steiler.</li> </ul> </li> <li>○ Baden-Württemberg:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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%).</li> </ul> </li> <li>○ Bayern:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ähnlich wie in BW, stärkerer Anstieg zuletzt, Trend nicht ganz so stark wie in BW.</li> </ul> </li> <li>○ 3 BL mit deutlichem Trend. Hoffnung, dass Fälle mit Exposition im Ausland nach Urlaubszeit wieder deutlich</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>sinken.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nordrhein-Westfalen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Anstieg, nach Ende der Ferien sehr deutlicher Rückgang.</li> </ul> </li> <li>○ Fälle, bei denen die Exposition unbekannt ist, werden zum Inland gezählt. Vermutlich müssten dabei noch reiseassoziierte Fälle enthalten sein.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Bundeswehr hat eine Tabelle mit Angaben zu Saison-Arbeitern, wo sie sich wann befinden. Die saisonale Gemüse-/Obsternte sollte miteinbezogen werden und könnte eine Prognose liefern, wo Schwerpunkte im Herbst liegen könnten. In den nächsten Wochen werden ca. 60.000 Erntehelfer aus Südosteuropa zur Apfel- und Weinernte erwartet. Die Bundeswehr wurde gebeten diese Tabelle mit dem Krisenstab zu teilen. Eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse für Erntehelfer sollte erreicht werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Roßmann schickt Folien ans Lagezentrum. Diese sollen bei der AGI auf die Tagesordnung gesetzt werden. (FF Fr. Diercke).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Könnten diese Ergebnisse bei der Publikation von Fr. Frank untergebracht werden? Könnte versucht werden mit Trends zu kombinieren, sollte möglichst zeitnah publiziert werden mit Konzentration auf Reisefragestellung. Konsequenzen aus Fallanstieg sind relevant.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ausweisung von Risikogebieten: vermehrte Anfragen von qualitative Daten</li> <li>! Anträge zu corona global (Projekte für die nächsten 2 Jahre) werden mit BMG besprochen.</li> <li>! Heute Beendigung der Mission mit WHO Beteiligung in Usbekistan, sind sehr gut aufgenommen worden.</li> <li>! Vorbereitung Mission im Kosovo: erste Assessment Mission in den Kosovo in 2 Wochen unter Beteiligung von Abt. 3 in Absprache mit WHO Büro vor Ort geplant.</li> <li>! Großes Interesse vom AA, Bundeskanzleramt auch in Hinblick auf Erntehelfer.</li> </ul>	ZIG



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Bundesregierung hat vor allem Interesse im Bereich Diagnostik (deutliche Untererfassung). Relativ dramatisch ist die Krankenversorgungslage vor Ort. STAKOB wird mit Teilnahme von Intensivmediziner helfen.</p> <p>! In Hinblick auf den Kosovo gibt es auch große Expertise der Bundeswehr, die dort auch Fachärzte eingesetzt hatte. Angebot der Unterstützung.</p> <p>ToDo: Fr. Hanefeld nimmt Kontakt auf mit Bundeswehr auf.</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Allgemeine Einordnung soll im Lagebericht geringfügig angepasst werden. Soll evtl. Montag besprochen werden.</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Hinsichtlich der Beschlüsse der MPK muss geklärt werden, welche Materialien geändert werden müssen.</p> <p>! Materialien für Schulen werden überarbeitet. Heterogenität in diesem Bereich bei BL spiegelt sich in Anfragen.</p> <p>! In Telefonberatung steht psychische Problematik im Vordergrund.</p> <p>! Erntehelfern und Arbeitgebern im Herbst kann Infomaterial zur Verfügung gestellt werden. Grundkonstellationen und Liste der möglichen Risikosituationen sind beschrieben. Ein 1.Entwurf der Clusterung soll nächste Woche online gehen und sollte in der nächsten AGI vorgestellt werden.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! 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.</p> <p>! Fr. Seodat ist 2 Wochen im Urlaub, kurzfristige Veröffentlichungen im Epid.Bull sind in dieser Zeit schwierig.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Kernthema ist MPK-Konferenz. Beschluss hat Einfluss auf alle Strategien, Gesetze usw. Diese müssen alle angepasst werden.</p>	BMG-Liaison

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI wird im Laufe des Tages einen Erlass zur Erstellung eines Berichts über vorhandene Testkapazitäten und neue diagnostische Optionen von Hr. Rottmann erhalten.</li> <li>! Außerdem einen Erlass zur Auswertung von Studien und Erkenntnissen zu Quarantäne-Dauer, Austausch und Abstimmung mit EUR Partnern und ECDC und Vorlage eines Berichts und Schlussfolgerungen. Hierbei soll die Frage berücksichtigt werden, ob ein Nachweis von Nicht-Infektiosität trotz positiver PCR durch AK-Test oder bestimmten Ct-Wert die Quarantäne-Zeit verkürzen kann.</li> <li>! Termin wird zeitnah sein, da nächste Woche zur Dauer der Quarantäne eine Ministerschleife auf europäischer Ebene mit Einbindung des ECDC stattfindet. (vermutlich Kompromiss in Richtung mind. 10 Tage Quarantäne, Test nicht vor 5. Tag)</li> <li>! Quarantänezeit wurde diese Woche von ZIG kommentiert. ECDC wird Vorschläge machen, wie Risikogebiete auf europäischer Ebene ausgewiesen werden könnten.</li> <li>! Digitalisierung der Aussteigekarten könnte für das RKI eine starke zusätzliche Belastung werden. Eine der möglichen Optionen würde das RKI miteinbeziehen, noch ist nichts beschlossen.</li> <li>! GHPP + Corona Global Anträge werden zurzeit bewertet, mit einer zeitnahe Rückmeldung kann gerechnet werden.</li> <li>! Fr. Andernach verlässt nächste Woche die Liaison Funktion. Vielen Dank für die Zusammenarbeit.</li> <li>! Bitte bei Vorbereitung Erlass: Isolierung von Erkrankten soll sprachlich von Quarantäne getrennt werden.</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Beschluss der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder zur Bekämpfung der SARS-CoV-2-Pandemie vom 27.08.2020 <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hr. Rottmann wird Arbeitsaufträge ans RKI schicken.</li> <li>o MPK Beschluss war Gegenstand der TK heute Morgen. Testkapazitäten und neue Testoptionen, Teststrategie allgemein, Dauer der Quarantäne sind Punkte die das RKI unmittelbar tangieren, viele rechtliche Aspekte wird RKI nur indirekt betreffen.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32
8	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI-Zwischenbericht-COVID-19</li> </ul>	FG32 (Grote)



VS-NURFÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 Teile: Entwicklung der Lage und spezielle Themen, viele Fachgebiete haben beigetragen, Stand 15. Juli</li> <li><i>ToDo: PDF wird im Krisenstab zirkuliert. Hr. Schaade sieht sich Vorwort und Fazit bis Montag an.</i></li> <li>○ Statt „herausragende“ soll besser der Begriff „zentrale“ Rolle des RKI verwendet werden.</li> <li>○ Es besteht noch die Möglichkeit weitere Anmerkungen am Wochenende zu machen. Bericht soll am Montag fertiggestellt werden und danach dem BMG vorgelegt werden.</li> <li>○ Zweck des Berichts: primär fürs BMG und als Vorbereitung für Abschlussbericht bis hin zu möglicher Befragung vor Parlament im Rahmen eines Untersuchungsausschusses.</li> <li>○ Die Frage, ob eine gekürzte Version ins Internet gestellt werden sollte, wurde diskutiert. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Falls ja, müsste auf korrekte Schwerpunktsetzung geachtet werden, da kritische Beurteilung durch die Öffentlichkeit zu erwarten wäre.</li> <li>▪ Dagegen spricht, RKI steht im Moment sehr im Fokus der Öffentlichkeit. Ist es deshalb wirklich sinnvoll, jetzt einen Zwischenbericht zu veröffentlichen?</li> </ul> </li> <li>○ Entscheidung: Interner Zwischenbericht geht zunächst nur ans BMG. Später kann überlegt werden, ob in der Zukunft Auszüge daraus oder eine gekürzte Version veröffentlicht werden.</li> </ul> <p>! Kontaktpersonenmanagement und Optionen bei med. Personal (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grunddokument wurde an Verteiler Krisenstab versendet, alle geklärten Punkte sind angenommen, wenige Punkte noch offen.</li> <li>○ Geändert wurde bei allgemeinen Prinzipien: Kontaktpersonen des med. Personals Kat. 3 sollen vor Kat. 2 bearbeitet werden. Priorität KP1 &gt; KP3 &gt; KP2</li> <li>○ Tabelle zur Einstufung von KP für Gesundheitsämter wurde geändert. Hilfestellung für Gesundheitsämter, wie Maßnahmen die Kontaktpersonen Kategorien beeinflussen.</li> <li>○ KP1, Schutz in Nahdistanz und mit Abstand: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Enger Kontakt (&lt;1,5m, &gt; 15 min), Räumlichkeit nicht relevant</li> <li>▪ Kontakt mit Abstand (&gt;1,5m, &gt; 30 min), Räumlichkeit relevant</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> <li>○ KP3: Maske wird grundsätzlich von Patient und Personal</li> </ul>	FG32, FG37
--	--	------------

	<p>getragen. Adäquate Maßnahmen bei aerosol- produzierenden Maßnahmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ FG36 möchte bei dieser Aktualisierung ungern auf KP3 verzichten. KP3 werden früher bearbeitet, Differenzierung soll beibehalten werden.</li> <li>○ Frage, ob Emanzipierung von BAuA Empfehlungen möglich. Wird nicht machbar sein. Auf Empfehlung BAuA muss bei med. Personal verwiesen werden, da in deren Zuständigkeit.</li> <li>○ Bei KP2 in Tabelle genauer erläutern, dass für die Einstufung die Anwendung des MMS entscheidend ist, in Fußnote auf BAuA verweisen.</li> <li>○ Kontaktpersonen der Kat. I: Quellfall wurde definiert, längere Zeit wurde mit &gt;30 min definiert. Hier sollte die Belüftung mitaufgenommen werden (ist im Flugzeug adäquat).</li> <li>○ Es wäre sinnvoll, Lautstärke des Sprechens mit in Betracht zu ziehen.</li> <li>○ Kernprinzipien bei med. Personal wurden gestrichen. Hier soll auf Dokument von FG 37 verwiesen werden, da das Dokument so übersichtlicher wird. -&gt; Maßnahmen zu med. Personal nicht mehr im Grundpapier</li> </ul> <p><i>ToDo: FG37 informiert FG36 auf welches Dokument verlinkt werden soll.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.)</li> <li>○ Gilt nur für absolute Ausnahmesituationen: Personal darf arbeiten. Einzige Ausnahme der Quarantäne ist die Arbeit, für alle übrigen Lebensbereiche gelten die allgemeinen Quarantäneregeln.</li> <li>○ Fälle unter Personal dürfen nur in absoluten Ausnahmefällen SARS-CoV-2 Patienten behandeln.</li> </ul>	FG37
9	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der KW 35 gingen 577 Proben ein, davon waren 41 (7%) positiv auf SARS-CoV-2.</li> </ul> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 55% der Proben pos. auf Rhinoviren; kein Nachweis weiterer Erreger.</li> <li>○ Auftrag zur Einsatzfähigkeit von Antigentesten wurde erteilt.</li> <li>○ Falsch positive Ergebnisse liegen im Bereich von 1,2</li> </ul>	ZBS1  FG17



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Promille.</p> <p>! In Australien wurde für den Winter eine doppelte Welle von Influenza und Covid-19 erwartet. Dies ist nicht eingetroffen, jedoch ist eine deutliche Zirkulation von Rhinoviren zu beobachten.</p>	
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Erste Ergebnisse der Studie in Bad Feilnbach (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurden am Dienstag im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt.</li> <li>○ Ziele: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie viele sind akut infiziert oder haben die Infektion bereits durchgemacht?</li> <li>▪ Wie oft verläuft die Erkrankung ohne Symptome?</li> <li>▪ Wie viele Erkrankungen sind unentdeckt?</li> </ul> </li> <li>○ Methoden: Erhebung vom 23.6. - 4.7., repräsentative Stichprobe, 2.153 Teilnehmende (Response ca. 59%)</li> <li>○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kein Nachweis einer akuten Infektion</li> <li>▪ 6% Erwachsene mit pos. Antikörper-Nachweis</li> <li>▪ Frauen und Männer gleich häufig, jüngere Altersgruppe häufiger betroffen.</li> <li>▪ Nur 14,5% der Personen mit pos. Antikörper-Nachweis hatten keine Krankheitssymptome.</li> <li>▪ Dunkelzifferfaktor: Nur 2,6 mal mehr Infektionen nachgewiesen als bei Studienstart bekannt.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Nur bei 60% der Teilnehmenden mit selbstberichteter pos. PCR war der Neutralisationstest positiv.</li> <li>○ Publikation: für 1. Ort Kupferzell ist eine Kurzpublikation in Euro-Surveillance innerhalb der nächsten 2 Wochen geplant, analog auch eine deutsche Publikation.</li> <li>○ Inhalte sollen sein: die Seroprävalenz nach IGg, NT und hochgerechnet mit PCR-positiven.</li> <li>○ Nicht alle PCR-positiven zeigen Antikörper, dies wird bei Hochrechnung miteinbezogen.</li> <li>○ Leichte Erkrankungen im Nasenraum führen erfahrungsgemäß nicht unbedingt zur Antikörperbildung.</li> </ul>	<p>FG28 (Santos-Hövenner)</p>

	<p>Kann abgeschätzt werden, wie hoch der Anteil derjenigen ist, die keine Antikörper gebildet haben? Mit Limitationen behaftet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt die Idee die zelluläre Immunität zu untersuchen und dafür weitere Proben von Teilnehmern zu nehmen, deren PCR positiv und Antikörper negativ waren.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Santos-Hövenner nimmt hierzu Kontakt mit Hr. Vogt (FG12) auf.</i></p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stand Projekt „Digitale Aussteigekarte“</li> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Viele neue Mitarbeiter; 2 neue Personen bei Schichtleitung, hier evtl. noch Bedarf</li> <li>! Amtshilfeersuchen des RKI bzgl. int. Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul> </li> <li>! Amtshilfeersuchen aus Hessen (Wiesbaden) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute TK zu Wiesbaden (Hochzeitsgesellschaft), Teilnahme M. an der Heiden, U. Buchholz, K. Alpers</li> <li>○ Epidemiologische Expertise erwünscht</li> </ul> </li> <li>! Unterstützung vor Ort in Hessen (Offenbach) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 5 Containment Scouts vor Ort</li> </ul> </li> </ul>	FG32
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>!</li> </ul>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 31.08.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	31.08.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann

- ! BMG
  - Iris Andernach



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Aktuell auf ITS 246 (+1), davon beatmet 128 (-3) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle BL haben am Wochenende Zahlen übermittelt.</li> <li>▪ Zahlen etwas unter Niveau der Vorwoche</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höchste 7-Tages-Inzidenzen in Bayern und BW</li> <li>▪ In Hessen gehen die Zahlen zurück, in Bremen kleiner Anstieg und in Berlin Plateau.</li> <li>▪ Gesamt hat sich auf hohem Niveau eingependelt.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 5 LK ist die Inzidenz &gt; 35. Dies ist zum Teil auf einzelne Ausbrüche, zum Teil auf Reiserückkehrer zurückzuführen.</li> <li>▪ Aus 20 LK (überwiegend Norden und Osten) wurden keine Fälle übermittelt.</li> </ul> </li> <li>○ Anteil COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland, nach Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KW35: Exposition im Ausland bei 59% der Fälle mit entsprechender Angabe und 36% aller Fälle. Anteil geht leicht zurück.</li> </ul> </li> <li>○ Anteil COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland, nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Personen unter 50 Jahren ist der Anteil mit Expositionsort im Ausland am größten.</li> </ul> </li> <li>○ Am häufigsten genannte Expositionsländer KW32-35 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kroatien und Kosovo, Fallzahlen sind jedoch</li> </ul> </li> </ul>	FG32

	<p>zurückgegangen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen Ländern Rückgang der Fallzahlen, nur in Ukraine gleich geblieben (sehr kleiner Anteil).</li> <li>▪ Relativ häufig Expositionsland Kroatien, warum sind nur 2 Regionen als Risikogebiet ausgewiesen?</li> </ul> <p>○ Anteil der Hospitalisierten ist gleich geblieben. Kommen die geringeren Todesfälle durch eine Verschiebung der betroffenen Altersgruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bis Mittwoch sollen Auswertungen nach Alter und Hospitalisierung überblicksartig dargestellt werden.</li> </ul> <p>! Der Saisonarbeitskalender der Bundeswehr, anhand dessen Gebiete in Deutschland identifiziert werden können, in denen Saisonarbeiter bei Gemüse- und Obsternte eingesetzt werden, wurde mit FG32 geteilt. Die 5 Karten können an die AGI weitergegeben werden.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Anbindung der CWA an Labore auf 02.09.2020 vertagt</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Kleine Änderungen zur Risikobewertung im Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wie sich die Lage weiterentwickelt, ob von Reiserückkehrern Infektionsketten ausgehen und wie sich die Öffnung der Schulen auswirkt, ist noch nicht abzusehen. Das spricht gegen eine Änderung der Formulierung im Moment.</li> <li>○ Sollte die Formulierung bei stagnierenden Fallzahlen nicht etwas neutraler formuliert werden um Glaubwürdigkeitsprobleme zu vermeiden? Wie kann die höchste Compliance in der Bevölkerung erreicht werden?</li> <li>○ Lageberichtsformat wird so beibehalten, kann jederzeit kurzfristig eskaliert werden. Für Anpassung der Formulierung soll bis Mittwoch gewartet werden.</li> </ul>	Alle



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>! Eingang Unterlassungsklage zu Risikoeinschätzung des RKI             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde mit Hr. Mehlitz 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.</li> </ul> </li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Risikosituationen: am Freitag wurden neue Infografiken zu den 3 gravierenden Risikofaktoren ins Netz gestellt und im Detail einzelne Situationen beschrieben. Es handelt sich um work in progress, Erntehelfer kommen dazu.</li> <li>! Slidermeldung zu Reiserückkehrern ist verlinkt.</li> <li>! Hinweis zur Sendung mit der Maus verlinkt. Hürden zur Verlinkung sind im Allgemeinen relativ groß, hier keine rechtlichen Hinderungsgründe.</li> <li>! Neue Rubrik leichte Sprache eingeführt, verlinkt auf Seite von Aktion Mensch mit zahlreichen Materialien.</li> <li>! Linien für jüngere Leute sind in Planung, bald wird es eine zielgruppengerechte Ansprache geben.</li> <li>! Könnte bei jungen Menschen der Generationenvertrag mitangesprochen werden, im Sinne von mehr Umweltschutz und im Ausgleich Hygieneregeln beachten. Wie können Jugendliche für soziale Verantwortung sensibilisiert werden? Wird von BZgA adressiert.</li> <li>! Bei den Corona-Demos ist ein erheblicher Anteil nicht aus dem politisch rechten Spektrum. Wie können Leute, die glauben, sie vertreten ein Anliegen, erreicht werden. Lohnt es sich, diese Gruppe spezifisch mit sachlichen Argumenten zu adressieren?</li> <li>! Schwierig zu beantworten, da es sich um keine homogene Gruppe handelt. So sind radikale Impfgegner rationalen Argumenten nicht zugänglich. Verunsicherte Leute könnten durch das Thema soziale Verantwortung adressiert werden, die Wirksamkeit ist fraglich.</li> <li>! Lohnt sich eine Fokussierung auf diesen sehr geringen Teil der Bevölkerung, wenn sich der größte Teil sinnvoll verhält? Sinnvoller ist, diesen Teil der Bevölkerung zu stärken.</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>





7	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>a) Allgemein</b>  <b>b) RKI-intern</b>  ! Strategiepapiers ist für Freitag vorgesehen.	
8	<b>Dokumente</b>  ! RKI-Zwischenbericht-COVID-19 <ul style="list-style-type: none"> <li>o Es gab noch ein paar Rückmeldungen mit Nachbesserungsbedarf. Dies sollte bis Ende der Woche abgeschlossen sein. Der Bericht ist als interner Zwischenbericht für BMG und RKI gedacht.</li> </ul>	FG32
9	<b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen	
10	<b>Labordiagnostik</b>  ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> <li>o In der KW35 gingen ca. 1.000 Proben ein, davon waren 6,4% (64 Proben) positiv auf SARS-CoV-2.</li> <li>o Es gibt immer mehr Anfragen von GA, ob Scheine zur Weiterleitung an die CWA zugeschickt werden können.</li> <li>o Amtsarzt vom GA Mitte hat informiert, dass aus Kapazitätsgründen im Moment Kontaktpersonen Kat.1 ohne Testung in Quarantäne geschickt werden. Eine Testung findet an Tag 10-11 statt.</li> </ul> ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>o 55% Rhinoviren , keine weiteren Erreger</li> <li>o Zurzeit viel Literaturrecherche, in Vorbereitung für die Antigenschnelltests.</li> </ul> ! 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.	ZBS1        FG17       Abt.1       FG36 / FG17
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  ! Update zur Webseminarreihe des Infektiologie-Beratungsnetzwerks des STAKOB: Zentren werden gestärkt	IBBS

	<p>durch Beratung in der Fläche in Form von Webseminaren und telefonischer Bereitschaft. Erste Webseminare zu Grundlagen wurden bereits durchgeführt. Danach wird es Seminare zu 6 spezifischen Fachthemen geben, ca. 40 Seminare bis Ende des Jahres. Ab 9.9 soll verstärkt dafür Werbung gemacht werden.</p> <p>! Im Moment ist vor allem die jüngere Population betroffen. Haben mittlerweile auch die Fortschritte im klinischen Management Einfluss auf den Verlauf? Sind neuere Daten durch das COVID-Register möglich?</p> <p><i>ToDo: Weitergeben dieser Frage an die Fachgruppe (Hr. Herzog)</i></p> <p>! In wieweit wirken sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze (Antikoagulation, Cortison) auf Schwere der Krankheitsverläufe, Hospitalisierungen, Liegedauer und Fallsterblichkeit aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ LEOSS: Sehr viele Gruppen bearbeiten unterschiedliche Fragestellungen. Was wurde bereits ausgewertet, was kann RKI beisteuern? Anfangs Probleme an die Daten zu kommen. Aktueller Sachstand wäre sinnvoll (Hr. Koppe).</li> <li>○ ICOSARI: betrachtet hospitalisierte Patienten, unklar, ob Zahl ausreicht um Unterschiede zu erkennen. Wird sich Fr. Tolksdorf ansehen.</li> </ul>	<p>FG34</p> <p>FG36</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Fr. Abu Sin und Hr. Thanheiser haben an Termin mit BMAS, BMG, Berufsgenossenschaft und BfArM zum Thema Masken in der Pflege teilgenommen. Der Vorschlag der Berufsgenossenschaft, ab jetzt nur noch FFP2-Masken in der Pflege zu verwenden, wird nochmal überarbeitet (von „immer“ zu „in Ausnahmefällen“). Noch wurde keine endgültige Entscheidung getroffen. Am Ende soll ein praktikables Papier entstehen, bei dem Arbeitsschutz und Infektionsschutz getrennt werden.</p>	<p>FG37 / FG14</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Infektionscluster Jugendreisegruppe Balatonsee</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jugendreise nach Ungarn zu verschiedenen Zeitpunkten, Alter: 14-17 Jahre, 230 Personen, bei Rückkehrern bisher 6 pos. getestet. Sind entgegen Empfehlung mit Bus nach Deutschland zurückgereist. Hygieneregeln wurden weitgehend nicht eingehalten.</li> <li>○ Ausbruch ist Bundesland übergreifend. Soll RKI bei Auswertung eine Rolle spielen? Bisher Amtshilfeersuchen aus Sachsen-Anhalt vorhanden, ist das ausreichend oder sind Amtshilfeersuchen aus weiteren BL nötig?</li> <li>○ Wenn Kapazitäten vorhanden sind, ist Untersuchung auf jeden Fall sinnvoll. Ob weitere Amtshilfeersuchen nötig sind, kann bei L1 erfragt werden.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ entspricht dem jahreszeitlichen Verlauf in den verschiedenen Altersgruppen, Zirkulation von anderen Atemwegsviren</li> </ul> </li> <li>○ Entwicklung Fallzahlen: 0 – 5 Jahre <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wieder deutlicher Rückgang</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenz und Anteil stabilisiert sich in verschiedenen Altersgruppen</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur wenige dazugekommen</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW34 9 zusätzliche Ausbrüche in Schulen mit 2-9 Fällen, betrifft NRW, Hessen, Berlin, Saarland</li> <li>▪ Auch jüngere Altersgruppen betroffen</li> <li>▪ Es muss noch abgewartet werden, wie sich die Schulsituation entwickelt.</li> <li>▪ 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 &lt; bzw. &gt;= 21 Jahre möglich.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Heute Vormittag TK der WHO Euro Region, Italien zur Schulsituation: deutsche Perspektive wurde vorgestellt. In europäischer Region wird viel darüber diskutiert, wie Kontinuität aufrecht erhalten, wie Ausbrüche verhindert und wie mit Ausbrüchen umgegangen werden kann.</p>	
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Wiesbaden (Marokkanische Hochzeit mit 35 Fällen und Folgefällen in allgemeiner Bevölkerung): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzten Freitag TK mit GA und Hessischer Landesbehörde: Jemand von Landesbehörde wird morgen in Wiesbaden vor Ort sein und von 2 Personen vom RKI vor Ort unterstützt werden; am RKI Unterstützung durch Hr. Buchholz.</li> </ul>	FG32
16	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
17	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade (VPräs)

### Teilnehmende:

- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Sandra Beermann
- ! ZIG (INIG)
  - Eugenia Romo Ventura

- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)



	<p>! Im Wochenvergleich KW 34 und KW45: in mehr als 50 % der BuLä rückläufige Inzidenz</p> <p>! Anteil der Altersgruppen an Hospitalisierten: rote Linie = Gesamtzahl; Höchststand in KW 14, dann rückläufig und ab ca. KW 22 in etwa konstant</p> <p>! Anteil Hospitalisierter je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: rückläufiger Trend KW34/35 aufgrund des Zeitverzuges der Diagnosestellung mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt recht konstant</p> <p>! Anteil der Altersgruppen der Verstorbenen über die Zeit (nach Meldewoche): insgesamt größter Anteil bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen, jedoch gewisse Veränderung des Anteils jüngerer Altersgruppen über die Zeit zu verzeichnen</p> <p>! Anteil Verstorbenen je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: Anteil der Altersgruppe der über 80-Jährigen von 35 % auf derzeit unter 10 % zurückgegangen, ähnlicher Trend bei der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen</p> <p>! Deutlicher Hinweis, dass sich der Anteil an Verstorbenen über die Zeit verändert hat, Rückläufigkeit sehr interessant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vermehrte Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird</li> <li>○ Dezierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme</li> <li>○ Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, Hospitalisierung j/n, Geburtskohorten</li> <li>○ Dezierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant</li> <li>○ Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstorbenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe</li> <li>○ Gesamtbetrachtung nötig</li> </ul> <p><i>To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung</i></p> <p>! 7-Tages-Inzidenz von COVID-19 in Abhängigkeit vom Ende</p>	
--	---	--



	<p>der Ferien (Folie <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hochrelevant und höchstwahrscheinlich Gegenstand zukünftiger Kommunikation/Diskussion</li> <li>○ 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“</li> <li>○ Cave: sehr vorsichtige und zurückhaltende Interpretation nötig, bestenfalls ausschließlich hinsichtlich der Reiserückkehrer formulieren, zumal zeitlicher Verzug der Meldedaten wahrscheinlich</li> <li>○ Wäre auch für das BMG in abgerundeter Narrative von Interesse</li> </ul> <p><i>To do: Einbettung in den Lagebericht gewünscht</i></p> <p>Laborbasierte Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anzahl Testungen pro 100.000 Ew. nach Altersgruppe und KW: Mutmaßlich sinkende Mortalität innerhalb der Altersgruppe der über 80-Jährigen (s.o.) muss an anderem Setting liegen, da Anzahl an Testungen seit mehreren Wochen nahezu konstant</li> <li>! Ursache sollte, auch im internationalen Vergleich, eruiert werden</li> <li>! Mittlere Altersgruppen insgesamt Zunahme an Tests, ebenfalls an Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit sichtbar</li> <li>! 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)</li> <li>! Testverzug: relativ stabil, Zunahme der Vorwoche wird sich höchstwahrscheinlich aufgrund der Datenübermittlungszeit nivellieren</li> <li>! Cave: die verschiedenen Eingriffe von Entscheidungsträgern auf die Auswahl der zu testenden Personenkreise erschwert die Interpretation</li> </ul> <p><i>To do: Bitte an Herrn Eckmanns um Bereitstellung einer Datentabelle</i></p>	
--	---	--

zu Positivraten nach Altersgruppe für die AG Diagnostik zur Justierung von Teststrategien.

Syndromische Surveillance (Folien [hier](#))

- ! Grippeweb: bevölkerungsbasierte ARE-Raten ansteigend bis 35. KW (noch im Rahmen der Vorjahres vergleichbar, bei Kindern jedoch auffällig);
- ! Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen, bis zur 35. KW: von KW 13/14 bis KW 23 „Allzeittief“, Anstieg bis zur KW 29, konsekutive Ab- und derzeit erneute Zunahme;
- ! Konsultationsinzidenz nach Altersgruppe und BuLä:
  - Bayern, BaWü: niedrige ARE-Raten
  - Berlin/BB: starker Anstieg in Vorwoche, derzeit wieder absteigend
  - NRW: Anstieg unabhängig der Ferien
- ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle:
  - Covid19 spielt für Aktivität als Einzelerreger in der Bevölkerung keine Rolle (hier bei ca. 1 %; unter den SARI-Fällen (=hospitalisiert) konstant unter 3 %)
  - Nutzung als sensitives Instrument der zeitnahen Erfassung, wann Covid19 hier eine entscheidende Rolle spielt, möglich?
  - 2 Faktoren:
    - Syndromisch meldende Praxen (Zunahme ihrer Anzahl = Abnahme der Unsicherheit, die mit der Berechnung der Konsultationsinzidenz einhergeht)
    - Virologische Surveillance (derzeit ca. 100 Praxen, Stichprobennahme muss geographisch, technisch und der Fachrichtung der Praxen entsprechend repräsentativ korrekt gewählt werden)
    - Sentinelvorgehen gern ausweitbar, BMG hat Unterstützung bereits zugesagt, ITZ Bund Priorisierung derzeit zur Klärung

Falldefinitionen und Testzahlen, Anfrage von Prof. Krüger (u.a. Wiss.



	<p>Beirat PEI) (Kommunikation <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeitige Ausdrucksweise in Kommunikation mit der Öffentlichkeit scheinbar missverständlich bis zu abstrakt</li> <li>! Kernaspekte des derzeitigen öffentlichen Interesses: 1. Sind die erhöhten Fallzahlen durch vermehrte Tests bedingt? (Erläuterung Testzahlen <a href="#">hier</a>) 2. Sinkt die Todesrate pro gemeldeter Fälle? (FAQ dazu von Presse geplant)</li> <li>! Einfache Botschaft an prominenter Stelle nötig</li> <li>! Lagebericht kann technisch bleiben, aber Trendwenden oder Kernpunkte des öffentlichen/pressetechnischen Interesses sollten im Lagebericht auf der zweiten Seite („Allgemeine Situation“) in verständlicher und ausführlicher Weise angeführt und als vereinfachte Sprachregelung auf der Website veröffentlicht werden</li> </ul> <p><i>To do: Mirjam Jenny (P1) und Abt. 3 (jew. Lageberichtsautor*innen) schließen sich dazu kurz, Implementierung erst ab nächster Woche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Begrifflichkeit und Falldefinition „Covid-19 Erkrankung versus Infektion“ – klare begriffliche Trennung hinsichtlich Allgemeinverständlichkeit nötig, Falldefinition gibt Anlass zum Missverständnis</li> <li>! Cave: Falldefinition selbst sollte ggf. nicht geändert werden</li> </ul> <p><i>To do: Als TOP einer der nächsten Sitzungen</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur diese Woche am Mittwoch)</b></p> <p>Anbindung der CoronaWarnApp an die Labore (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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“)</li> <li>! 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)</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>Beermann/ Schmich</p>



	<p>muss via Hotline Tele-TAN erbitten); Arzt muss vor Probenahme Einverständnis von Patienten zur elektron. Übermittlung über WarnApp einholen;</p> <p>! Problematiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Angeschlossene Labore <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Priorisierung auf niedergelassene Labore; Krankenhäuser und Unikliniken noch kaum angeschlossen</li> <li>○ 183 Labore für SARS-CoV-2-Testungen</li> <li>○ 120 Labore sind technisch angeschlossen</li> <li>○ 70 % der Testkapazitäten in D</li> <li>○ 103 Labore E2E (end 2 end), Eurofins ist nicht angeschlossen</li> </ul> </li> <li>! Häufigste Fehlerquellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Labore sind nicht an CWA angebunden</li> <li>○ Verwechslung mit anderen Labor-Apps</li> <li>○ Änderung der CWA-Funktion</li> <li>○ Verifikation positiver Ergebnisse vs. personalisierte Befundmitteilung</li> </ul> </li> <li>! Häufigste Fehlerquellen Muster 10C, Muster ÖGD <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokument wurde kopiert und für mehrere Nutzer verwendet</li> <li>○ Der individuelle Abschnitt wird den Nutzern nicht ausgehändigt</li> <li>○ Einverständniserklärung fehlt</li> <li>○ Kontaktdaten nicht leserlich</li> <li>○ QR-Code wurde in sehr schlechter Qualität gedruckt</li> <li>○ Verwechslungsgefahr: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ QR-Code kann auch von anderen Apps genutzt werden, die mit anderen Laboren verbunden sind</li> <li>▪ Eigene Laborcodes werden ausgegeben</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Häufigste Nutzungsfehler: QR-Code wird vorzeitig gelöscht oder mehrfach eingescannt</li> <li>! Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussion über Veröffentlichung einer Liste mit allen an die CWA angeschlossenen Laboren</li> <li>○ Texte in der App werden überarbeitet (z.B. Fehlerhinweise, Anleitung für QR-Codes)</li> <li>○ Information an Teststellen und Hausärzte zum richtigen Umgang mit Muster 10C</li> <li>○ Einbeziehung und Sensibilisierung der GÄ durch die AG Infektionsschutz</li> <li>○ BMG und RKI haben eine Liste mit Kontaktadressen für Teststellen an Grenzübergängen und Flughäfen erstellt, um Rückfragen aus der Bevölkerung besser beantworten zu können</li> <li>○ Priorisierung der Laboranbindung bei Grenzübergängen und Flughäfen</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Deeskalierendes Wording im Lagebericht angepasst an die aktuelle Situation – und daran angeschlossen angepasst an die Risikobewertung</li> <li>! Da Fallzahlen derzeit stabil soll wording entsprechend angepasst werden</li> </ul> <p><i>To do: Vorschlag dazu soll im Anschluss im Krisenstab-Verteiler verschickt werden (Vorschlag hier: „muss weiter intensiv beobachtet werden“)</i></p>	<p>alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Bundesgesundheitsblatt: Themenheft "Erkennen, bewerten, handeln – die Reaktion des ÖGD auf COVID-19"</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neu eingestellt und downloadbar: grafische Aufbereitung „Einreisen aus Risikogebiet <i>versus</i> aus Nicht-Risikogebiet“ (Anpassung am 15.09./ 01.10. nötig)</li> <li>! Bei terminologischer Unschärfe - Vorschlag: an entsprechenden Stellen aufeinander verlinken</li> <li>! Rückmeldung aus Telefonberatung: große Verunsicherung zum Umgang mit Infektanzeichen (Erkältungssymptome)</li> <li>! Fieber als Einschätzungsparameter: wird in Schulen sehr unterschiedlich gehandhabt (Temperaturprotokoll, Risiko der Falschpositivität), Papier und Links werden an LageAG gesendet</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Englischsprachige Website zu COVID-19 im Aufbau</li> <li>! Begrifflichkeiten „Isolierung“ (von Erkrankten) versus „Quarantäne“ (von Kontaktpersonen) werden weiterhin vermischt</li> </ul> <p><i>To do: Bitte an Presse um ersten Aufschlag hinsichtlich einer Erklärung Isolierung versus Quarantäne</i></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Antigen-Test als Vortest: prinzipiell denkbar in Abhängigkeit des Testmaterials, der Verwendung (als Screening?), Warnung vor Empfehlung von Tests unklarer Spezifität, bleibt zur</li> </ul>	<p>BZgA Presse Bremer/ Schaade</p>

	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute und Montag Telefonkonferenzen mit BMG und BfArM geplant</li> <li>○ Klares Signal von Länderseite zur differenzierten Umsetzung nötig aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Praxen (Pädiatrie weitaus höhere Anzahl potentiell infektiöser Patienten als Internisten bspw.)</li> <li>○ Ggf. Zusammenarbeit mit KBV/KV hinsichtlich gemeinsamer Lösung / Empfehlung denkbar?</li> <li>○ Wird bei Tagung der beim BMG diesbezüglich angesiedelten AG am Donnerstag thematisiert</li> </ul> <p>! Bundesgesundheitsblatt - Konzept wurde weitgehend zugestimmt</p> <p>! Vorschläge zu Verbesserungen wurden eingereicht</p> <p>! Artikel zu Schulen oder zu Deutschland im internationalen Vergleich mit Einreichungs-Deadline 01.10. sehr willkommen</p>	
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	BMG-Liaison
<b>7</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Diskussion zur Verkürzung der Quarantänezeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bereits thematisiert in EU Ministerkonferenz und ECDC</li> <li>! Ohne Test Quarantänezeit nicht verkürzbar, im Rahmen von Contacttracing ggf. auf 10 Tage verkürzbar</li> <li>! Bericht auf Basis der Arbeit von Herrn von Kleist und Kolleg*innen wird dazu verfasst</li> <li>! Cave: Compliance sollte berücksichtigt werden</li> <li>! Erlass muss noch bearbeitet werden</li> <li>! Diskussion wird vertagt</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Strategiepapier „COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten“ (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wurde im Krisenstab vormittags in aktueller Version (in Positionierung erneut angepasst) verbreitet</li> <li>! Zur Vorlage bei Herrn Wieler am Montag</li> <li>! Ggf. bei Bedarf Diskussion der Zielstellung am Freitag (ggf. inkl. ppt in Abhängigkeit des Umfangs der Änderungsvorschläge)</li> </ul>	Hanefeld



	<i>To do: Bitte von Frau Hanefeld an den Krisenstab um Durchsicht hinsichtlich der jeweiligen Expertise und Signal bis Donnerstag hinsichtlich zu überarbeitender Punkte</i>	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Dokument „Marginalisierte Gruppen“ finalisiert</li> <li>! Wurde BMG bereits vorgelegt, Rückmeldung dazu ausstehend</li> <li>! Erneute Zusendung an das BMG in finalisierter Form zur Kenntnisnahme („Veröffentlichung heute in nochmals überarbeiteter Form auf der Website“)</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW nicht besprochen</li> </ul>	FG37
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weiterhin ca. 10 Einsendungen pro Tag</li> <li>! Davon 70 bis 80 % positiv auf Rhinoviren</li> <li>! Andere respiratorische Viren unterhalb der Nachweisgrenze</li> </ul>	FG17/ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG36/IBBS
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! DEMIS – Versand von falsch positiven Daten an Gesundheitsämter seitens Labor (Häkchen bei „positiv“, jedoch aus Meldung selbst ersichtlich, dass „negativ“)</li> <li>! Übermittlung dieser Daten als sicherheitsrelevanter Vorfall deklariert (kein Versand von Negativdaten an Gesundheitsamt laut IfSG)</li> <li>! Falsch positive Daten sind jedoch derzeit höchstwahrscheinlich nicht in der Statistik erfasst</li> <li>! Labor bereits gesperrt</li> <li>! Derzeit Erhebung der genauen Faktenlage</li> <li>! Presse soll informiert werden, Bitte dazu um Sprachregelung, wenn Faktenlage ausreichend eruiert</li> </ul>	FG32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	FG32
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	

	! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 04.09.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	04.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade (VPräs)

### Teilnehmende:

- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG13
  - Jennifer Bender
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dr. Dschin-Je Oh
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
  - Nadine Zeitlmann
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! L1
  - Joachim-Martin Mehltitz
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Christina Leuker
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG (INIG)
  - Sarah McFarland
- ! ZIG 2
  - Charbel El Bcheraoui
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BMG
  - Christophe Bayer
  - Iris Andernach
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! 26.059.065 Fälle gemeldet (Stand: 04.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Reihenfolge und Zusammensetzung der Länder hat sich nicht geändert, 8 von 10 Ländern zeigen einen aufsteigenden Trend. Indien hat weiterhin sehr viele neue Fälle. Einen Anstieg über 20% in den letzten 7 Tagen zeigen Spanien, Argentinien und Frankreich, 7 der Länder haben eine 7-Tages-Inzidenz über 50/100.000 Ew., 5 Länder über 100/100.000 Ew..</p> <p>! 41 Länder/Territorien mit einer 7-Tages-Inzidenz &gt; 50 Fälle / 100.000 Ew.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 Länder in Afrika, allg. Rückgang in Afrika zu verzeichnen.</li> <li>○ Amerika: v.a. Südamerika sehr stark betroffen.</li> <li>○ Asien: Israel zeigt aufsteigenden Trend, partieller Lockdown in 30 Gebieten, auch in Myanmar steiler Anstieg seit Mitte August</li> <li>○ Europa: 9 Länder, wie am Mittwoch, Anstieg in mehreren Ländern</li> <li>○ Ozeanien: In Neuseeland Maßnahmen in Auckland bis Mitte Sept. verlängert</li> </ul> <p>! Zusammenfassung der Europäischen Subregionen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Subregionen in der EU/EEA/UK-Region und Schweiz mit einer 7- Tages-Inzidenz &gt;50 pro 100.000 EW: Belgien (1), Frankreich (4), Kroatien (6), Norwegen (1), Portugal (1), Rumänien (9), Schweiz (2), Spanien (18), Tschechien (1), Vereinigtes Königreich – Gibraltar (1) (Datenstand 03.09.)</li> <li>○ Seit 01.09. neu auf der Liste: Frankreich (Nouvelle-Aquitaine), Norwegen (Viken), Portugal (Lissabon)</li> <li>○ Seit 01.09. nicht mehr auf der Liste: Kroatien (Brodsko-Posavska), Rumänien (Dâmbovița, Ilfov)</li> <li>○ In Frankreich gibt es sehr große Unterschiede der regionalen Inzidenzen. BMG versucht Regionalisierung aufrecht zu erhalten.</li> </ul>	<p>ZIG1, BMG</p> <p>FG32</p>



	<p>! Frankreich und Niederlande haben für sich selbst für die ECDC-Karte community transmission angegeben.</p> <p>! Es gibt einen Vorschlag von ECDC und EC zur Ausweisung von Risikogebieten: Wenn Länder über Grenzwert von 50/100.000 Ew. in 2 Wochen und Positivitätsanteil unter 3% sollen sie nicht als Risikogebiet ausgewiesen werden und keine Reiserestriktionen gelten.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Da am Donnerstag nur bis 16 Uhr manuell eingelesen wurde, fehlen 650 Fälle, wodurch die Fallzahlen und weiteren Daten für den heutigen Tag nicht interpretierbar sind. Daher sind die ersten drei Folien ebenfalls nicht aussagekräftig. Auf der Webseite ist ein Disclaimer geschaltet und auf dem Dashboard soll auch ein Disclaimer geschaltet werden.</p> <p>! Die Daten konnten inzwischen eingelesen werden und es soll noch ein weiterer Datenstand 8 Uhr erzeugt werden, um damit weiterzuarbeiten. Sollte es nicht möglich sein einen weiteren Datenstand zu erheben, kann der Lagebericht nur sehr verkürzt erscheinen und die Daten werden am morgigen Tag dazu addiert, so dass es ggf. viele Nachfragen gibt. Priorität hat daher, dass ein weiterer Datenstand erstellt und die Fallzahlen auf der Webseite und dem Dashboard aktualisiert werden.</p> <p>! Labortestungen: Anzahl Testungen gestiegen, 50.000 mehr durchgeführt, Positivenanteil etwas gesunken, Testkapazitäten niedriger als in Vorwoche. Probenrückstau hat über die Zeit deutlich zugenommen: 49 Labore haben Lieferschwierigkeiten benannt, in der KW35 wurde das erste Mal genannt, dass MA knapp werden.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Vorbereitung der Kosovo-Mission mit FG32, dazu auch enge Zusammenarbeit mit Bundeswehr</p> <p>! Austausch mit Kanadiern: Kanadier haben Dank ausgedrückt, interessiert an weiterer Forschungskollaboration</p> <p>! Risk Communication and Community Engagement (RCCE) during the COVID-19 pandemic: a multi-site international study (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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))</li> <li>○ Risk Communication and Community Engagement (RCCE)</li> </ul>	<p>ZIGL</p> <p>ZIG2</p>



### **Antigen-Selbstteste**

- ! RKI ist zuständig nach Medizinprodukteabgabeverordnung für die Genehmigung von Selbsttesten bei meldepflichtigen Erkrankungen
- ! Ein Hersteller hat angekündigt, dass in Kürze ein Antigen (AG)-Test zur Verfügung steht, Apothekerverband hat sich daraufhin geäußert, dass sie an Laien, außer in Ausnahmefällen keine Teste abgeben dürfen. Der Hersteller hat mit dem RKI noch keinen direkten Kontakt aufgenommen.
- ! Rechtslage wurde geprüft: Das Medizinprodukt muss nach IVD verkehrsfähig sein und ein CE-Zertifikat haben, der Hersteller muss Genehmigung beim RKI beantragen. Gründe müssen im RKI geprüft werden – neben der Verlässlichkeit des Testes, muss auch die Frage geklärt werden, ob die Genehmigung aus Gründen des Gesundheitsschutzes sinnvoll ist.
- ! Zunächst müssen die Leistungsparameter geprüft werden. Der Test muss hinreichend sicher sein und ein hinreichend sicheres Ja/Nein-Ergebnis liefern. Die prädiagnostischen Schritte (bes. Probenentnahme) sind zu beachten.
- ! Vor- und Nachteile müssen gut gegeneinander abgewogen werden. Nachteile u.a. für das Meldesystem und Kontaktpersonennachverfolgung, Vorteile ggf. unmittelbare Selbstisolation.
- ! Bisher ist ein Selbsttest nur für HIV genehmigt worden. Bei HIV muss das Ergebnis aber bestätigt werden, damit die Patienten eine Therapie erhalten.
- ! Antikörper- und AG-Test und PCR-Teste werden in Presse oft nicht sauber unterschieden.
- ! In der BMG-AG Testung wird derzeit der Nutzen von AG-Testen diskutiert und ein entsprechender Bericht für die GMK bis 08.09. beantwortet. Mo, 10 Uhr TK mit BfARM und Diskussion zu Standards mit Hr. Drosten und Hr. Nitsche. Enge Abstimmung mit dem BMG zu den Indikationsgebieten für den Einsatz von AG-Testen (bspw. im Rahmen einer Vortestung zur Entlastung von Pädiatern). Die AG beschäftigt sich auch mit Fragen der Qualität der Teste.
- ! Verstärkte Einbeziehung der Abt 3 in die BMG-AG Diagnostik (u.a. zur Thematik der Surveillance-Systeme, Diagnostik von Kindern und Jugendlichen) wäre wünschenswert und die Ergebnisse sollten zu einem Zeitpunkt im Krisenstab vorgestellt



	<p>werden, zu dem noch Änderungen möglich sind. Es sollte bedacht werden, dass bei einer AG im BMG eine Trennung zw. fachlichen und politischen Aspekten schwierig ist.</p> <p>! Sollte es sich abzeichnen, dass Selbstteste genehmigt werden, muss die Kommunikation dazu rechtzeitig vorbereitet werden.</p> <p><i>ToDo: Hr. Melitz und Presse entwerfen eine Sprachregelung zur Antwort auf die Fragen aus der Presse, die sich auf den formalen Prozess beschränkt.</i></p> <p><i>ToDo: Hr. Mielke spricht Punkt der Selbstteste in der BMG-AG Diagnostik an, so dass auch die Selbstteste explizit in dem Bericht adressiert werden. Er stellt am Montag die Ergebnisse der Diskussion um die AG-Teste im Krisenstab vor.</i></p> <p><i>ToDo: LZ setzt Testkriterien im Hinblick auf PCR-Testungen auf die Agenda einer der nächsten Krisenstabssitzungen.</i></p>	
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>! Fr. Neuhauser wurde kontaktiert als beratendes Mitglied im Lenkungsausschuss Nationales Pandemie Kohorten Netz (NABKON) mitzuarbeiten (s. <a href="#">Projektskizze</a>). Es sollen drei Kohortenplattformen aufgesetzt werden. Weitere Information dazu von Interesse.</p> <p><i>ToDo: Fr. Neuhauser wird beratendes Mitglied im Lenkungsausschuss NABKON und informiert den Krisenstab in regelmäßigen Abständen über die Vorhaben der NABKON.</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p><b>Differenzierung zwischen COVID-Fall, -Erkrankten und SARS-CoV-2 Infizierten</b></p> <p>! Von Laien wird häufig ein COVID-19-Fall mit einer COVID-19-Erkrankung gleichgesetzt, da der Begriff COVID-19 die Bezeichnung der Erkrankung ist.</p> <p>! Die weitere Differenzierung/Erklärung der Begrifflichkeit COVID-19-Fall soll im Lagebericht in der Einführung eingefügt werden (inkl. Referenz für internat. Std. der WHO/ECDC) und weitere Erläuterungen unter Hinweise zur Datenerfassung und –bewertung gesetzt werden. Die Falldefinition sollte nicht geändert werden.</p> <p>! Auf dem Dashboard und der Webseite sollte diese Definition im</p>	<p>AL2</p> <p>VPräs, AL1, AL3, FG36, FG37, FG32</p>

	<p>Disclaimer wiederholt werden.</p> <p>! Zusätzlich soll im Lagebericht der Anteil der COVID-19-Fälle genannt werden, für die keine Symptome angegeben wurden (ca. 12/13%). Der Anteil passt zu den Ergebnissen des Anteils der asymptomatischen Infektionen im Rahmen der serolog. Studien. Die Info, dass es sich um eine Momentaufnahme handelt und die Symptome zum Teil nachgetragen werden, sollte ggf. auch unter klin. Aspekte eingefügt werden.</p> <p><i>ToDo: Lagebericht, Webseite und Dashboard werden entsprechend angepasst.</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Dokument „Allgemeine Hinweise für Gesundheitsbehörden zur Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit mit marginalisierten Bevölkerungsgruppen“ ist online.</p> <p>! Überarbeitung des Dokuments zum Kontaktpersonenmanagement besprochen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn in Allgemeinbevölkerung beide Personen MNS/MNB tragen, können sie bei engem Kontakt über 15 min als KP2 eingestuft werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Grundsätzlich ist im medizinischen Setting allerdings Doublemasking etabliert und sollte auch weitergeführt werden.</li> <li>○ Bei KP3 wurden die organisatorischen Maßnahmen gestrichen, da sie in anderen Dokumenten ausführlicher dargestellt sind, allg. Hinweise werden belassen.</li> </ul> <p><i>ToDo: W. Haas finalisiert Kontaktpersonenmanagementdokument.</i></p>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1 wird am Montag über erste Austestungen eines Lateral Flow AG-Tests und eines isothermalen Tests berichten.</p>	ZBS1
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Thema der aerosolproduzierenden Maßnahmen wurde in KRINKO reingetragen und wird dort diskutiert</p>	



13	<b>Surveillance</b>  ! Nicht besprochen	
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  ! Aussteigekarten: Das BMG steht mit der Deutschen Post (DP) in Verhandlung, damit sie in großem Umfang die Aussteigekarten einscannet und an die Landesämter und GÄ sendet. Das BMG möchte, dass das RKI für dieses Projekt als Auftraggeber fungiert. Rechtlich ist dies möglich. Es sind allerdings Datenschutzfragen zu klären, u.a. um die Verantwortlichkeit für Aussteigekarten, die nicht richtig ausgefüllt werden können (Clearingstelle). Aus Kapazitätsgründen soll versucht werden den Aufwand möglichst zu reduzieren und wenn möglich sollte die Clearingstelle nicht im RKI angesiedelt werden.  ! Für die Zukunft ist ein Projekt für digitale Einreisemeldungen geplant. Für dieses Projekt soll ebenfalls das RKI der Betreiber werden.  ! Es wurde gegenüber dem BMG kommuniziert, dass das RKI/Abt. 3 mit einem weiteren Großprojekt unter bekanntem IT-Mangel höchstwahrscheinlich nicht mehr arbeitsfähig wäre und andere wichtige Aufgaben nicht mehr geleistet werden können.  ! Im Rahmen der IFG ist das LZ auch am Rande der Möglichkeiten angekommen. Es gab zuletzt eine Anfrage, die technisch derzeit nicht zu beantworten ist (Anfrage zu eingehenden und ausgehenden E-Mails, System bricht bei Abfrage zusammen).  <i>ToDo: Hr. Mehlitz, Fr. Rexroth, Fr. an der Heiden und Hr. Hamouda schreiben einen Initiativbericht ans BMG, in dem sie auf die Probleme mit diesen Aufgaben und die möglichen Folgen hinweisen.</i>	FG32
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen	
16	<b>Wichtige Termine</b>  ! Nicht besprochen	
17	<b>Andere Themen</b>  ! Nächste Sitzung: Montag, 07.09.2020, 13:00 Uhr – 15 Uhr, via Vitero	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	07.09.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG13
  - Jennifer Bender
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG24
  - Thomas Ziese
  - Alexander Rommel
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Nadine Zeitlmann
  - Ulrike Grote
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog

- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Maud Hennequin
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christophe Bayer





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Ca. 26,9 Mio. Fälle und ca. 881.800 Verstorbene (3,3%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt wenig Veränderung</li> <li>○ Trend in Vereinigten Staaten, Kolumbien und Peru absteigend</li> <li>○ Größte Veränderung in Frankreich</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neu dazu: Libyen mit 7T Inzidenz von 61</li> <li>○ In Afrika eher Rückgang, vor allem in Algerien, Südafrika</li> <li>○ Nord- und Südamerika ähnlich stark betroffen</li> <li>○ In Asien vor allem Indien betroffen, auch Anstieg in Indonesien, Nepal und Vereinigte Emirate.</li> <li>○ In Europa geht Trend weiterhin nach oben.</li> <li>○ Ozeanien: in Melbourne wurden Ausgangbeschränkungen um 2 Wochen verlängert.</li> </ul> </li> <li>! Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz &gt;50/100.000 Ew. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Nicht mehr dabei sind Dänemark (Faroe), 2 Regionen in Kroatien, Malta, Monaco, 2 Regionen in Rumänien.</li> <li>○ In Frankreich findet ein regelmäßiger Survey zur Einhaltung der Bekämpfungsmaßnahmen statt. So kann die epidemiologische Situation der Einhaltung der Maßnahmen nach Altersgruppen gegenübergestellt werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Aktuell auf ITS 228 (+10), davon beatmet 134 (+8) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am Wochenende haben 14 von 16 BL übermittelt, keine Übermittlung aus MV wegen geringer Fallzahlen und aus Hamburg wegen technischer Probleme.</li> <li>▪ Fallzahlen sind wieder etwas höher als WE davor, R-Wert ist leicht über 1, kaum Unterschiede bei Anzahl Personen auf ITS.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesamt-Inzidenz seit längerem auf Plateau</li> <li>▪ Entspannung in Hessen</li> <li>▪ Fallzahlen in BY und BW noch nicht rückläufig.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höchste Inzidenzen in SK Landshut und SK Memmingen, vor allem auf Reiserückkehrer zurückzuführen</li> <li>▪ Inzidenz in München &gt; 35</li> <li>▪ Relativ hohe Inzidenz in Berlin Friedrichshain, bisher auf kein spezifisches Geschehen zurückzuführen</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Anpassen des Wording der Zusammenfassung und allgemeinen Einordnung im Lagebericht und Altersverteilung ansehen, gehen die Fallzahlen bei den Älteren hoch? (FG 32)</i></p> <p>! Flussschema COVID-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jeder mit akuten respiratorischen Symptomen soll getestet werden, unabhängig von Risikofaktoren.</li> <li>○ Frage: Könnte das in der Erkältungssaison zu sensitiv sein und zu viele Teste generieren, die dann evtl. nicht mehr abgearbeitet werden könnten? Sollten für den Herbst ggf. etwas weniger sensitive Testkriterien vorbereitet werden?</li> <li>○ So sagt z.B. das Kultusministerium in Berlin, dass Kinder bei</li> </ul>	<p>Schaade / Alle</p>
--	--	---------------------------



	<p>unspezifischen Erkältungssymptomen ohne Fieber nicht getestet werden müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC nennt Husten, Fieber oder Atemnot. Möglicherweise könnten Symptomkombinationen oder Zusatzkriterien epidemiologischer Art verwendet werden.</li> <li>○ Eine Teststrategie ist vorhanden. In dieser wird die Testung symptomatischer Patienten priorisiert. 2.Priorität haben Kontaktpersonen der Kat 1.</li> <li>○ Auf Routinetestung und Screeningmaßnahmen könnte zuerst verzichtet werden.</li> <li>○ Bei Isolierung und Quarantänezeitverkürzung mit abschließenden Tests könnte die Quarantänezeit wieder verlängert und auf Tests verzichtet werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wenn nicht mehr alle symptomatischen Personen getestet werden, hat das Einfluss auf das ganze System der Kontaktpersonen Nachverfolgung. Die aktuelle Containment-Strategie trägt dazu bei, dass in Deutschland die Situation weiterhin stabil ist.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Herausforderung: auf welche Szenarien bereiten wir uns vor? Bei einer sustained community transmission wäre eine grundlegend andere Teststrategie nötig.</li> </ul> <p><i>ToDo: Teststrategie bei einzelnen Szenarien im Strategiepapier überlegen; Arbeitsauftrag für Strategiegruppe, FF Fr. Hanefeld, Hr. Mielke (AG Diagnostik?)</i></p> <p>! Verkürzung Isolierungsdauer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der Presse herrscht ein großes Durcheinander zwischen</li> </ul>	<p>Schaade / Alle</p>
--	--	---------------------------

	<p>Isolierung und Quarantäne und Aussagekraft der Ct-Werte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist es sinnvoll nach Ct-Werten zu entscheiden, ob ein Patient infektiös ist? Es handelt sich um eine individualmedizinische Testperspektive: wie geht man grundsätzlich mit infektiösen Personen um, wie gut ist die Probe (schwankt über den Tag)?</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Presse: Eine FAQ zu Isolierung und Quarantäne gibt es bereits. Die Frage ist, ob sie ausreichend ist.</li> </ul> <p><i>ToDo: Schreiben eines Epid.Bull.-Artikels; FF Autorenteam aus IBBS, FG37, ZBS, Max von Kleist und FG17; Zeitrahmen bis Mitte nächster Woche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Themen: Begriffsklärungen, Viruskinetik, Ansteckungsfähigkeit, Aussagekraft von Ct-Wert und von Antigen-Testen. Klärung von Zusammenhängen, Erläuterung anhand von Grafiken.</li> <li>○ In Hinweisen zur Diagnostik ist eine Korrelation von Viruslast und Infektiosität enthalten. Vergleich mit Symptomatik ist nicht vorhanden.</li> <li>○ Ein Erlassbericht zur Verkürzung der Quarantäne ist schon letzte Woche ans BMG gegangen und kann mitverwendet werden.</li> <li>○ Eine Verkürzung der Quarantänezeit führt zu Verlust an Sicherheit, für die Modellierung Hr. von Kleist dazu nehmen.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen</p>	Alle



5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Letzte Woche wurden Links rumgeschickt. Einer verweist auf die Beschreibung der Risikosituationen. Wäre es sinnvoll einen Fragebogen mit den Risikosituationen für Praxen und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu erstellen?</p> <p>! Soll am Mittwoch nochmal besprochen werden.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Nichts Neues</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Es gibt einen Vorschlag von Europäischer Kommission und ECDC mit einem differenzierteren System für die Ausweisung von Risikogebieten (zu finden auf Webseite von ECDC).</p> <p>! Hierbei werden neben Inzidenz weitere Indikatoren verwendet, wie Zahl der Testungen pro Woche und Positivenrate</p> <p><i>ToDo: Bewertung vom RKI erwünscht, FF ZIG</i></p>	<p>BMG-Liaison</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Die Krankheitslast durch COVID-19 in Deutschland (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankheitslast von Covid-19 einordnen, Methoden entwickeln</li> <li>▪ Bereits verschiedene Studien aus anderen Ländern vorhanden</li> </ul> </li> <li>○ Krankheitslast <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Datenbasis sind Meldedaten</li> <li>▪ Geografisch ist eine Nord-Ost/Süd-West Teilung von Deutschland sichtbar.</li> <li>▪ 103 DALY/100.000 Einwohner, zu 99% auf vorzeitiges Versterben zurückzuführen</li> <li>▪ DALY steigen mit Alter stark an</li> <li>▪ Anteil der YLD an den DALY geht mit dem Alter zurück</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG24 Rommel /FG34 /FG37</p>

- Zeitliche Entwicklung verlorener Lebensjahre
  - Bekannter Krankheitsverlauf mit Peak im April, zeitweise im Bereich einer beträchtlichen Krankheitslast, vergleichbar mit dem Tagesmittel von 2017 bei Trachea-, Bronchial- und Lungenkrebs.
  - Das COVID-Tagesmittel von März-August liegt eher im Bereich von unteren Atemwegsinfektionen.
  - Aktuell Infizierte schlagen sich nicht in Krankheitslast nieder.
- Verlorene Lebensjahre (YLL)
  - Alter und Geschlecht: deutliche Geschlechterunterschiede: Männer  $\bar{12,0}$  Jahre, Frauen  $\bar{8,7}$  Jahre
  - Relativ großer Anteil der Krankheitslast bei Personen < 70 Jahre:  $\bar{25}$  Jahre
- Fazit & Ausblick
  - Krankheitslast:
    - ! entsteht überwiegend durch vorzeitiges Versterben,
    - ! war zeitweise sehr hoch, seit Mai/Juni stark rückläufig,
    - ! entfällt zu 1/3 auf Personen unter 70 Jahren, zu 2/3 auf Männer
  - Zurzeit letzte Abstimmung der Publikation, Einreichung bei Bundesärzteblatt nächste Woche geplant
- Noch wurde nicht berücksichtigt, dass Krankheit Spätfolgen hat, sollte unbedingt mit ins Papier hinein.
  - Spätfolgen sind eine Limitation, werden bei der klassischen Burden of Disease Berechnung aber häufig nicht einbezogen.
- Wurden Komorbiditäten mitberücksichtigt?
  - Es gibt eine Studie aus Schottland, bei der auf Vorerkrankungen kontrolliert wurde. Normalerweise wird dies jedoch nicht gemacht. Wird im Papier aber diskutiert.
- Meldedaten eignen sich nicht für Fragen zum längeren Verlauf. Langzeitfolgen können in Daten nicht untersucht werden.
- Gibt es Überlegungen einen Prozentsatz der Untererfassung einfließen zu lassen?
  - Die Berechnung basiert auf Fällen, die gemeldet wurden. Untererfassung korreliert wahrscheinlich mit leichtem Verlauf. Bei Verstorbenen wird davon ausgegangen, dass Untererfassung nicht so groß war.
  - Annahme, dass nur leichte Fälle untererfasst werden, ist nicht zulässig. Bei älteren Menschen könnte genau das Gegenteil der Fall sein. -> wird in Diskussion mitaufgenommen

*ToDo: Papier soll zur Abstimmung auch an FG36 und AL3 gegeben werden.*



	<p>Kopfschmerzen, Husten, Geschmacksverlust und Fieber genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transmissionskette (modelliert, da manche Fälle mehr als eine Quelle nannten): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mittleres serielles Intervall: 4,7 Tage, mittlere Inkubationszeit: 5 Tage, mittlere Generationszeit: 4,8 Tage</li> <li>▪ Kein asymptomatischer Fall als Quellfall</li> </ul> </li> <li>○ Transmissionraten auf Kontaktpersonen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ höchste Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase</li> </ul> </li> <li>○ Schlussfolgerungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Limitation: Basis ist Auskunft der Fälle, Kontaktpersonen wurden nicht kontaktiert</li> <li>▪ Potentielles Super-Spreading bei kleineren Massenveranstaltungen</li> <li>▪ Keine Infektionen ausgehend von asymptomatischen Fällen</li> <li>▪ Höchste sekundäre Transmissionsrate in präsymptomatischer Phase</li> <li>▪ Wichtige Daten zu Generations-/Inkubationszeit und seriellem Intervall</li> </ul> </li> <li>○ Manuskript ist fast fertig, soll bald in Emerging Infectious Diseases und für die Escaide eingereicht werden.</li> <li>○ Bewertung Einsatz: viel Routinearbeit, deshalb sind Containment Scouts sehr wichtig; unzureichende IT-Nutzung, sehr viel Nachholbedarf</li> </ul>	
<p><b>13</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entwicklung setzt sich fort. Inzidenzen steigen weiter an und liegen leicht über Niveau Vorjahr; Nachweise von Rhinoviren.</li> </ul> </li> <li>○ Entwicklung der Fallzahlen: 0-5 Jahre <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittlerweile wieder KiTa-Regelbetrieb in allen BL, COVID-19 Fallzahlen gehen zurück.</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kurzer Anstieg um 33.Woche, dann Rückgang</li> </ul> </li> <li>○ Betreuung in einer Einrichtung gemäß §33 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigender Anteil bedeutet nicht automatisch, dass Fälle durch Betreuung infiziert wurden.</li> <li>▪ Kann in naher Zukunft genauer analysiert werden.</li> </ul> </li> <li>○ 3 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Rahmen einer Eingewöhnung, eine betroffene Erzieherin war gruppenübergreifend tätig.</li> <li>▪ 5 Kinder und 4 Erzieherinnen, vermutlich mehrere Gruppen betroffen.</li> <li>▪ Kleiner Ausbruch mit 2 Fällen bei Erziehern.</li> </ul> </li> <li>○ 2 neue Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lehrerin als Indexfall, bis auf 1 Schüler alle</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p>





	<p>asymptomatisch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Schüler und 3 Lehrerinnen, vermutlich mehrere Klassen betroffen, vermutlich von Lehrerin ausgegangen</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zurzeit diverse Erlasse</li> <li>! Aussteigekarten: Zwischenlösung mit RKI als Auftraggeber für Deutsche Post, Datenschutzfolgeabschätzung erforderlich.</li> <li>! Evaluierung, wie gut DEMIS als dauerhafte Lösung für digitale Aussteigekarten wäre. Kapazitäten sind sehr limitiert, im Moment Lösung mit DEMIS nicht sinnvoll.</li> </ul>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG schickt in letzter Zeit Dokumente zur Publikation direkt an RKI webmaster - mit der Folge von mehreren zusätzlichen Kommunikationen, ob das bereits abgestimmt war usw. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sorgt für Verwirrung bei Presse, welche Version publiziert werden soll. Besser wäre nur das fertige Produkt an Presse zu schicken.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Hanefeld meldet an BMG zurück, dass Dokumente an Schichtleitung oder ZIG geschickt werden sollen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach Freigabe durch Schichtleitung oder ZIG gehen die Dokumente an die Presse.</li> <li>○ RKI sollte nicht nur Plattform und Sprachrohr von BMG werden.</li> </ul>	FG32
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	09.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Osamah Hamouda**

**Teilnehmende:**

- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG23
  - Antje Gößwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Ester-Maria Antao
- ! Presse

- Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Regina Singer
- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Vergleich zur Vorwoche verzeichnet Frankreich unter diesen Ländern die größte Zunahme</li> <li>▪ Brasilien schwankt zwischen Zu- und Abnahmen, ansonsten keine besonderen Änderungen</li> </ul> </li> <li>○ Übersicht globale Situation nach WHO Regionen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Südostasien trägt zunehmend mehr zum Geschehen bei, vor allem durch Indien getrieben</li> <li>▪ Anteil Europa steigt an</li> <li>▪ Afrika und Westpazifik nur kleinen Anteil</li> <li>▪ Ostmediterrane Region relativ gleichbleibend</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. auf Länderebene <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Länder mit 7-T-I &gt;50/100.000 hat abgenommen und liegt jetzt bei 37 (vorher 41), keine neuen Länder hinzugekommen</li> <li>▪ Afrika: Inzidenzen bis auf Libyen abnehmend</li> <li>▪ Amerika: Südamerika weiterhin sehr stark betroffen</li> <li>▪ Europa: zwei Mikroregionen (San Marino, Monaco) sind nicht mehr dabei, dafür Anstieg in anderen Ländern und Regionen</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Ozeanien: wenig Veränderungen, Inzidenzen nehmen (bis auf Guam) ab</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenzen &gt;50/100.000 Einw. in Subregionen in EU/EEA/UK &amp; CH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Albanien: eine Region (Hauptstadt)</li> <li>▪ Frankreich: zunehmend mehr Regionen betroffen (7)</li> <li>▪ Niederlande: bereits im Juli höhere Fallzahlen, jetzt neu mit den Provinzen Nord- und Südholland, Inzidenzen steigen stetig an, weitere Regionen sind zu erwarten</li> <li>▪ Spanien: 18 Regionen, keine neue seit dem 07.09.</li> <li>▪ Rumänien: 13 Regionen wovon 4 neue seit dem 07.09.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen sind aktuell vielerorts hoch aber die</li> </ul>	ZIG1

	<p>Sterblichkeit niedrig, kein Land bis auf Israel wo die Todesfallzahlen steigen, oder?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Anzahl der &gt;60-jährigen Fälle ist sehr gering</li> <li>▪ Krankenhauseinweisungen sind auch gering, sowie geringe Belegung der IST</li> <li>▪ 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</li> </ul> <p>○ Die Schwere der Erkrankungen muss für die Erwägung von Maßnahmen gut beobachtet werden</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ggf. Stabilisierung auf diesem höheren Niveau, heraus stechen BY, dann BW, dann BE</li> <li>▪ 3 Kreise in BY mit 7-T-I &gt;50/100.000, manche großen Stadtkreise mit Inzidenzen &gt;35/100.000</li> <li>▪ 28 Kreise haben keine Fälle übermittelt</li> <li>▪ 11 BL mit rückläufigem Trend, in manchen sehr kleine Fallzahlen (Änderung nicht gut interpretierbar)</li> </ul> </li> <li>○ Exposition im Ausland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist erwartungsgemäß rückläufig mit ca. 32%, betroffene Länder v.a. Kroatien, Kosovo, Türkei, Bosnien und Herzegowina, Spanien, Rumänien</li> <li>▪ Anstieg in den letzten Wochen vor allem durch Exposition im Ausland bzw. unklar aufgrund mangelnder Information zum Expositionsort</li> </ul> </li> <li>○ Asymptomatischer Anteil bei Fällen ist relevant, vor allem bei jenen mit Exposition im Ausland (nicht auf Folien)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Feedbackbogen für GA ist in Vorbereitung, dieser könnte Auskunft hierzu liefern, siehe unten unter Surveillance</li> <li>○ Mitte Oktober wird die Teststrategie verändert und es</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>wird eine Herbstferien Reisewelle geben, die Folgen hiervon werden wegen der fließenden Übergänge wahrscheinlich nicht klar auseinanderzuhalten sein (z.! . unterschiedliche Ferientermine)</p> <p>! Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE Aktivität GrippeWeb: in letzten Wochen gab es einen Anstieg bei Kindern, ein solcher ist jedes Jahr mit Ende der Sommerferien zu beobachten</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ ARE-Konsultationsinzidenz folgt ihrem üblichen Muster und wurde lediglich durch die Maßnahmen leicht beeinflusst</li> <li>○ ICOSARI: Anteil von laborbestätigten COVID-19 unter SARI Fällen ist mit ca. 3% stabil in den ganzen letzten Wochen</li> </ul> <p>! Testkapazität und Testungen (mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen pro 100.000 nach Altersgruppen: ist über alle Altersgruppen scheinbar rückläufig aber mit Vorsicht zu interpretieren</li> <li>○ 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</li> <li>○ Es sind zwei große Labore hinzugekommen die jetzt auch melden, deswegen ist dies noch nicht klar interpretierbar</li> <li>○ Testverzug (Abnahmedatum bis Labortestung): ansteigend aber &lt;1,4 Tage, dies muss beobachtet werden, da das hohe Testniveau ggf. nicht mehr so flüssig abgearbeitet werden kann</li> <li>○ Darstellung der Testungen nach Abnahmeort (auf 100% Aufteilung): Arztpraxen (eher Zunahme), KKH (abnehmend) und andere (Testzentren, GA-organisierte Testungen, Flughäfen, Busbahnhöfen)</li> </ul>	<p>FG37</p>
<p>2</p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	Vergleichen, Kollaboration RKI Abt. 2 und 3, Link hier: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM_Inhalt_20_S07.html">https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/JoHM/2020/JoHM_Inhalt_20_S07.html</a>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FG17: Probeneinsendungen auf üblichem Niveau, nur Rhinovirus Nachweise</li> <li>! Übergang auf multiplex PCR wird vorbereitet, andere saisonale Coronaviren werden einbezogen</li> <li>! Vorbereitung der Influenza Saison</li> <li>! Influenza <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der Südhalbkugel gibt es aktuell kaum Nachweise, dies könnte eventuell auf einen Erfolg der Maßnahmen deuten</li> <li>○ Global sind nur 46 Influenza Nachweise an die WHO gegangen, das sind sehr wenige und es gibt nur eine geringe Positivrate</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Könnten die Isolate aus den Laboren auch ans RKI gehen? Es werden in den meisten Fällen positive PCR-Nachweise sein und keine Isolate oder Anzuchtungen, die noch weiter untersucht werden könnten, Proben werden normalerweise nach 7 Tagen verworfen</li> <li>○ Im Sommer könnte dies in die integrierte molekulare Surveillance Strategie mit aufgenommen werden zur weiteren Charakterisierung im nationalen Referenzzentrum</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zur Kenntnis: in der AGI findet aktuell die Abstimmung eines Dokumentes zu Veranstaltungen statt</li> </ul>	FG32





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>letzten 30 Tagen (COVID-19 in Meldedaten) sind in Vorbereitung</p> <p>! Jedes BL sieht nur seine Daten und die seiner GA, GA sehen nur die Informationen zu wenigen Indikatoren für ihren Kreis</p> <p>! Dies wurde noch nicht verteilt aber bereits mit der AGI diskutiert und abgestimmt, jetzt wird es mit den Landesämtern besprochen und dann hoffentlich automatisch einmal pro Monat verteilt</p> <p>! Ein anonymes Beispiel zur Darstellung ist in Vorbereitung</p> <p>! Dies soll helfen zu sehen, wo die Kreise stehen, letztendlich ist eine Verbesserung der Datenqualität erhofft durch das Identifizieren und Erheben von möglichen Problemen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 11.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	11.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger

- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Maud Hannequin
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: zum Vortag +1.484 neue Fälle; +1 Todesfall</li> <li>○ R-Wert bei 1,00 (95% KI: 0,78-1,25); 7-T. R-Wert bei 1,11 (95%-KI: 0,99-1,25)</li> <li>○ Rückmeldung aus dem BMG: Der 4-T. R-Wert wird bevorzugt betrachtet</li> <li>○ Werte befinden sich insgesamt auf einer Plateau-Phase</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inz. nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bayern bleibt Platz 1 mit deutlichem Abstand; zeigt weiter Anstieg</li> <li>○ Die restlichen der Top 5 Bundesländer sind: Berlin, Baden-Württemberg, Hamburg und Hessen</li> </ul> </li> <li>! Geografische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach Kreisen: 22 keine Fälle übermittelt</li> <li>○ 3 bayrische Kreise mit Inz. &gt; 50 Fälle/100T Einw.</li> <li>○ 5 Kreise mit &gt; 30 Fälle/100T Einw.</li> </ul> </li> <li>! Anzahl der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 08.09.20) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Vergleich zur vorherigen KW: Testkapazität relativ gleich geblieben, pos. Rate liegt gleich</li> </ul> </li> <li>! Rückstau an PCR-Proben zur SARS-CoV-2 Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Abb. im Lagebericht neu eingeführt</li> <li>○ Probenrückstau seit KW 31 angestiegen, aktuelle KW leicht abgenommen</li> <li>○ In KW 36 gaben 66 Labore einen Rückstau von insgesamt 29.964 abzuarbeitenden Proben an</li> <li>○ 44 Labore nannten Lieferschwierigkeiten der Reagenzien</li> </ul> </li> <li>! Wöchentliche Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Freitags im Lagebericht Mortalität, kaum Veränderungen, keinen Anstieg durch Hitze zu erwarten, Covid 19 Sterberate sehr niedrig</li> </ul> </li> <li>! Sind Menschen bei Sicherheitsfirmen durch prekäre Arbeitssituationen größerem Infektionsrisiko ausgesetzt? Spielen diese als Überträger eine Rolle? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Daten über Berufstätigkeit in den Meldedaten</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo:</i>  <i>In nächster Epilag nachfragen, ob durch enge Kontakte Mitarbeiter von Sicherheitsfirmen vermehrt betroffen sind.</i></p>	<p>FG32</p> <p>Leitung (Hr. Wieler)</p> <p>FG32</p>





	<p>! Präs bittet um Findung eines pragmatischen Kommunikationsweges zur im Oktober anstehenden Regelung</p> <p>b) RKI-intern</p> <p><i>ToDo:</i>  -Zum Pakt ÖGD: Beim nächsten Jour Fixe beim BMG nachfragen, inwiefern Gelder an das RKI geht  -Zum Ministertermin: Fr. Michel erstellt Gesprächsnotiz zur Veraktung  -Leitung bittet -als eine Kommunikation zur im Okt. anstehenden Quarantäneänderung- um einen Artikel im Epi Bull. zur Bedeutung einer Verkürzung der Quarantänedauer. Mit Fokus auf das entstehende Infektionsrisiko. Drafting Group sollte Mitte nächste Woche draft abgeben und zügig publizieren. FF Bettina Rühle</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Umfangreiche Updates zum Kontaktpersonenmanagement  Als Info Punkt für alle</p>	FG36, 37
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! 673 untersuchte Proben  ! 7,3% pos. Rate  ! Promo-Proben aus Straubingen untersucht bislang alle negativ</p> <p>! Arbeitsschutz steht vor der Fertigstellung</p>	FG17  IBBS
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Webseminare erhalten viel Interesse  ! Telemedizin Unterstützung beides läuft zum Ende des Jahres aus; wird zu Nachfragen dann führen, läuft bisher sehr gut</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! In der nächsten Woche wahrscheinlich SurvNet-Update  ! Kooperationsanfrage der Charité durch Prof. Kuhlmei zu COVID-19 in der Gerontologie. Möchten IfSG-Meldedaten zu COVID-19 einbeziehen. Diese Daten würden zusätzlich zu GKV-Daten ausgewertet werden. Für Meldedaten braucht die Charité Expertise zu den Meldedaten. Fr. Diercke schlägt Meldedatengruppe vor. Dies erfordert Koop-vertrag und Datenschutzvereinbarung. Im FG37 sind schon Aktivitäten zur Auswertungen von COVID-19 Fällen in Pflegeheimen (Fr. Schweigert). Gerne kann sie unterstützen.</p>	FG32  FG23/ FG32/ FG37
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Update Scanlösung der Aussteigekarten  Soll am kommenden Montag starten, es fehlt noch Kostenzusage an RKI für den Vertrag mit der Post: bei Übernahme der Lösung sollen 30T Euro gezahlt werden; Pauschale für 14T/Monat; Bei</p>	L1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>knapp 100 T Euro/Monat plus Mwst.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ein Amtshilfegesuch von Rheinland-Pfalz noch offen</li> <li>! Am Sonntag muss Datenschutzabfolge fertig sein, zunächst auch ohne vorab Bundesdatenschutz; RKI gut im Zeitplan</li> <li>! Zweiter Teil der Lösung ist die Einführung einer bundesweiten Reisedatenbank. Diese wird unter dem IfSG als Nebensystem von DEMIS etabliert</li> <li>! Schaade mit Rottmann gesprochen, dass dies personell mehr fordert und rechtlich vielleicht nicht in IfSG verankert. Daher wird zweite Lösung angedacht und die die Scanlösung wird länger als Oktober bestehen. RKI und BMI sehen diese Daten eher im BMI-Bereich.</li> </ul>	
<p><b>14</b></p>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG Termin zur Kürzung bzw. Frequenzreduktion des täglichen Lageberichts             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Minister Spahn stimmte der Kürzung zu, möchte aber weiterhin täglich die Tabelle zu den Pflegeheimen</li> <li>o Es erfolgte Abstimmung dazu was am BMG wann gebraucht wird</li> <li>o Gekürzter Bericht wird am Montag einsetzen</li> <li>o Zur Info wird die ab Montag aktuelle Struktur einmal per Mail an Krisenstab geschickt</li> </ul> </li> <li>! Vorstellung Schichten und E-Mail Kommunikation im Lagezentrum (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>! 3.481 Schichten im Lagezentrum-Schichtplan erfasst</li> <li>! Knapp 150 Mitarbeitende beteiligt                 <ul style="list-style-type: none"> <li>o Durchschnitt: 24 Schichten/ Person</li> <li>o Median: 15 Schichten</li> <li>o Spanne: 1- 118/ Person</li> </ul> </li> <li>! Fazit:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fast ¾ RKI-interne Kommunikation</li> <li>o März und August bislang größte Belastung</li> <li>o Range: ca. 100 – 900 E-Mails/ Tag</li> <li>o Peak: bis zu 24/ Minute</li> <li>o Samstag: durchschnittlich ruhigster Tag</li> <li>o Hauptaktivität 7.00 bis 22.00 Uhr</li> <li>o Plateau: zwischen 9.00 Uhr und 17.00 Uhr</li> <li>o Ruhezeit: Zwischen 1.00 Uhr und 5.00 Uhr</li> </ul> </li> <li>! Rechtsreferent erhält viele Anfrage nach IFG</li> <li>! Zur Reduktion der kleinen Anfragen hat Minister Spahn sich bereit erklärt wöchentlich den Gesundheitsausschuss für Bundestag zu halten. Fragen werden vor Ort beantworten, damit weniger kleine Anfragen</li> </ul> </li></ul>	<p>FG32</p> <p>Leitung</p>

<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 14.09.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

## Ergebnisprotokoll Krisenstab-Sitzung „**Neuartiges Coronavirus (COVID-19)**“

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.09.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

### **Moderation: Osamah Hamouda**

#### **Teilnehmende:**

- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
  - Bettina Rühle
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Marieke Degen
- !  
ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Sandra Beermann
  - Sarah Esquevin
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss

- ! Protokoll
  - o Janet Frotscher

## Agenda:

<b>TOP</b>	<b>Beitrag/Thema</b>	<b>eingebracht von</b>
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International</li> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage                   <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Vergleich zur Vorwoche verzeichnet Frankreich unter diesen Ländern die größte Zunahme</li> <li>▪ Indien meldet Tagesrekorde, Hotspot Marrakesch über 1 Mio Fälle / Tag</li> <li>▪ Afrika: Trend insgesamt abnehmend</li> <li>▪ Südamerika: Infektionsgeschehen ist ausgewogen</li> <li>▪ Israel führt ab Freitag, 18.09.2020, für mind. drei Wochen Lockdown durch</li> <li>▪ Europa Trend steigend (neu auf Liste: Tschechische Republik und Monaco)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! National</li> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>o SurvNet übermittelt: 260.355 (+927), davon 9.350 (3,6%) Todesfälle (+1), Inzidenz 313/100.000 Einw., 7-Tage-Inz. 10,3/100.000, ca. 233.300 Genesene, Reff=0,1,18 7T Reff=1,04</li> <li>o In Bayern kleinere Ausbrüche, z.B. in einem Pflegeheim in Kaufbeuren</li> <li>o Ausbrüche in Risikogruppen: hier muss genau beobachtet werden!</li> <li>o Syndromische Surveillance (mittwochs)</li> <li>o Testkapazität und Testungen (mittwochs)</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 Frau Esquevin</p> <p>FG32 Frau Diercke</p>
2	<p><b>Internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mission Kommission Macron (Email von Professor Didier Pittet): Frau Hanefeld informiert über geplanten 2-tägigen Besuch Anfang November, um mit deutschen Akteuren (RKI, Charité) über Verbesserungsmöglichkeiten Frankreichs im Umgang mit Covid-19 zu sprechen – Herr Hamouda stellt sich als Gesprächspartner zur Verfügung</li> </ul> <p><i>ToDo: Abklärung: Teilnahme von Herrn Wieler / Herrn Schaade</i></p>	<p>ZIG Frau Hanefeld</p>
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	



	<p>! Corona WarnApp (CWA)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMG kürzt Gelder für die CWA</li> <li>- Interoperabilität wurde vom BMG priorisiert, Anfrage um unterstützende Drittmittel läuft</li> <li>-RKI hat Priorität auf Funktionsverbesserung</li> <li>-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)</li> <li>- pro Monat ca. 80 Presseanfragen und ca. 500 Bürgeranfragen pro Tag</li> <li>- Das RKI wurde aufgefordert bis zum 16.09.2020 ein Evaluationskonzept zur CWA einzureichen. FF FG21</li> <li>-zusätzlich führt FG37 mit der Uni Marburg ein Projekt zur Evaluation von Containment Scouts und Befragung zu CWA durch</li> </ul> <p>! RKI-Labor ist in den letzten Zügen um an CWA angebunden zu werden</p> <p>! BZGA aktualisiert das virtuelle Schulpaket und fragt bei Kultusministerien ab, welche Empfehlungen diese weitergeben</p>	<p>Frau Beermann / Frau Thaiss / Herr Eckmanns</p>
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>alle</p>
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Plakat zu drei elementaren Risikosituationen <a href="https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/Merkblaetter/3Gs/Infografik_3g.pdf">https://www.infektionsschutz.de/fileadmin/infektionsschutz.de/Downloads/Merkblaetter/3Gs/Infografik_3g.pdf</a></p> <p>! Frau Thaiss schlägt gezieltere Verlinkung zur BZGA bezüglich begleitender Materialien (wie z.B. Übersetzungen u.ä.) vor</p> <p>! RKI-Startseite wird leicht modifiziert</p> <p>! Dokumente, die häufig gesucht werden, sollen auf Startseite des RKI abrufbar sein (Link folgt)</p> <p>! A-Z soll entschlackt werden</p> <p>! Ziel: mehr Übersichtlichkeit</p> <p>! Herr Mielke berichtet von Interesse von Seiten der AGI zu Informationen zu Antigentests, er stellt sich im Sinne</p>	<p>BZgA Presse</p> <p>Frau Thaiss / Frau Degen / Herr Mielke</p>

	<p>des koordinierten Vorgehens und einer souveränen Planung den Fragen zur Verfügung</p> <p><i>ToDo: gekürzter Lagebericht muss gut kommuniziert werden !!</i></p>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen (Nachfolger*in von Frau Andernach noch nicht bestimmt)</p>	
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! <b>Quarantäne- und Isolierungsdauer bei SARS-CoV-2 – Grundlagen für eine Risikoabwägung:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frau Rühle stellt den Entwurf des EpiBull-Beitrages vor und weist auf Beteiligung vieler Fachgebiete hin (FG37, FG36, FG17, ZBS1, Abt. 1, MF1, IBBS)</li> <li>- Grundidee im Einleitungsteil: wie wichtig sind sorgfältige Empfehlung zu Quarantäne und Isolierung</li> <li>-Grundlagenteil zur Definition, Überleitung zur Viruskinetik (FG17)</li> <li>-Hauptteil: beide Konzepte sind separat voneinander zu betrachten</li> <li>- Meinungsäußerung des RKIs</li> <li>- Verkürzung in Kombination mit Testung von 14 auf 10 Tage</li> <li>- Zustimmung der Sitzungsteilnehmer, der Ansatz wird als gut empfunden, mit zusätzlichen Textbausteinen kann mit dem Entwurf gut gearbeitet werden</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p>	<p>IBBS</p> <p>Frau Rühle / Herr Mielke / Herr Hamouda</p>
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p>	IBBS
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 1076 untersuchte Proben</li> <li>! 7,25 % positive Rate</li> <li>! In der Virologische Surveillance sind 184 Proben/4 Wochen eingegangen</li> <li>! Davon waren 98 Proben positiv für Rhinovirus. Die Testung auf alle anderen respiratorischen Viren, incl. SARS-CoV-2 und Flu A/ Flu B, war negativ.</li> <li>! Herr Mielke erwartet Stellungnahme des BMG (Reaktion des GMK Beschlusses)</li> </ul>	<p>FG17 Frau Michel / Frau Oh / Herr Mielke</p>



11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	FG36/IBBS
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  ! Infos zum Impfen: ab jetzt immer fester Top Freitags ! Abordnung von Frau Matysiak-Klose (FG33) ans BMG ! Tim Eckmanns weist auf erste ökologische Studie in den USA zum Infektionsschutz durch Maskentragen hin (Mask Wearing and Control of SARS-CoV-2 Transmission in the United States) <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869039/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869039/</a>	Herr Hamouda / Herr Eckmanns
13	<b>Surveillance</b>  ! Corona-KiTa-Studie -Meldezahlenrückgang der Altersgruppe 0 bis 5 Jahre -Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: leichter Rückgang -13 Fälle / 4 Kinder im Alter von 5 Jahren (vermutlich sind auch Betreuer betroffen)  <i>ToDo: Herr Haas stellt am Freitag, 18.09.2020, Fragen zur Hospitalisierung vor</i>	FG32 FG36 / Herr Haas
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>	FG32
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	
16	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	alle
17	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 16.09.2020, 11:00-13:00	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	16.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

#### Teilnehmende:

- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Inessa Markus (Protokoll)
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BMG



- Iris Andernach



	<p>Malta, Voralberg/Österreich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Tschechien sind 2 Regionen dazugekommen, somit haben 10/14 Regionen 7d-Inzidenz über 5/100 000 Ew.</li> <li>○ drei weitere Regionen in Ungarn</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>Heute Morgen gab es Serverprobleme, diese scheinen behoben zu sein</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ ITS Kapazitäten: keine Veränderungen</li> </ul> <p>7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BY (17/ 100 000) höchste Inzidenz, gefolgt von HH, BE, BW</li> <li>○ Wenig Veränderung bei BW und NRW</li> <li>○ Restliche BL unter dem Bundesdurchschnitt (11); seit längerem auf einem Plateau; rückläufig in HE</li> </ul> <p>Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 LK &gt;50-100 Fälle/100.000 Einw</li> <li>○ Führend in der Liste: <ul style="list-style-type: none"> <li>Würzburg und Garmisch- Partenkirchen (GP)</li> <li>Rückmeldung Epilag: Das Geschehen in GP steht nicht nur im Zusammenhang mit einer Person (Superspreaderin); großes mediales Interesse</li> </ul> </li> </ul> <p>In der AGI sehr kritische Wahrnehmung dieser Darstellung, da häufig kleine Landkreise mit wenigen Fällen schnell einen Wert über und/oder sehr nah an 50/100 000 Ew. kommen. Im Vergleich hat SK München 500 Fälle an einem Tag übermittelt und man sieht hier wenig Veränderung.</p> <p>COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Angabe zu Expositionsort Ausland nimmt trotz Fallzunahme</li> </ul>	<p>FG36/ Alle</p>
--	--	-------------------



	<p>in KW 37 ab. Es scheint, dass die Mehrzahl der Übertragungen in Deutschland stattfindet, das sollte weiter beobachtet werden</p> <p>Häufigsten genannte Expositionsländer der in den Meldewochen 34-37 übermittelten COVID-19-Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterhin häufig Balkanstaaten</li> <li>○ In KW 37 ist Türkei führend</li> <li>○ Tschechische Republik nimmt im Zeitraum KW34-KW37 zu</li> <li>○ Bild übereinstimmend mit der internationalen Lage</li> </ul> <p>Wochenvergleich Verteilung nach Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verschiebung in ältere Altersgruppen hat zugenommen</li> </ul> <p>Ausbrüche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geschehen in LK Neu-Ulm und LK Würzburg eher diffus (priv. feiern, Haushalte), keine großen Ausbrüche</li> <li>○ LK Cloppenburg: Fußballmannschaft mit 10 Spielern und der Trainer wurden positiv getestet, alle haben milde Krankheitsverläufe</li> <li>○ LK Weimarer Land: Senioren-Busfahrt nach Tschechien, importierte Infektionen, Familienfeier</li> </ul> <p>Interpretation/Allgemeine Einordnung im Lagebericht sollte angepasst werden angesichts der Zunahme der autochthonen Fälle sowie Zunahme der Fälle unter den Älteren</p> <p>Jede Anpassung des Lageberichts sollte gut durchdacht erfolgen, da diese viel zitiert werden. Die Graphik (Folie 4) sollte genau beschrieben werden, genaue Berichterstattung fördert Transparenz</p> <p>Anpassung der allgemeinen Einordnung wird am Freitag erneut diskutiert.</p> <p><b>Syndromischen Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung der ARE-Rate entspricht dem Vorjahr mit einer zeitlichen Verschiebung um eine Woche nach vorne (Folie 2)</li> <li>○ Keine außergewöhnliche Entwicklung der ARE-Zahlen in der Bevölkerung, Rebound-Effekt bleibt aus</li> <li>○ Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz befinden sich insgesamt im Bereich der Vorsaisons. Bei den 5- bis 14-</li> </ul>	<p>FG37</p>
--	--	-------------

	<p>Jährigen ist der Wert im Saisonvergleich erhöht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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).</li> <li>○ SARI-Fallzahlen und Anteil COVID seit KW 33 stabil bei 3%; deutlicher Anstieg in der AG 5-14 Jahre</li> </ul> <p>Lockdown leitete das Ende der Influenza-Saison ein. Auswirkung von AHA-Regeln auf respiratorische Viren und Influenza-Saison sind noch unklar. Aktuell haben wir eine sehr exklusive Zirkulation von Rhinoviren. Der Anteil von Rhinoviren, die über Oberflächen übertragen werden ist deutlich höher als bei anderen resp. Viren.</p> <p><b>SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der positiven und negativen Testungen pro KW – bundesweit: Im Vergleich zu Vorwoche hohe Testaktivität, keine Veränderungen</li> <li>○ Testverzug: leichten Anstieg im Testverzug, 1,25/1,3 Tage Turnaround-time</li> <li>○ Positivenanteil nach Altersgruppe und Kalenderwoche: Positivenanteile bei max. 1,1; für über 80J bei 0.4%</li> <li>○ Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche: geht in allen Alterskategorien bis auf 15-34 J und 60-79 J zurück</li> </ul> <p>Lob für das Erfassungssystem; wichtiges Zeichen wie wertvoll, dass die Zahlen zu Testung in dieser Weise auswertbar sind</p> <p>Qualitativ gesicherte Diagnostik durch Validierung durch Fachleute ist der Begrenzungsfaktor bei Ausweitung der Testkapazitäten</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen ! Kein Änderung/Anpassung ohne Abstimmung mit der Institutsleitung, daher auf die nächste Sitzung verschoben	FG38
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b>	BZgA



	<p><b>BZgA</b></p> <p>! nicht anwesend</p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Rückfragen an die Presse zur Änderung des Lageberichtes. Es wurde eine gute Lösung mit der Erklärung online gefunden</li> </ul> <p>Bereitstellung von Daten an die Datenjournalisten:</p> <p>Bereits Anfang Juli gab es ein Treffen der Datenjournalisten mit M. Diercke und M. an der Heiden. Es wurden besprochen, dass die Ergebnisse in Tabellenform im Situationsbericht verfügbar gemacht/dargestellt werden</p> <p>Aktuell einige Nachfragen seitens Journalisten zu dem Stand dazu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tabellenerstellung sowie die Morgenmail an wird BMG/BMI mit Fallzahlentabelle wird aktuell automatisiert. Die kumulativen Fallzahlen müssen epidemiologisch eingeordnet werden.</li> <li>○ Position Lagebericht ist sehr ausgelastet, der Versand an Presse kann organisiert werden, aktuell wird am Automatisierungsprozess gearbeitet. Es wird noch geprüft welche Tabellen auf die Webseite gestellt können. Sonderauswertungen können nicht bereitgestellt werden. Zeitnahe Umsetzung wird angestrebt.</li> <li>○ Dashboard wird aktualisiert um das aktuelle Geschehen/Lage besser darzustellen. Es wird stärker die 7-Tage Inzidenz betont, 14-Tage Inzidenz kann aufgenommen werden.</li> </ul> <p>Anpassung Pressemeldungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es werden eine Menge Pressemeldung über die Pressestelle an den Verteiler Corona geschickt. Die aktuelle Darstellung (nach Datum und Uhrzeit sortiert) wird als unübersichtlich empfunden. Für bessere Übersicht werden die Themen als erstes in der Mail zu sehen sein.</li> </ul> <p><i>TODO Presse: Pressemitteilungen-E-Mails anpassen</i></p> <p>Anfrage Fraunhofer-Institut für Offene Kommunikationssysteme FOKUS zu Nutzung von Katwarn für Benachrichtigungen zu COVID-19 durch RKI</p>	<p>Presse</p>
--	---	---------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Vorschlag wurde in der AGI TK diskutiert. Es gab Vorbehalte gegen den Vorschlag sowohl in den Ländern als auch am RKI, da die Systeme (auch NINA/BKK) hauptsächlich durch die Kommunen und Länder mit Inhalten gefüllt/gestaltet werden. RKI Informationen sollten nicht den lokalen/kommunalen Infos widersprechen und müssten genau geprüft und mit den Ländern abgeglichen werden.</li> <li>○ Insgesamt sind die Instrumente (CtaWarn Fraunhofer/Nina BBK) bekannt und werden auf Landes- und kommunaler Ebenen auch benutzt. Zusätzlicher Input von der nationalen Ebene wird auch aus technischer Sicht kritisch gesehen.</li> </ul> <p>Morgen trifft sich die Kommunikationsgruppe des Health Security Committees. Es wurde die Presse und Wissenschaftskommunikationsgruppe dazu gebeten.</p>	
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Thema Impfung ist im Moment „hot topic“ am BMG (Verteilung, Beschaffung, Logistik etc.) Ole Wichman hat bereits im Expertenrat Influenza dazu vorgetragen. Im BMG ist das Referat 614 zuständig und war in Person von Herrn Cornelius Barthels vertreten Ein Beitrag zu Impfung ist am Freitag im Krisenstab geplant.</p> <p><i>TODO: Anfragen, ob FG33 am Freitag im Krisenstab teilnehmen wird.</i></p> <p>! Festlegung der Risikogebiete macht viel Arbeit und benötigt viele Abstimmungen.</p>	BMG-Liaison
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>Antigen-Test:</p> <p>Morgen AG Diagnostik unter Leitung BMG</p> <p>Aktualisierung der Hinweise zu Testung auf SARS-CoV-2 und die Aussage im EpiBull Artikel werden harmonisiert. Die Aktualisierung wird nächste Woche dem Krisenstab vorgelegt.</p>	AL1
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Ausformulierung/detaillierte Darstellung der Kategorisierung von KP in Klassen/Kita hat zu vielen Rückfragen, ob Quarantänisierung ganzer Klassen</li> </ul>	FG38 /FG36



	<p>erforderlich ist, geführt. Es sind keine Vorgaben sondern nur Vorschläge, das Vorgehen situationsbedingt anzupassen, wenn eine Kategorisierung nicht möglich ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lessons learned: Eine häufige Anpassung von Dokumenten sollte vermieden und schrittweise durchgeführt werden. Hier ist es nicht gut gelungen und wird als Neuerung wahrgenommen.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	FG38
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen !</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Virologische Surveillance Niedriges Niveau der Aktivität und es werden bis zu 90% Rhinoviren nachgewiesen. Diese Woche wurde erstmalig Influenza B (Viktoria Linie) bei 25-jährigen Patient*in aus NRW mit typischen Symptomen nachgewiesen. Unklar ob die Infektion in NRW oder Ausland erworben wurde. Einfluss des Lockdowns im Sentinel gut sichtbar. Eine Woche nach Lockdown erfolgten keine Virusnachweise mehr, mit den Lockerungen nahmen Nachweise von Rhinoviren zu. Bisher keine anderen Viren nachgewiesen.</p>	FG17
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! EpiBull Artikel wird von Bettina Rühle erstellt und zur Kommentierung mit Abt1 und FG37 geteilt. Genaueres dazu soll am Freitag im Krisenstab besprochen werden.</p>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>DEMIS Update:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Karte mit den teilnehmenden LK/GA, 291 GA sind empfangsbereit, auf Homepage veröffentlicht. Aktivität der Labore steigt ebenfalls.</li> <li>○ Unvollständige Angaben auf dem Laborbegleitschein werden durch DEMIS nicht gelöst werden. Diese Angaben liegen den Laboren oft nicht vor, da die Einsender die</li> </ul>	FG32



	<p style="text-align: center;">Angaben nicht ausfüllen.</p> <p>Antigen-Test:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Diskussion dazu innerhalb der AGI: Bei hoher Spezifität wird eine Nachtestung als doppelte Arbeit gesehen.</li> </ul> <p>SurvNet-Update:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>FG37/FG32/ alle</p> <p>FG32</p>
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Krisenstabtreffen BMG/BMI</p> <p>! GMK zu Impfen</p> <p>! HSC</p> <p>! ECDC Impfen als Webinar</p>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 18.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	

## Ergebnisprotokoll Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	18.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

- ! Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! BMG
  - Christoph Bayer
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - -
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG 32/FG38
  - Ute Rexroth
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Julia Schilling

- Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! P1
  - Myriam Jenny
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG2
  - Chabel El Bcheraoui
  - Francisco Pozo Martin
- ! INIG
  - Regina Singer
  
- ! ZBS1
  - Janine Michel
  - Livia Schrick

**Agenda:**

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International</li> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehr als 29 Mill. Fälle und über 940.000 Verstorbene (3,2%)</li> <li>▪ Top Länder haben sich die ganze Woche nicht verändert</li> <li>▪ Indien weiter an 1. Stelle, mehr als 90.000 Fälle/Tag</li> <li>▪ Spanien und Frankreich im Mittelfeld mit steigendem Trend</li> </ul> </li> <li>o Länder mit &gt;70.000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der letzter Zeit Argentinien, Indien, USA und Brasilien stets dabei</li> <li>▪ Neu gelistet ist Spanien mit steigendem Trend</li> </ul> </li> <li>o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7-Tages-Inz. &gt;50 Fälle/100.000 Ew.: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Israel im Laufe der Woche gestiegen</li> <li>-Von EU-Ländern: schwanken Luxemburg und Ungarn über und unter die Schwelle</li> <li>-Neu gelistet Österreich mit 50,73 7-T.-Inz.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner - EU <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mit &gt;50 haben folgende Länder: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Spanien, Frankreich, Tschechien, Österreich, Ungarn</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>o Subregion in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz &gt;50/100.000 Ew. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit Mi ttwoch neu dazu gekommen: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bulgarien, dessen Region schwankt um den Schwellenwert.</li> <li>-Frankreich: zwei Regionen dazu gekommen</li> <li>-GB: 1 Region über dem Schwellenwert; diese Region liegt in Schottland</li> <li>-NL: Utrecht neu dazu</li> <li>-Rumänien: stark schwankende Regionen;</li> <li>-Tschechien: 2 weitere Regionen, alle Regionen des Landes über Schwellenwert</li> </ul> </li> <li>▪ Feedback zur EU-Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Wunsch nach gemeinsamen Indikatoren für</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 Singer</p> <p>BMG</p>

	<p style="text-align: center;">die Ausweisung von Risikogebieten. Diese sind in der Abstimmung -Im Rahmen dieser Diskussion klargestellt, dass pos. Rate in Dtl. nicht regional ausweisbar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! National</li> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informationen für den Krisenstab <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ansteigende Fallzahlen und ansteigende 7-Tage Inz.</li> <li>▪ Höchste Fallzahlen seit Ende April, deutlich mehr autochthone Fälle als importiert</li> <li>▪ R-Wert deutlich über eins; ITS keine großen Veränderungen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer (BL) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ höchste in Bayern, gefolgt von Berlin, BaWü, NRW, HH</li> <li>▪ Aber auch BL mit niedrigeren Werten zeigen teilweise ansteigenden Trend</li> </ul> </li> <li>○ Geographische Verteilung in Deutschland: 7-T.-Inz. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 LK &gt;50 Fälle/100.000 Einw.: Würzburg, Kaufbeuren, Garmisch</li> <li>▪ 600 Fälle aus München übermittelt, heute keine neuen übermittelt</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl der SARS-CoV-2 Testungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In dieser KW über 9.600 pos. Tests, pos. Rate 0,76%</li> </ul> </li> <li>○ Rückstau an PCR-Proben zur SARS-CoV-2 Diagnostik (KW 15-37, 2020) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW 37 gaben 70 Labore einen Rückstau mit über 30.000 Proben an</li> <li>▪ 44 Labore gaben Lieferschwierigkeiten für Reagenzien an</li> </ul> </li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angaben des Statistischen Bundesamt (BA)</li> <li>▪ KW33 gab es eine größere Hitze und insgesamt Sterbezahlen in dieser Wo angestiegen. Statistische BA führt dies auf die Hitze zurück</li> </ul> </li> <li>○ Woran liegt es, dass es weniger Testzahlen als Fälle sind? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird länger gewartet bis zur Testwiederholung</li> <li>▪ In ARS kann in teilnehmenden Einrichtungen die Änderungen der Testwiederholungen untersucht werden.</li> </ul> </li> <li>○ Ab wann stuft wir uns als community transmission ein? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spanien stuft sich noch bei cluster transmission ein.</li> <li>▪ Fr. Diercke hatte vor einiger Zeit eine Tabelle zur transmission Einstufung erstellt</li> <li>▪ Nächste Woche wird diese Tabelle erneut</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 Diercke</p> <p>FG32/FG38 Rexroth ZBS1/ Schrick FG37/ Eckmanns</p> <p>FG32/FG38 Rexroth</p>
--	---	--

	<p style="text-align: center;">diskutiert</p> <p><i>ToDo:</i>          -Fr. an der Heiden bittet darum, bei der nächsten Präsentation der Internationalen Lage in 1. Folie (Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage) den Anteil Verstorbene einzufügen.           -Vorbereiten für nächste Wo.:Tabelle zu community transmission</p>	
<p>2</p>	<p><b>Internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Presentation of OECD analysis (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Title: Impact of type and timeliness of control measures on COVID-19 epidemic growth: OECD countries, March-July 2020</li> <li>! Aim:If we had to choose, what measures work best?</li> <li>! Objective: Measure the effect of policy interventions on epidemiological trend of the pandemic in OECD countries</li> <li>! Longitudinal panel study using data for public use: Data from Oxford Covid tracker</li> <li>! Repeated measures over the time span of 12 weeks</li> <li>! Two different estimation approaches were entered into the model to get average daily growth rate (ADGR) of weekly confirmed cases</li> <li>! Epidemic growth/intensity of policies over time             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Horizontal axis represents time, vertical axis represents ADGR</li> <li>o Lines are countries and the thick line is the average</li> <li>o Most countries control COVID-19</li> <li>o Second graph shows overall intensity of control measures</li> </ul> </li> <li>! Stringency of policy implementation over time             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Each graph for each policy measures; horizontal axis: time; vertical axis: intensity of measures; dots: on top are more intense</li> <li>o Green: over time most intense measures</li> <li>o Red: in beginning more strict and in the end more lax</li> <li>o Yellow: at the end tend to be more intense</li> </ul> </li> <li>! Final model results             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Numbers are very similar</li> </ul> </li> <li>! To Summarize             <ul style="list-style-type: none"> <li>o The following measure were effective: restriction on gatherings, mask wearing requirements, school closing requirements, work closing requirements, the total number of</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG El Bcheraoui</p> <p>Pozo Martin</p>

	<p>tests performed</p> <p>! Slide 10 was not discussed</p> <p>! Discussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Total number of tests difficult to include since counted differently in countries</li> <li>o The list on slide gives the order in which the factors were influencing outcome</li> <li>o To summarize: As policy increases the growth rate decreases</li> <li>o Not enough evidence for interaction effect, wanted to keep it as simple as possible</li> <li>o Next step would be to check data if it allows analysis of public support of measures and if adherence is waning</li> </ul>	Alle
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Risikobewertung an Entwicklung anpassen: Da Zunahme autochtoner Fälle, Zunahme älterer Betroffener</p> <p>! Hr. Haas hatte Formulierungsvorschlag geschickt. Dieser wurde nach kleinen Anpassung in folgender Form angenommen</p> <p>„Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau ist aktuell ein weiterer Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten, wobei auch wieder eine leichte Zunahme der Fälle in der älteren Bevölkerung zu beobachten ist.“</p> <p>! Anfang Lagebericht (blauer Kasten):</p> <p>„Nach einer vorübergehenden Stabilisierung der Fallzahlen auf einem erhöhten Niveau ist aktuell ein weiterer Anstieg der Übertragungen in der Bevölkerung in Deutschland zu beobachten Daher muss die Lage weiterhin sorgfältig beobachtet werden.“</p> <p>! Wir brauchen eine noch stärkere Awareness in der Bevölkerung:</p> <p><i>ToDo: im englischen Lagebericht den Link auf Risikoeinschätzung einfügen</i></p>	Rexroth/ Schaade/ Haas/ Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Stadt München benutzt zur Inzidenzberechnung andere Bevölkerungszahlen als LGL und RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o OB München wirft RKI vor, dass wir andere</li> </ul>	Presse



	<p>Bevölkerungszahlen benutzen für Inz.-Berechnung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wir verwenden in SurvNet und Publikationen alte Bev.zahlen, neue liegen seit dieser Woche vor. Die neuen Bev.zahlen würden Inz. für München senken. Nun übermittelt München seit gestern keine neuen Fälle</li> <li>○ Wir berechnen sich aus Meldedaten nicht auf Fällen aus dem Vortag. Daher hinkt RKI etwas hinterher, was ja eigentlich niedriger ist als die Länder</li> <li>○ Sprachregelung: Wir nehmen Bev.zahlen der Landesstelle und haben nicht korrigiert</li> </ul>	<p>FG38/32 Rexroth</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Leitung/ Schaade</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nichts Aktuelles seit der gestrigen Morgenlage</p>	Bayer
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Strategiepapier von der informellen Beratergruppe an Fr. Hanefeld zurück mit vielen Anmerkungen</p> <p>! AL1 bittet darum, Testscenarien nicht ins Strategiepapier zu integrieren. Dessen Integration ins Strategiepapier wurde am Mittwoch vor 2 Wochen als Arbeitsauftrag benannt. Dies war ein Missverständnis. Alle stimmen zu, dass Teststrategie nicht in Strategiepapier integriert wird.</p> <p>! Termin bei Minister Spahn ergab: Strategiepapier wird in gemeinsamer PK in erster Oktoberwoche vorgelegt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bis dahin kann Papier verändert werden.</li> <li>○ Minister sprach Teststrategie an: Antigentests sollten in Teststrategie eine große Rolle spielen, Details wurden in AG Diagnostik besprochen.</li> <li>○ Kernaussage: einfach keine 100% Sicherheit haben kann; mit gewissem Risiko muss man leben.</li> <li>○ Sachstand Stellungnahmen zu Antigentests eines mit BfArm und eines AG Diagnostik, heute Nachmittag Gesundheitsminister-Konferenz, Sachliche Infos sind an BMG kommuniziert</li> </ul> <p>! Validierungsprotokolle liegen im Verantwortungsbereich des PEI, da Abrechnungsfähigkeit von diesen abhängt. Außerdem Validierungsprotokolle als Post-Marketing Maßnahme</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p>	<p>IBBS Hanefeld/ AL1 Mielke</p> <p>Leitung Wieler</p> <p>AL1</p> <p>Leitung Schaade/ AL1</p>



	Nicht besprochen	
8	<b>Dokumente</b> ! RKI internes Lagemanagement	
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Aufzählung der wichtigsten Hintergrundaktivitäten zur Einführung der Impfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zweiwöchentlichen Jour Fixe mit PEI und BMG</li> <li>! Intern am RKI Arbeitsgruppe für Impfeempfehlung</li> <li>! Kontaktstudien: Erhebung zum Kontaktverhalten der Bevölkerung</li> <li>! Eigene Arbeitsgruppe in-house für die Kommunikation Presse, P1 und Team Kommunikation zur Impfkzeptanz (FG33)</li> <li>! International: WHO Eurogroup und WHO SAGE, sowie ECDC zur Evidence Aufarbeitung</li> <li>! Erstellung der nationalen Impfstrategie in Vorbereitung</li> <li>! Aktueller Stand der Impfstoffentwicklung: <ul style="list-style-type: none"> <li>Wenn die Daten in Phase-3 Studien weiterhin gut sind, dann ist im Januar 2021 ein Impfstoff vorhanden;</li> <li>Top-Kandidat Biontec, wahrscheinlich zunächst 4 Mill. Dosen zur Verfügung, dann sicher später andere Pharmaanbieter auf dem Markt</li> <li>Beschaffungsplanung für Nadeln, Spritzen, Lagerungstemperatur,</li> </ul> </li> <li>! Diskussionen zur Durchführung in Impfzentren vs. bei niedergelassenen Ärzten</li> <li>! 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.</li> <li>! Impfquoten Monitoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>Viele Vorschläge von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen</li> <li>am wahrscheinlichsten wird das Monitoring der KBV anvertraut werden. Kontaktaufnahme mit Herrn Kroll</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG33 Wichmann</p> <p>Leitung Wieler</p>

	<p>als wissenschaftliche Seite der KBV ist geplant.</p> <p>Herr Wieler hatte mit Minister Spahn dazu gesprochen:</p> <p>Es wurde dem BMG gesagt, dass eine Vollerfassung der durchgeführten Impfungen benötigt wird. Diese müsste bei einem Dienstleister liegen, da das RKI dies nicht zusätzlich leisten kann.</p> <p>Herr Spahn hatte angedeutet, dass Vertrauen in das RKI durch die Schwierigkeiten bei DEMIS Implementierung schwieriger wird. Frau Diercke verwies darauf, dass die Erwartungen des BMG eher unrealistisch sind. Bei allen Projekten dieser Art dauert die Einbindung der stakeholder am längsten und ist für alle Anbieter von DEMIS-ähnlichen Lösungen eine Herausforderung</p>	<p>FG32 Diercke</p>
10	<p><b>Info Arbeitsschutz</b> ABAS könnte bis Dezember 2020 fertiggestellt werden</p>	<p>IBBS Schulz</p>
11	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Untersuchung Straubing-Proben: Erste positive Probe</li> <li>! Bemerkenswerte Probenergebnisse: Eine Influenza A und eine Influenza B positive Probe</li> <li>! ansonsten nichts Ungewöhnliches</li> <li>! Neues zur Virusevolution: Viren entwickeln sich, aber bisher keine bedeutsamen Veränderungen</li> </ul>	<p>ZBS1 Schrick FG17 Wolff</p>
12	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen</li> </ul>	<p>FG36/IBBS</p>
13	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nichts Neues</li> </ul>	<p>FG14</p>
14	<p><b>Surveillance</b> Auswertung der Meldedaten zu COVID-19 (Folien <a href="#">hier</a>) Beschreibung der ersten Welle mit Fokus auf Krankheitsschwere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Auswertung der ersten 200.000 Fälle der 1. Welle, diese sind im internationalen Vergleich jünger.</li> <li>! Hinweis zur Methodik: Berücksichtige Fälle haben Angaben zum Alter, Hospitalisierungs- und</li> </ul>	<p>FG36 Schilling</p>

	<p>Verstorbenstatus, sowie nur Fälle mit Meldedatum bis zur KW20; Krankheitsverlauf gemäß Epi Bull Artikel vorgenommen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Krankheitsverläufe nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ab den 60-79-jährigen nehmen milde Verläufe deutlich ab, sowie nimmt Anteil der hospitalisierten, IST-pflichtigen als auch verstorben zu</li> </ul> </li> <li>! Unter den Fällen mit Info zu Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit zunehmend schwererem Verlauf sind mehr Risikofaktoren gemeldet</li> <li>○ Anteil Risikofaktoren: Herz-Kreislauf-Erkr. Am häufigsten, gefolgt von neurolog. Störungen und Diabetes</li> <li>○ Ab April neurolog. Symptome nach oben gerückt, wahrscheinlich Demenz Pat. Im Pflegeheim</li> </ul> </li> <li>! Intervall von Krh.-beginn bis KH-aufnahme bei 40-59-jährigen mit im Median 7 Tagen am längsten.</li> <li>! 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</li> <li>! Verstorbene mit Risikofaktoren: Anteil der Nierenerkr. gestiegen, deckt sich mit Papern, Hälfte der Verstobenen Risikoangaben</li> <li>! 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.</li> <li>! Längst nicht alle schweren Fälle waren auf ITS oder auch nicht Hospitalisiert</li> </ul> <p><i>ToDo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Separate Auswertung zum Trend der Hospitalisierung über die Zeit in Arbeit</li> <li>-Bitte um Auswertung zu Anteil Todesfällen in den älteren Altersgruppen</li> <li>-Bitte um Auswertung wieviel ohne Pneumonien an Kreislaufversagen verstorben sind.</li> <li>-Auswertung der Fälle im Sommer erfolgt mit den ICOSARI-Daten, Präsentation nächste Woche</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neues SurvNet-Update ausgerollt <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neue Version bietet neue Anwendungen für KoNa / Kontakt-Management, welches wichtige Funktionen für GÄ sind.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32/AL3</p>
15	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Publikation zum Bundesgesundheitsblatt schon viel vorbereitet</li> <li>! Aussteigekarten: Über E-Mail der Deutschen Post können anfallende Fragen nicht geklärt werden; Post-Lösung ist angelaufen und funktioniert mit einigen Schwierigkeiten</li> <li>! Muster-Quarantäneverordnung noch beim BMG</li> </ul>	FG38 an der Heiden
16	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kommunikationslast nimmt etwas ab, viel IFG und nachwievor Erlasse</li> <li>! Inaction Review im Haus: geht datenschutzrechtlich nicht weiter;</li> <li>! Fr. Mehlitz zunächst für eine Stellungnahme vorlegen und dann der Leitung</li> </ul>	FG38/FG32 Rexroth  FG38 an der Heiden/ AL3
17	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	alle
18	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag 21.09.2020, 13:00-15:00</li> </ul>	

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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	21.09.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Virtueller Konferenzraum Vitero

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! Abt. 3
  - Jan Walter
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32/FG38
  - Ute Rexroth
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG38
  - Maria an der Heiden

- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! INIG
  - Sarah Esquevin
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International</li> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenig verändert im Vergleich zur letzten Woche</li> <li>▪ Israel vor Mexiko gerutscht</li> <li>▪ Eine weitere Spalte zu Fall-Verstorbenen-Anteil (case fatality rate, CFR); Dies bitte mit Vorsicht interpretieren, da die Länder Verstorbene sehr unterschiedlich kodieren;</li> <li>▪ Trend überwiegend steigender Trend: USA wieder im aufsteigenden Trend, Israel und Frankreich zeigen stärksten Veränderungen; Indiens Veränderung langsamer, vielleicht wird ein plateau erreicht</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt mit 47 Ländern mit 7-T.-Inz. &gt;50 Fälle/100.000 Ew.: Dies sind 5 Länder mehr als letzte Woche;</li> <li>▪ Südamerika am stärksten betroffen, aber stabilisiert sich langsam</li> <li>▪ Der Kontinent mit den meisten betroffenen Ländern ist Europa;</li> <li>▪ Trend in Lybien stabilisiert sich</li> <li>▪ In Asien zeigen Mehrheit der Länder Zunahme: Israel um 26%, Jordanien um 108%</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner - EU <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NL und Belgien neu dazugekommen, ansonsten unverändert</li> </ul> </li> <li>○ Subregion in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz &gt;50/100.000 Ew. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenfassung der Veränderungen seit letzten Freitag:</li> <li>▪ Belgien: alle Regionen über 50</li> <li>▪ generell in Osteuropa wieder stärker zugenommen, z.B. in Polen, diese Entwicklung wird im Zusammenhang mit der Rückkehr zum Arbeitsplatz gesehen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>INIG Esquevin</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Frankreich: Isolierungszeit auf 5 Tage verkürzt: Aber erst nach 7 Tagen Isolierung erfolgt der PCR-Test; Neu: auch PCR-Tests aus Speichelproben bei symptomat. Personen erlaubt</li> <li>▪ GB: Sind 3 Regionen über dem Schwellenwert; diese haben Verdopplungszeit von einer Woche, recht kurz,</li> <li>▪ Kroatien schwankt</li> <li>▪ NL: 2 Regionen dazugekommen, haben wieder Maßnahmen zur Gastro und Gruppengröße</li> <li>○ Nachfrage zur Entwicklung in Schweden, da auf der Folie vergleichbar mit Deutschland: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schweden haben kontinuierlich abnehmenden Trend; haben Testrate stark erweitert</li> <li>▪ ISAA Bericht zu Schweden zeigt auch stabile Entwicklung,</li> <li>▪ Schweden: 37.KW: 1.394 Tests/100.000, pos. Rate ca. 1%</li> <li>▪ Publikationen zu Schwedens Maßnahmen; belastbare Quelle zu den Maßnahmen sind: die ISAA platform sowie zur Mortalität ECDC-Angaben (Diese hat Fr. Esquevin später per Mail mit dem Krisenstab geteilt).</li> </ul> </li> <li>! National</li> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Informationen für den Krisenstab <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mecklenburg-Vorpommern am WE nicht übermittelt</li> <li>▪ 7-T.-Inz gestiegen, höchster Wert seit April</li> <li>▪ R-Wert stabilisiert um die eins</li> <li>▪ ITS keine Änderungen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Berichtsdatum Bundesländer (BL) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiter steigender Trend im Bundesdurchschnitt</li> <li>▪ Berlin und Bayern liegen deutlich über Bundesdurchschnitt</li> <li>▪ Aber auch BL mit Werten unter dem Bundesdurchschnitt sind kleine Anstiege zu sehen</li> </ul> </li> <li>○ Geographische Verteilung in Deutschland: 7-T.-Inz. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Top 3: Weiterhin SK Würzburg, LK Cloppenburg, SK München.</li> <li>▪ SK München:meldet mit 769 Fälle in letzten 7 Tagen die höchste Anzahl</li> <li>▪ Über 30 LK &gt;25-50 Fälle/100.00 Einw.</li> <li>▪ Auf der Karte liegt neben Cloppenburg ein Kreis mit 0 Fällen: Hintergrund-Info zu diesem LK wird nachgeliefert</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19 Inz. nach Stadt-/LK und Meldewoche</li> </ul> </li></ul>	<p>FG36 Haas/ FG38/32 Rexroth/ AL1</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>AL3/ FG32 Diercke</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeigt zu Beginn von KW5 an keine Unterschiede</li> <li>▪ Im peak höher in den LKen</li> <li>▪ Um KW20 steigen Werte in Städten und liegen seit dem höher mit ähnlichem Trend wie in LKen</li> <li>▪ Wird noch differenzierter ausgeführt werden</li> </ul> </li> <li>○ Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach Meldewoche); (nur Fälle ohne Expositionsort im Ausland)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zwei Folien hierzu: einmal tabellarisch und dann als Liniendiagramm</li> <li>▪ Insgesamt konnte man vor 6 Woche noch deutlicher sagen, ob Fälle zu Ausbrüchen gehören</li> <li>▪ Diskussion, ob Art der Transmission mit Melde- oder Sentineldaten besser erkennbar</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Fälle mit Angaben Epidemiologie nach BL (nur Fälle ohne Expositionsort im Ausland)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Unterschiede in Sachsen und Meck-Vorp. sind höchstwahrscheinlich Eingabeartefakte, da unterschiedliche Software verwendet (Octoware).</li> <li>▪ Entscheidung zur Änderung auf community transmission wird zu einem späteren Zeitpunkt getroffen.</li> </ul> </li> <li>! Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verlauf des Fall-Verstorbene-Verhältnis bei COVID-19 Fällen nach Altersgruppe (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Fall-Verstorbenen Anteil (nach Meldewoche); Stand 21.09.2020, 0:00 Uhr                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Getrennt nach Geschlecht und Altersgruppe</li> <li>▪ KW11 bis KW33 in der Auswertung</li> <li>▪ Anteil über Zeit bei beiden Geschlechtern deutlich abgenommen</li> <li>▪ Anteile der Altersgruppen 60-79 und 80+ liegen bei beiden Geschlechtern und über die Zeit über den anderen Altersgruppen</li> <li>▪ Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 Buda/ FG38/32 Rexroth/ AL3</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Alle</p> <p>Leitung</p> <p>FG34 An der Heiden/ Abt.3 Walter</p>
--	--	---

	<p>Krankenhausaufenthalt (KH)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur Altersgruppen 60-79 und 80+ gezeigt</li> <li>▪ Getrennt nach Geschlecht sowie Krankenhausaufenthalt (KH)</li> <li>▪ Anteil Verstorbene 80+ ohne und mit KH in beiden Geschlechtern höher</li> <li>▪ Anteil Verstorbene mit KH bei 60-79-jährigen bei beiden Geschlechtern höher als ohne KH</li> </ul> <p>○ Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach mit ITS vs. keine ITS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kein ITS absteigender Trend</li> <li>▪ Aber mit ITS erscheint Anteil-Fall-Verstorbene relativ konstant</li> </ul> <p>○ Fazit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absteigender Trend sowohl in den beiden Gruppen „kein KH“ und „KH ohne ITS“</li> <li>▪ Rückgang Fall-Verstorbenen passiert eher außerhalb KH</li> </ul> <p>○ Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bitte Daten nicht überinterpretieren, da erstmal erster Überblick zur Datenlage</li> <li>▪ Vermehrte Testen könnte die leichteren Verläufe bewirken</li> <li>▪ Formulierung für sinkenden Fall-Verstorbenen- Anteil in Dtl.: In allen Altersgruppen in den Meldedaten gesunken. Aber Anteil der Risikofaktoren ist trotz vermehrtem Testen gleich geblieben; wichtigster Faktor war das häufigere Testen; Wir verringern zurzeit die Dunkelziffer durchs vermehrte Testen</li> <li>▪ Vermutlich Selektionseffekte in den Daten, bei den Fällen, die nie in KH aufgenommen wurden</li> <li>▪ Botschaft: Zuschützende Personen immer noch vorhanden</li> <li>▪ Bisher keinen Hinweis, dass Virulenz von SARS-CoV-2 bedeutsam abgenommen hat.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Buda übernimmt Formulierungsvorschlag, der mit Krisenstab abgestimmt wird. Ziel ist es, den abgestimmten Text in den Lagebericht am Dienstag zu integrieren.</i></p>	<p>AL1/ AL3</p> <p>FG36 Buda</p> <p>FG36 Haas</p> <p>BZgA</p> <p>FG38/32 AL3/ FG17 Wolff</p>
2	<b>Internationales</b> <i>Nicht besprochen</i>	ZIG
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> <i>Nicht besprochen</i>	
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> <i>Nicht besprochen</i>	
5	<b>Kommunikation</b> ! Info-Graphik und Plakat weiterentwickelt zu den drei A	BZgA
6	<b>Neues aus dem BMG</b>	



	<i>Nicht besprochen</i>	
7	<b>Strategie Fragen</b>  a) <b>Allgemein</b> Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen <b>Unter Punkt 1 besprochen.</b>  b) <b>RKI-intern</b>	Leitung
8	<b>Dokumente</b> ! RKI internes Lagemanagement	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b>	
10	<b>Info Arbeitsschutz</b>	IBBS
11	<b>Labordiagnostik</b> ! Hinweise zur Testung in welchem Ct Bereich Infektiosität; ein Labosstandard hierzu in Arbeit. Dies in Zusammenarbeit u.a. mit KL-Coronaviren ! Antigen tests in AG-Diagnostik im BMG noch viele Fragen zu klären; nach außen an Presse wurden überraschenderweise andere Ergebnisse kommuniziert ! 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 Michel
12	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen	FG36/IBBS
13	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Kollegen von WHO verstärkt gemeldet, wollten diskutieren inwiefern zusätzliche Maßnahmen für pharmazeutische Interventionen effektiv sind.	FG14 Arvand
14	<b>Surveillance</b> ! Update Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anhand von Grippeweb, liegen alle Inzidenzen unter den Vorjahreswerten</li> <li>○ Meldezahlen: Inz. geht in der Woche zurück; SK München zeigt eine erhöhte Inz.</li> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe: Anteil der übermittelten COVID-19-Fälle hat sich</li> </ul>	FG36 Haas

	<p>stabilisiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbrüche in Kita: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 neue Ausbrüche: Anzahl der gemeldeten Fälle steigt; Anteil 15 - jährige höher</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in Schulen 27 neue Ausbrüche seit letzter Woche</li> <li>▪ deutlich mehr Aktivität, insbesondere 11-14 Jahren eine Bedeutung haben.</li> <li>▪ Häufig sind Erwachsene aus Privathaushalten Index für Ausbrüche unter Schülern bzw. gehen Schulausbrüche in private Haushalte über</li> </ul> </li> </ul> <p>! Letzten Freitag wurde SurvNet RKI erfolgreich intern ausgerollt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Spätestens morgen Früh können die GÄ an die neueste Version angebunden sein</li> <li>○ Dieses Update geht aber auch mit Änderungen der DB einher</li> <li>○ Info-Brief an die GÄ in Vorbereitung in Abstimmung mit den Landesbehörden</li> <li>○ Inbegriffen ist eine Vereinfachung des Kontaktpersonenmanagement</li> <li>○ AL3 wird das erfolgte Update an das BMG kommunizieren</li> </ul> <p>ToDo: Vorstellung der Schulausbrüche in der Epilag durch FG36</p>	FG32 Diercke
15	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>	
16	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	
17	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	alle
18	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 23.09.2020, 11:00-13:00	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	23.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Ute Rexroth

### Teilnehmende:

- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG32/FG38
  - Ute Rexroth
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Sarah McFarland
- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! Protokoll
  - Janet Frotscher





	<p>Entwicklung von Antikörpern zusammenzufassen</p> <p>Fragen zu 7-Tages-Inzidenz:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wird die Schwelle hochgesetzt?</li> <li>2. Wird erwogen Länder mit &gt; 50 Fälle / 100.000 EW nicht mehr in Risikogebiete einzuteilen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein weiterer Ansatz ist es mit der Europäischen Kommission gemeinsame Standards festzulegen</li> <li>▪ Aktuell herrscht kein Bestreben Grenzwerte zu erweitern oder zu ändern</li> <li>▪ Risikogebiete werden weiter mit Schwellenwert festgelegt</li> <li>▪ Regionale Klassifikation des Risikogebietes</li> <li>▪ <b><i>Dank an ZIG 1 für die umfangreiche Berichterstattung – wird als ausgesprochen hilfreich angesehen!</i></b></li> </ul> </li> <li>3. Wie zielführend ist es, alles als Risikogebiet festzulegen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend: Anstieg der Inzidenzen, Abstimmung dazu erfolgt, relevante Informationen werden von Herrn Bayer am Freitag, 25.09.2020, kommuniziert</li> </ul> </li> </ol> <p>AGI: eventuell ist mit Klagen von Verwaltungsgerichten zu rechnen</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> <p>7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer (Folie 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Berlin führend, gefolgt von Bayern und Hamburg</li> <li>○ Berlin und Bayern liegen deutlich über</li> </ul>	<p>FG34 / Bremer</p> <p>BMG / Andernach</p> <p>FG32 / FG38 Rexroth</p> <p>FG32 / FG 38 Rexroth</p> <p>FG 36/ Buda</p> <p>FG37/ Haller</p>
--	--	---





	<p style="text-align: center;">bundesweiter Gesamtinzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erhöhte Inzidenzen liegen in Baden-Württemberg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Bremen vor</li> </ul> <p>Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 32 LK &gt;25-50 Fälle/100.000 EW</li> <li>○ 2 LK &gt;50-100 Fälle/100.000 EW</li> <li>○ Führend in der Liste:</li> </ul> <p style="text-align: center;">SK Hamm, SK Remscheid, SK Würzburg</p> <p>Im Bericht aus NRW auf Parties, Events und Bar-Besuche zurückzuführen, aber auch hier gibt es deutliche Unterschiede in einzelnen Regionen – es gilt genau zu beobachten!</p> <p>COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückgang der im Ausland exponierten COVID-19-Fälle</li> </ul> <p><b>Syndromischen Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Konsultationsinzidenz ähnlich gleicher Verlauf, auch hier alles im saisonalen Rahmen</li> <li>○ SARI-Fallzahlen und Anteil COVID seit KW 33 stabil bei 3%</li> </ul>	<p style="text-align: center;">FG36/ Buda</p>
--	---	---

	<p><b>SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testverzug: 1,3 Tage Turnaround-time</li> <li>○ Keine größeren Änderungen zur letzten Woche</li> <li>○ Positivenanteil nach Altersgruppe und Kalenderwoche: paralleler und sehr konstanter Verlauf in allen Altersgruppen</li> </ul> <p>Vorschlag: die Spannweite des Verzugs darzustellen (Perzentile)</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht anwesend</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen / kein Update nötig</li> </ul>	<p>Presse / Wenchel</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Kürzungen und etwaigen Änderungen im Lagebericht bitte präzise bleiben!</li> <li>▪ Im Lagebericht wird bei der Sprachregelung der Fallverstorbenenanteil weggelassen</li> <li>▪ Sinnvoll hier eine vorsichtige, ausweichende Klausel (Formel) einzufügen (in Fußnote klarifizieren)</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regelung zum Maskentragen am Institut sollen deutlich kommuniziert werden (Wunsch auch aus Lagezentrum und von Presseabteilung)</li> <li>▪ Arbeitsauftrag nach innen ist bereits erfolgt und wird in Kürze</li> </ul>	<p>FG32 / FG38 Rexroth</p> <p>FG36 / Buda</p> <p>FG37 / Haller</p> <p>FG32/ FG38 Rexroth Presse / Wenchel FG12 /</p>



	durch Leitung publiziert - Richtlinien festhalten, die wir nach außen empfehlen!	Mankertz
<b>8</b>	<b>Dokumente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Veränderung zur Vorwoche</li> <li>• geringer Rhinovirennachweis</li> <li>• kein Influenzavirennachweis</li> </ul>	FG17 / Dürrwald
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internationale Anfragen zur Übernahme von Patienten bespricht Herr Herzog mit dem BMG</li> </ul>	IBBS / Herzog
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> <p>Herr Wieler lässt von seinem Besuch in Genf diese Woche bei der WHO als Chair des IHR Review Committes ausrichten, dass der Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus und der Executive Director des WHO Health Emergencies Programme Mike Ryan das RKI in höchsten Tönen gelobt haben. Hätte man früher auf das US CDC oder Public Health England gesehen, wäre es während der COVID-19 Pandemie wie folgt: "the global landscape shifted to RKI". Herr Wieler sieht dies klar als Teamleistung des RKI, ist schwer beeindruckt von unserer Arbeit und spricht uns seine Hochachtung</p>	FG 38/ Maria an der Heiden

	<p>aus.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nächste Sitzung: Freitag, 25.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</li></ul>	
--	---	--

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	25.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Präs
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Sarah McFarland
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Barbara Hauer
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns

- Sebastian Haller
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p><b>Trendanalyse international, Maßnahmen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Ca. 32 Mio. Fälle und über 978.000 Verstorbene (3,1%)</p> <p>Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt wenig Veränderung</li> <li>○ Vor allem Zunahme in 5 Ländern: USA, Argentinien, Spanien, Frankreich, Israel</li> <li>○ Alle außer Russischer Föderation und Indien 7d-Inzidenz/100.000 Ew über 50 %</li> </ul> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew - EU/EWR/UK/CH: 11 Länder, wie Mittwoch, Malta neu hinzugekommen</p> <p><b>RRA: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – 12th update</b> (24.09.2020) (Gesamtdokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>Hintergrundinformation (Achtung: Datenstand 13.09.2020!)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In der EU gestiegen, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern</li> <li>! Anhaltende Anstiege von &gt;10 % in der 14-Tage Meldungsrate in 13 Ländern (KW37): Dänemark, Estland, Frankreich, Irland, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Slovenien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Ungarn, das Vereinigte Königreich</li> <li>! Anstieg der Testungsrate in den meisten Ländern</li> <li>! Letzte 4 Wochen: Mehrheit der Fälle (67 %) bei Personen zwischen 15-49 J, davon bilden 25-49 J 45% der Fälle</li> <li>! 49 % der Todesfälle bei Personen &gt;80 J</li> <li>! Das Medianalter der Todesfälle ist 80 J (71-86 IQR)</li> </ul>	<p>FG32/INIG Sarah McFarland</p>

- ! Letzte 4 Wochen: 239 (0,%) schwere Fälle
- ! Höchster Anteil schwerer Fälle zwischen 15-49 J (4 %)
- ! Medianalter hospitalisierter Fälle 60 J (41-74 IQR)
- ! Seroprävalenz für die Mehrheit der Regionen < 15 %

Zum Risiko für die Allgemeinbevölkerung, Risikogruppen sowie die Gesundheitsversorgung:

- ! **niedrig** für die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsversorgung in Ländern, die stabile oder niedrige Melderaten (notification rates) sowie eine niedrige Testpositivität haben
- ! **mäßig** für vulnerable Personen in Ländern, die stabile oder niedrige Melderaten sowie eine niedrige Testpositivität haben
- ! **mäßig** für die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsversorgung in Ländern, die eine hohe oder anhaltende Zunahme der Melderaten oder Testpositivität haben, ABER mit hohen Testraten sowie einer Übertragung hauptsächlich in jungen Bevölkerungsgruppen
- ! **hoch** für die Allgemeinbevölkerung in Ländern, die eine hohe oder anhaltende Zunahme der Melderaten oder eine hohe Testpositivität und einen zunehmenden Anteil von Fällen in älteren Bevölkerungsgruppen und/oder eine hohe oder zunehmende COVID-19- Mortalität haben
- ! **sehr hoch** für vulnerable Personen, basierend auf einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit einer Infektion und sehr schweren Folgen einer Erkrankung.

Länder kategorisiert nach Trend: „stable“ oder „concerning“

„Concerning“ = mindestens 2 von den folgenden Kriterien:

- ! high ( $\geq 60/100\ 000$ ) or sustained increase ( $\geq 7$  days) in 14-day case notification rates
- ! high ( $\geq 60/100\ 000$ ) or sustained increase ( $\geq 7$  days) in 14-day case notification rates in older age groups (65-79 years old AND/OR 80 years or older)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! high (<math>\geq 3\%</math>) or sustained increase (<math>\geq 7</math> days) in test positivity</li> <li>! high (<math>\geq 10/1\,000\,000</math>) or sustained increase (<math>\geq 7</math> days) in 14-day death rates</li> <li>! 2 Kategorien für Länder mit “concerning” trends:</li> <li>! high or increasing notification rates due to high testing rates; transmission primarily in young individuals with a low proportion of severe cases and deaths</li> <li>! high or increasing notification rates in older individuals and an increase in proportion of hospitalized and severe cases</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 25.09.2020: + 2.153 bestätigte Fälle, 15 Verstorbene IST 296 (+3 zu Vortag), R: 0,91; 7-Tage-R: 1,01</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: alle ansteigend, sehr schnell v.a. Berlin (vermutlich bedingt durch ca. 300 nicht-abgerufene Meldungen älteren Datums auf der Plattform zwischen Labor28 und Gesundheitsamt)</li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen KW34: 17.032 Todesfälle (- 2.261 zur Vorwoche), ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 (Nachmeldungen aber noch möglich);</li> <li>○ Frühere Todesfälle zu ca. 30 % ambulant, <i>zu aktuellen Todesfällen wird dies erst noch ermittelt (hospitalisiert oder ambulant)</i></li> </ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b></p>	<p>FG37 / Tim Eckmanns</p>
--	---	----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur Mittwoch</li> </ul> <p><b>SARS-CoV-2 in ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur Mittwoch</li> </ul> <p><b>Die COVID-19-Daten von Bayern und München im Vergleich</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dienstreise 20.9. bis 23.9.2020: sehr schnelle Mobilisierung erforderlich und machbar, Notwendigkeit retrospektiv fraglich</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz nach Bundesländern relativ zum Ferienende/Schulstart – Bayern hat keinen Rückgang nach den Ferien, wie viele andere Bundesländer.</li> <li>○ Möglicher Erklärungsansatz: Anstieg liegt im allgemeinen Trend (Trendüberlappung)</li> <li>○ Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (10 Jahresschritte) Bayern: Ausbrüche von jüngeren Altersgruppen getriggert (vor allem 20- bis 29-Jährige)</li> <li>○ Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (5 Jahresschritte bis 35) insbesondere Altersgruppe 10-19 muss in 10-14 und 15-19 geteilt werden: 0- bis 14-Jährige tragen nicht viel zu Ausbrüchen, diese werden von älteren Altersgruppen getriggert (siehe Garmisch-Partenkirchen: eine einzige Altersgruppe trägt gesamten Peak)</li> <li>○ Exposition Deutschland vs. Exposition Ausland: v.a. Rosenheim (Balkan)</li> </ul> <p>! Infektionsgeschehen derzeit v.a. durch Freizeit und private Haushalte getriggert</p> <p>! Bereits erste Ausbrüche in Krankenhäusern und Altenheimen zu verzeichnen</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZIG
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> • Nicht besprochen	alle



5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht anwesend</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>Initiativbericht an BMG – Quarantäne für Haushalte</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quarantänedauer 14 d nach letztem infektiösem Kontakt, bei Infektiosität von bis zu 10 d: mind. 24 d Quarantäne für Mehrpersonenhaushalte</li> <li>○ Analyse der Meldedaten von Ausbrüchen in Haushalten (HH): bei 2 bis 5 Fällen pro HH am Tag 0 Anteil Sekundärfälle in etwa ähnlich hoch (Abb. 1) – denkbar durch Kombination aus Fällen kurzer Inkubationszeit oder gemeinsamer externer Quelle überall hoch <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anzahl der Fälle pro HH irrelevant, ca. 98 % bis d 14</li> <li>! 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</li> </ul> </li> <li>○ Bisheriges Vorgehen: max. ca. 24 d Quarantäne</li> <li>○ Vorschlag zukünftig (Abb. 2): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laborbestätigte Fälle mit mildem Verlauf werden (wie bisher) für 10 d isoliert</li> <li>▪ Erkrankte Haushaltsmitglieder werden (wie bisher) getestet</li> <li>▪ Weitere auftretende Fälle werden (wie bisher) für 10 d ab ihrem eigenen Symptombeginn isoliert</li> <li>▪ Erkrankte/Test-negative oder HH-Mitglieder ohne Erkrankung werden max. 14 d quarantänisiert, unabh. vom Auftreten weiterer Fälle im HH (NEU)</li> <li>▪ Erkrankte/Test-negative oder nicht erkrankte Personen sollen sich von d 15-20 wie Kontaktpersonen II°</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 / Udo Buchholz</p>





<p><b>Pandemie</b>  (Präventionsmaßnahmen - Dokument <a href="#">hier</a>)  (Orientierende Schwellenwerte/Indikatoren für infektionspräventive Maßnahmen in Schulen - Tabelle <a href="#">hier</a>)</p> <p>Zielgruppe: hygieneverantwortliche Personen an Schulen  Zur Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zu Präventionsmaßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.)</li> </ul> </li> <li>○ Zu Vorgehen bei Auftreten eines Verdachtsfalls an der Schule <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ [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</li> <li>▪ Vorgehen bei Auftreten Verdachtsfall 5 d wird mit 48 h angepasst</li> </ul> </li> <li>○ Zur Verwendung von Risikoindikatoren und Grenzwerten zur Einschätzung des Eintrags und Transmissionsrisikos in Schulen bzw. zur Ableitung von abgestuften Maßnahmen (Risikoadaptiertes Vorgehen) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Schulbus“ (siehe Tabelle) entfernen, da im ÖPNV gesonderte Vorschriften gelten raus</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Bei älteren Schülern/höherer Inzidenz: MNB;</li> <li>▪ Bei positivem Fall in einer Klasse: MNS; Kohorte bleibt dennoch Kontaktperson 1.Grades (Gesundheitsamt-Entscheid)</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenzen(schwellen): keine Änderung, Beibehalt von 25 (keine Änderung auf 35)</li> <li>○ R-Wert (4. Spalte) streichen, auf Landkreisebene nicht relevant</li> </ul> <p><b>SARS-CoV-2 Teststrategie in Schulen während der COVID-19 Pandemie</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)  Entspricht besprochenen Kriterien, Kontext stärker erläutert, Präsenzbetrieb als Ziel stärker betont, Kriterien in Kongruenz zu anderem Papier  Hinweis: Begriffskonstanz „Testkriterien“ statt „Teststrategie“, cave!</p>	<p>Hauer</p>
--	--------------

	<p>Aus den einzelnen Papieren gefasster Bericht wird noch heute an BMG geschickt mit dem Hinweis, dass die Schulpapiere am Dienstag im Kanzleramt benötigt und somit am Montag übermittelt werden müssen (Klärung ob das MBG oder das RKI die Übermittlung übernehmen soll)</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht besprochen</li> </ul>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Rapid Review der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie</b> (Dokument <a href="#">hier</a>) Rapid Review durch ZIG2</p> <p>Übersicht über 37 OECD Länder und Maßnahmenauswirkungen und Rapid Review der Literatur zu nichtpharmazeutischen Interventionen Submission als Publikation in den kommenden zwei Wochen geplant</p> <p>Systematische Literaturrecherche: 27 Studien in Review eingeschlossen, davon</p> <p><u>16 Studien: Real World Data Analyse (nicht-modelliert)</u> retrospektiver Erklärungsansatz und Aufarbeitung (Table 1: Evidence from statistical studies of the impact of policies on the COVID epidemic)</p> <p>Einschränkungen u.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ wenig Aufschluss über bspw. subnationale Variationen</li> <li>○ Maßnahmen sehr unterschiedlich betrachtet: „Lockdown“ und „Tragen einer Maske“ unklar</li> <li>○ Wirksamkeit der Maßnahme untersch. gemessen (R, Todesrate, Neuinfektionen,...)</li> <li>○ Am häufigsten (siehe Table 1): Reisekontrolle, Maske, Quarantäne, Schul-, Arbeitsplatzschließung, Nachverfolgung, Absage/ Beschränkung öffentlicher Veranstaltungen/ öffentlicher Verkehr</li> <li>○ Dennoch: Direction of Travel von Evidenz: Beschränkung von Versammlungen &gt; 5 Personen, Homeoffice, Schulunterbrechung, Tragen von Masken erscheinen besonders wirksam, Heterogenität jedoch vorhanden, aber recht eindeutig differenzierbar hinsichtlich untersch. Maßnahmen und deren Ausführungen</li> </ul> <p><u>11 Studien hinsichtlich prädiktiver Simulationsmodellierung</u> (Table 2: Evidence from simulation studies of the impact of policies on the COVID epidemic)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Große Limitation: die strength of implementation wird nicht gemessen</li> <li>○ <i>Bitte um generelles feedback, nehmen gern noch weitere paper mit auf</i></li> <li>○ Auffälligkeit: Methode „Kontaktverfolgung“ erscheint wenig wirksam: ABER</li> </ul>	ZIG / Johanna Hanefeld



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wirksamkeit der Umsetzung in den jeweiligen Ländern wird nicht erfasst</li> <li>▪ Zeitpunkt der epidemiologischen Aktivität muss berücksichtigt werden (ab best. Fallzahl Kontaktverfolgung weniger wirksam, zusätzl. Maßnahmen wie Lockdown greifen)</li> <li>▪ Dauer bis zur Testergebnismitteilung variiert im Ländervergleich</li> <li>▪ <i>Kann so zeitnah auf homepage publiziert werden, Limitationen in Zusammenfassung mitaufnehmen</i></li> </ul> <p>Vorschlag: Analyse der Wirksamkeit der Kontaktverfolgung in Beispielländern in Abhängigkeit des Epidemiestadiums</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wirksamkeit einer Maßnahme an unterschiedlichen Werten messen (bei Kontaktverfolgung) in unterschiedlichen Ländern und Darstellung des Vorgehens in Deutschland</li> <li>○ Bei Ländern mit hoher Dunkelziffer nach dieser stratifizieren</li> <li>○ Compliance innerhalb der Bevölkerung ist zu berücksichtigen</li> <li>○ Ggf. als eigenständige Veröffentlichung über Kontaktverfolgung</li> </ul>	
9	<b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
10	<b>Labordiagnostik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	FG17 / ZBS1
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	FG 36 / IBBS
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
13	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	FG 32
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
16	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	alle
17	<b>Andere Themen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nächste Sitzung: Montag, 28.09.2020, 13:00-15:00, via Vitero</li> </ul>	







## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	28.09.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

#### Teilnehmende:

- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG27
  - Julika Loss
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah McFarland
  - Sandra Beermann

- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann



	<p>Maßnahmen werden ab 29.09. gelockert.</p> <p>! Wie kommt es zur geringen Anzahl von Todesfällen in Indien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie Todesfälle gezählt werden, ist nicht bekannt.</li> <li>○ Evtl. an der Alterszusammensetzung? Nur 5% der Inder sind älter als 60 Jahre.</li> <li>○ Demografische Zusammensetzung spielt eine Rolle, aber auch, wo sich die alte Bevölkerung aufhält (Stadt/Land, in Einrichtungen/Familie). Es wird bald mehr Literatur dazu geben.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 285.332 (+1.192), davon 9.460 (3,3%) Todesfälle (+3), Inzidenz 337/100.000 Einw., ca. 252.500 Genesene, Reff=1,18; 7T Reff=0,98 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auch am Wochenende Zuwachs von mehr als 1.000 Fällen.</li> <li>▪ 7-Tage-Inzidenz: 14 Fälle /100.000 Einw.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berlin mit höchster 7-Tage-Inzidenz, dann Bremen.</li> <li>▪ In Bayern leichter Rückgang, insgesamt stetiger Anstieg.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Westen und Süden stark betroffen, aber zunehmend auch andere Regionen.</li> <li>▪ Top 15 Landkreise alle mit Inzidenz &gt;30.</li> <li>▪ 4 LK mit Inzidenz &gt;50: SK Hamm, SK Remscheid, LK Dingolfing-Landau, SK Berlin-Mitte</li> <li>▪ In Großstädten diffuses Geschehen.</li> <li>▪ Rhön-Grabfeld: Hochzeitfeier mit 78 Gästen, davon 36 pos. getestet.</li> <li>▪ Leichter Rückgang der Inzidenz in München.</li> <li>▪ 5 Berliner Stadtbezirke in Liste der LK mit Inzidenz &gt;25. Verzögerung der Übermittlung in Berlin trägt auch zu Anstieg bei, in welchem Umfang ist unklar.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG27 (Loss)</p>
--	--	--------------------



	<p>! Vorstellung Studie COALA (<b>Corona - Anlassbezogene Untersuchungen in Kitas</b>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COALA-Studiendesign (Modul 4 der Corona-Kitastudie) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eingeschlossen werden nur Kitas mit einem akuten Ausbruchsgeschehen mit mind. 1 Kind oder mind. 1 Mitarbeitenden.</li> <li>▪ Geplant: 20-30 Kitas in 6-8 Monaten</li> <li>▪ Pro Kita ca. 15 Kinder und ca. 3 Betreuungspersonen.</li> <li>▪ Infizierte und Exponierte aus Kita sowie deren Familien werden zuhause besucht, untersucht (Mund-Nase Abstrich, Speichelprobe und Blut) und befragt.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Fragestellungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Rolle spielen Kinder im Infektionsgeschehen? Wie infektiös sind Kinder? <ul style="list-style-type: none"> <li>! Berechnung der sekundären Attackrate (wie viele Kontaktpersonen hat ein infiziertes Kind angesteckt) im Vergleich zu Erwachsenen.</li> </ul> </li> <li>▪ Wie verlaufen COVID-19-Infektionen bei Kindern? <p>Durch Symptomtagebücher und die Messung der Viral load alle drei Tage kann festgestellt werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wann die Symptomatik beginnt.</li> <li>! Wie viele Fälle asymptomatisch verlaufen.</li> <li>! Wie lange die Beschwerden dauern.</li> <li>! Und wie sich die Symptomatik zur Virusmenge verhält.</li> </ul> </li> <li>▪ Welche Rolle spielt das Kita-Umfeld? <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einfluss von Gruppenstruktur, Räumlichkeiten, Außengelände, Hygienemaßnahmen wird untersucht.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ Beginn mit Planungen im Juni 2020; bisher: Fertigstellung von Infomaterialien, Vernetzung, Genehmigung des Ethikantrags, Schulung des Feldteams.</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ab 12.10. Beginn Feldphase, Intensivierung der Kontakte mit den GA.</li> <li>○ Bundeswehr bietet Unterstützung bei Kontaktherstellung zu GA an.</li> <li>○ Die Studie findet bundesweit statt und folgt den Ausbruchsgeschehen. Noch ist nicht abzusehen, ob eine Auswahl der Kitas nach bestimmten Kriterien getroffen werden kann oder alle eingeschlossen werden müssen, die in Frage kommen.</li> <li>○ Kapazitätsgrenzen liegen bei ca. 1 Kita pro Woche.</li> <li>○ BZgA ist vom pos. Ethikvotum erstaunt. Es wird jedoch kein tiefer Rachenabstrich durchgeführt, sondern eine Kombination aus einem Abstrich im Mund und im vorderen Nasenraum. In dieser Kombination wird in etwa die Sensitivität eines tiefen Nasenabstrichs erreicht, außerdem Speicheltest.</li> <li>○ Die Kontaktaufnahme muss immer über die Landesbehörden erfolgen.</li> <li>○ Das Projekt wird morgen bei der EpiLag vorgestellt.</li> </ul> <p>! Amtshilfeersuchen aus Berlin und Pinneberg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zurzeit wird geprüft, ob die Amtshilfeersuchen bedient werden können.</li> <li>○ Pinneberg (SH): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontakt mit Bundeswehr wurde hergestellt, da das RKI Schwierigkeiten hat, das Ersuchen zu bedienen.</li> </ul> </li> <li>○ Berlin: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Containment Scouts für Kontaktpersonennachverfolgung, Quarantänebetreuung und -überwachung, sowie Unterstützung von Abstrichentnahme-Teams gesucht.</li> <li>▪ Außerdem Personal für Krisenstab und LAGeSo angefragt, Infektionsschutz/Epidemiologie</li> <li>▪ Unterstützung mit Containment Scouts ab Donnerstag möglich.</li> <li>▪ Beratung in Form von Teilnahme an bestimmten Sitzungen und Unterstützung bei Auswertungen evtl. möglich. Frage, ob Ressourcen hierfür vorhanden sind.</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



	<p>regelmäßige Pressebriefings durchführt, hält die Pressestelle nicht für sinnvoll. Gemeinsame Pressekonferenzen mit BMG werden favorisiert, evtl. eine erste am nächsten Donnerstag oder Dienstag kommende Woche. Noch ist nicht klar, ob sie regelmäßig stattfinden werden.</p> <p><b>Bundeswehr</b></p> <p>! Wo und wie werden Labormeldungen über Probenstau erfasst und gehen diese Infos auch an die lokalen GA? Hintergrund: Laborbefund ist von Montag - Mittwoch innerhalb von 2 Tagen da, ab Donnerstag dauert dies zum Teil eine Woche. In welchen Bereichen besteht der Stau und warum?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Meldung, sondern freiwillige Erfassung der Labore über Voxco, lokale Differenzierung ist in dieser Abfrage nicht möglich. Kleinräumige Auszuweisung wäre auch nur bedingt sinnvoll, da Labore großräumig agieren.</li> <li>○ Weitere parallele Abfrage der Bundeswehr wäre nicht zielführend.</li> <li>○ Infos aus ARS sind kleinteiliger. Jedoch nur Informationen über Dauer von Abnahme bis zur Beprobung vorhanden, nicht bis zur Ergebnismitteilung. Dieser Zeitabschnitt könnte untersucht werden. Es müsste mit den Laboren geklärt werden, inwieweit diese Infos rausgegeben werden können.</li> </ul> <p><i>ToDo: Abstimmung hierzu zwischen Hr. Eckmanns und Bundeswehr</i></p>	Bundeswehr
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Update Strategiepapier (Dokument <a href="#">hier</a>, Grafik <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde nach Treffen mit Beratergremium nochmal überarbeitet und erneut mit Hr. Wichmann, Hr. Eckmanns, Hr. Mielke und mit Hr. Schaade diskutiert.</li> <li>○ In der Grafik werden 3 Szenarien beschrieben und Ziele, Schwerpunkte und Instrumente benannt.</li> <li>○ Ziel ist Perspektiven, wie es weitergehen soll, aufzuzeigen.</li> <li>○ Soll am 15.10. in einer Pressekonferenz als RKI Strategiepapier vorgestellt werden, vorausgesetzt es findet Zuspruch im BMG.</li> <li>○ Bitte an den Krisenstab das Dokument dahingehend durchzusehen, ob ein wesentliches Element vergessen wurde und ob das Dokument kongruent mit den anderen Papieren ist.</li> </ul>	ZIG (Hanefeld)





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll morgen ans BMG übermittelt werden. Deshalb muss die Rückmeldung bis spätestens heute Abend erfolgen.</li> </ul> <p><i>ToDo: wird per Mail im Krisenstab zirkuliert. Rückmeldung spätestens bis heute Abend.</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll erst am Mittwoch besprochen werden</li> </ul> </li> </ul>	FG36/ FG37
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nichts Neues</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der KW 39 gingen 1.747 Proben ein, davon waren 137 (7,8%) positiv auf SARS-CoV-2.</li> <li>○ Komolo: letzte Probe gestern eingegangen, bisher eine Probe positiv.</li> <li>○ 17./18.09. Akkreditierung durch DAkkS</li> </ul> </li> <li>! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 88 Proben, davon 55% pos. auf Rhinoviren getestet.</li> <li>○ 1 positiver SARS-CoV-2 Nachweis bei &gt;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.</li> <li>○ Vorbereitung auf Wintersaison, saisonale Coronaviren sollen in Diagnostik einbezogen werden.</li> </ul> </li> </ul>	ZBS1 (Michel)  FG17 (Wolf)
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Therapiehinweise werden zurzeit umfangreich überarbeitet.</li> </ul>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Impfung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ STIKO hat Mandat Impfempfehlung zu entwickeln. Deutscher Ethikrat und Leopoldina sollen einbezogen werden, d.h. 8 zusätzliche Experten, die nicht alle Expertise in Impfprävention haben.</li> <li>○ Zunächst soll ein ethischer Leitfaden für Priorisierung von knappen Impfstoffmengen entwickelt werden.</li> <li>○ Im Laufe des Oktobers hat FG33 Jour fixe Termine mit Impfstoffherstellern, die dann ihre Impfstoffe vorstellen.</li> <li>○ Daten aus Phase 3 Studien liegen noch nicht vor. Es gibt bis zu 10 Impfstoffe, die peu à peu auf den Markt kommen werden.</li> <li>○ Zulassung bei FDA vor US Wahlen ist nicht gewünscht, auch nicht bei europäischer Behörde, d.h. es wird erste</li> </ul> </li> </ul>	FG33 (Wichmann)

	<p>Ergebnisse nicht vor November geben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Impfstoffhersteller produzieren bereits Impfstoffe, die voraussichtlich ab 1.Quartal 2021 zur Verfügung stehen werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Nun soll das Konzept nochmal überarbeitet werden und in einer nationalen Impfstrategie münden, die dann mit den Bundesländern geteilt werden kann.</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Bevölkerungszahlen, SurvNet-Update</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ab Anfang Oktober werden neue Bevölkerungszahlen zu Grunde gelegt, möglicherweise wird dies in einzelnen LK Inzidenzsprünge auslösen.</li> <li>○ Das Survnet Update ist verfügbar, aber noch nicht in vielen GA installiert. Es beinhaltet mehr Variablen: z.B. im Bereich KoNa; bei Betreuung und Unterbringung ist Mehrfachauswahl möglich und die Beziehung zur Einrichtung; Zugehörigkeit zur Bundeswehr; serologische Ergebnisse im Detail; Fall bekannt durch Corona-Warn-App Kontakte; Expositionsland.</li> <li>○ Diese Variablen werden erst peu à peu in einem auswertbaren Zustand sein.</li> </ul>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Digitale Aussteigekarten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ab 01.11.: bis dahin Scan-Post-Lösung</li> </ul> <p>! Ziemlich viel Aufruhr, weil Tirol als Risikogebiet deklariert wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presse erfährt auch erst frühestens eine Stunde vorher, was als Risikogebiet deklariert wird.</li> <li>○ BMG hat normalerweise am Vormittag die GA, die für Flughäfen zuständig sind, informiert, welche Risikogebiete neu dazukommen. Letzte Woche war dies nicht der Fall.</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Interaction Review zum Lagemanagement im Haus wird diese Woche an alle Beschäftigten gehen.</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Morgen einziges Treffen der CMO in dieser deutschen EU-Ratspräsidentschaft.</li> <li>○ Kontaktpersonennachverfolgung im Reiseverkehr ist auf der Agenda, Zeitrahmen ca. 2,5 Stunden.</li> <li>○ Ziel wäre eine Entscheidung, dass die Beförderer bessere Kontaktdaten zur Verfügung stellen müssen.</li> <li>○ Eine Überlegung ist ein Portal, in das sich Reisende</li> </ul>	FG32/ FG38



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>eintragen müssen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Woche kann dazu mehr berichtet werden.</li> </ul>	
<p><b>17</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	30.09.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade (VPräs)

#### Teilnehmende:

- ! Präs
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG 12
  - Annette Mankertz
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Luisa Denkel
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG 36
  - Silke Buda
  - Udo Buchholz
  - Anna Stolaroff-Pépin
  - Stefan Kröger
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher

- Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! MF 3
  - Nancy Erickson (Protokoll)



*Anm.: Bei welcher Falldefinition getestet wird soll über INIG ggf. aufgearbeitet werden bzw. sind Falldefinition der Testung / Teststrategie ggf. interessant, jedoch sind Testempfehlungen bzw. Falldefinition für Testung in den Ländern unterschiedlich und dementsprechend ist die Teststrategie schwer zu monitoren*

### **National**

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
  - ! SurvNet übermittelt: 289.219 (+1.798), davon 9.488 (3,3%) Todesfälle (+17), Inzidenz 348/100.000 Ew, ca. 256.000 Genesene, 4T R=0,96; 7T R=1,00,
  - ! 7-Tage-Inzidenz: 14,5 Fälle /100.000 Ew (steigt langsam an), z.T. auch höhere Anzahl an Verstorbenen, Ältere wieder stärker betroffen
  - ! 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - Gesamt ca. 14,5 %, v.a. Bremen, Berlin und Hamburg betroffen
    - Bremen aktuell höchste Inzidenz, presseseitig mutmaßliche Ursache: kein bestimmtes Ausbruchsgeschehen, sondern bedingt u.a. durch private Feiern!  
! hier wird bei der zuständigen Behörde nachgehakt, ob deren Daten im Einklang mit diesen presseseitigen Informationen sind
    - Mecklenburg-Vorpommern, Saarland, Thüringen: sehr niedrige Inzidenz
    - Saarland als Nachbarregion zu Frankreich besonders niedrige und Sachsen als Nachbarregion zu Tschechien niedrige Inzidenz
  - ! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - 2 LK > 50; meist zurückzuführen auf bestimmte Ausbruchsgeschehen (Hamm: Hochzeit(en), Remscheid: Kitas, Schulen & Reiserückkehrer)
    - Berlin > 25 (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Tempelhof-Schöneberg, Neukölln), Berechnungsgrundlage muss mit zust. Behörde geklärt werden, Verzögerung der Übermittlung trägt auch zu Anstieg bei, in welchem Umfang ist unklar
  - ! Am Dienstag in den Lagebericht aufgenommen: zwei Spalten in Tabelle 3 („Die dem RKI übermittelten COVID-19-Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung

FG 37 (Tim Eckmanns)



	<p>und Verstorbene): „Anzahl mit klinischen Informationen“ und „Anteil keine bzw. keine für COVID-19 bedeutsame Symptome“ ! 30 % asymptomatischer Anteil ist im Vergleich zu Daten serologischer Studien in hotspots (ca. 16 %) viel höher, ggf. abhängig von zugrundeliegender Analysetiefe</p> <p><b>Laborbasierte Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Testhäufigkeit (dargestellt: ca. 1/3 der Labore; Folie 2): ggf. Zenit erreicht</li> <li>! Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 3): nach wie vor Ältere sowie 15- bis 59-Jährige vermehrt getestet</li> <li>! Positivenanteile nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 4): zu Beginn des Jahres große Unterschiede zwischen den Altersgruppen bei Positivraten von bis zu 15 %, jetzt Clusterung weit unterhalb 2,5 %</li> <li>! Berlin (Folie 6): Altersgruppen der Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche zeigen eine andere Verteilung im Vergleich zu Deutschland (Folie 3), hier deutlicher Anstieg bei den 15- bis 34-Jährigen, mögliche Erklärung: in Berlin derzeit nur ein Teil der Labore abgebildet, bspw. Labor28: derzeit keine Datenübermittlung möglich (= ca. 90 % Daten aus dem ambulaten Bereich, derzeit dementsprechend vermehrt Daten aus Hospitalbereich)</li> <li>! 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</li> <li>! Bayern (Folien 8 &amp; 9): Verlauf hier ähnlicher zu Daten von Deutschland insgesamt</li> <li>! Tage zwischen Probenentnahme und Tag der Durchführung des Tests (Folien 10 jeweilige Anzahl der Tests &amp; 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</li> <li>! Auffälligkeiten o.g. Daten im Vergleich werden weiter eruiert</li> </ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p>	<p>FG 36 (Silke Buda)</p>
--	---	---------------------------



	<p>! Grippeweb: Gesamt-ARE-Raten bis 39 KW liegen unterhalb derer der letzten drei Vorsaisons</p> <p>! ARE-Rate bis 39. KW: Kinder: Anstieg eine Woche früher im Vergleich zu Vorsaison; Erwachsene: derzeit Anstieg, aber unter Werten der letzten zwei Vorsaisons</p> <p>! AG Influenza Praxisindez: relative Anzahl der ARE-Besuche in Arztpraxen im Vergleich zu letzten drei Vorsaisons insgesamt niedriger, kein derzeitig zu verzeichnender Anstieg</p> <p>! ARE-Konsultationsinzidenz: zwei Peaks bei Kindern (0 bis 4 und 5 bis 14 Jahre) nach Lockdown bei partieller Schulöffnung sowie nach Ferienende</p> <p>! Regionale ARE-Konsultationsinzidenz, Ferienende eingezeichnet (senkrechter Balken): höchste Rate insgesamt bei 0- bis 4-Jährigen, gefolgt von 5- bis 14-Jährigen; Anstieg in 38. KW bei &gt; 60-Jährigen in Berlin/BB hat sich wieder relativiert</p> <p>! Neues Folienformat (Folie 8, COVID-19-Inzidenz je 100.000 Ew): rechte y-Achse Skalierung auf 10.000, linke y-Achse auf 100; derzeit etwas höheres Herbstniveau zu verzeichnen, nach Ferien üblicher Anstieg bei Kindern bzw. Schulkindern; nach Grippewelle entgegengesetzt, hier Erwachsene am stärksten betroffen; derzeit (um 39. KW) nehmen COVID-19-Fälle in der Altersgruppe der 15- bis 34-Jährigen zu, spiegeln sich z.T. in ARE-Aktivität wieder (COVID-19 nur kleiner Anteil der ARE)</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: normales saisonales Niveau, transient höherer Anteil hospitalisierter Kinder wieder zurückgegangen</p> <p>! Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: in 38. KW auf 5 % gestiegen</p> <p><i>ToDo: Eruierung möglicher Erklärungsansätze des in allen abgebildeten BuLä zu verzeichnende Anstieg vor Ferienende (um KW 27 in Berlin/BB, um KW 30 in Bayern und BaWü) mit Ausnahme von NRW (siehe Folie 7)</i></p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZIG
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Kein bedarf	alle



<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> ! Nicht anwesend</p> <p><b>Presse</b> ! Derzeit Engpässe hinsichtlich Internetauftritt bis voraussichtlich kommende Woche</p> <p><i>ToDo: Ergänzung der AHA-Regel um „L“ für Lüften und „C“ für Corona-Warn-App muss noch geklärt werden, ggf. mit BMG bzw. BZgA (derzeit dort soweit nicht vorhanden)</i></p> <p><b>Bundeswehr</b> ! Nicht anwesend</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Ronja Wenchel / Susanne Glasmacher)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Strategiepapier liegt im BMG zur Freigabe</p> <p>! Rückmeldung zum weiteren Umgang mit Empfehlungen (bspw. hinsichtlich häuslicher Quarantäne) steht seitens BMG aus</p> <p>! Überlastungsanzeigen aktuell seitens SH Pinneberg und Berlin; laut EPILAG 29.09. viele weitere BuLä jedoch sehr dicht an Überlastungsanzeige</p> <p>! Kontaktpersonennachverfolgung essentiell, soll aufrechterhalten werden</p> <p>! Containment Scouts überaus gutes Erfolgsmodell in der Unterstützung</p> <p><i>To Do: In Rücksprache mit Gesundheitsämtern klären, wie Arbeitslast reduzierbar ist (bspw. hinsichtlich täglicher Anrufe der von in Quarantäne befindlicher Personen durch die Gesundheitsämter)</i></p> <p><i>To Do: Proaktives Herantreten an BMG: Nach unserem Eindruck und positiver Rückmeldung der Länder schlagen wir den Einsatz weiterer 500 Containment Scouts vor. Darüber hinaus erinnern wir an das Commitment der Länder (siehe Beschluss: je 20.000 Ew sollten 20 Teams a 5 Personen von jeweiligen LK gestellt werden)</i></p>	<p>Leitung (Lars Schaade)</p>

	<p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kontaktpersonen Kategorie I, zwei Falldefinitionen unterschieden (siehe S. 3): <ul style="list-style-type: none"> <li>! A. Infektiöses Virus wird vom Quellfall über Aerosole/Kleinpartikel (im Folgenden als „Aerosol(e)“ bezeichnet) bzw. (in viel kleinerer Anzahl*) über Tröpfchen ausgestoßen (emittiert). [...] <u>Nahfeld &gt; 1,5 m</u></li> <li>! B. Aerosole können in einem nicht oder schlecht belüfteten Raum über Stunden schweben, wobei das vermehrungsfähige Virus eine Halbwertszeit von etwa 1 Stunde hat. [...] <u>Abstand zu Quelle irrelevant.</u></li> <li>! *Zusatz soll gestrichen werden (dazu weiter siehe unten)</li> <li>! Diese Falldefinitionen sind nun detaillierter beschrieben</li> <li>! Änderung entsprechend in Tabelle: KP1 unterschieden zwischen Nahfeld und Aerosol, deutlichere Überschriften</li> </ul> </li> <li>! Gestrichen werden soll (S. 6): <i>Eine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie 1 zur frühzeitigen Erkennung von prä- oder asymptomatischen Infektionen sollte durchgeführt werden. Die Testung sollte so früh wie möglich an Tag 1 der Ermittlung erfolgen, um mögliche Kontakte der positiven asymptomatischen Kontaktpersonen rechtzeitig in die Quarantäne zu schicken. Zusätzlich sollte 5-7 Tage nach der Erstexposition ein zweiter Test erfolgen, da zu diesem Zeitpunkt die höchste Wahrscheinlichkeit für einen Erregernachweis besteht. Es ist zu betonen, dass ein negatives Testergebnis das Gesundheitsmonitoring nicht aufhebt und die Quarantänezeit nicht verkürzt!</i></li> <li>! Synopsis Kontaktpersonenmanagement (S. 12): Kontaktreduktion bei Kategorie III: „Nein“ An dieser Stelle wird eine präzisere Aussage zu den privaten Kontakten gewünscht (das gilt auch für KPs, die bei Personalmangel nach einer Woche wieder arbeiten dürfen, obwohl sie KP 1 sind)</li> <li>! Diskussion: FG14 weist auf Diskrepanz bzgl der Zulässigkeit von MNB bei Patienten zu Schutzmaskenempfehlungen der BAuA hin und bittet um Entscheidung des Krisenstabs. Der KS entscheidet, dass dieser Passus bestehen bleibt.</li> <li>!</li> </ul>	<p>FG36 (Anna Stoliaroff-Pépin)</p>



	<p><i>To Do: „bzw. (in viel kleinerer Anzahl) über Tröpfchen“: statt „bzw.“ bitte „UND“ verwenden sowie „(in viel kleinerer Anzahl)“ streichen</i></p> <p><i>To Do: Unterteilung Nahfeld – Fernfeld sollten breit verteilt erläutert werden, nicht nur hier oder im Steckbrief sondern auch in Erklärvideos, bitte an Frau Rexroth, das BZgA darauf anzusprechen</i></p> <p><i>To do: Bitte in kleinerem Verteiler/den jeweiligen AGs nochmal zirkulieren unter Federführung FG 36 und Beteiligung FG37 und FG14. Konsolidierte Fassung: Deadline Montag oder Mittwoch im Krisenstab neu beraten!</i></p> <p>Hierbei ggf. zu berücksichtigende Diskussionspunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ggf. Diskrepanz zur generellen Empfehlung des MNS der BAuA</li> <li>! Empfehlung in diesem Schriftstück gilt für generelle, ambulante Versorgung, nicht ausschließlich Krankenhaus</li> <li>! BAuA-Kompetenz gegenüber Beschäftigten versus Patienten</li> <li>! Bezug zu anderen Hygieneempfehlungen</li> <li>! Weiter zu beachten: Detailgrad der Definitionen (Dauer, Raumgröße, hinsichtlich Partikelhalbwertszeiten, Quantifizierbarkeit Viruslast einer Person), Möglichkeit des Auftretens neuerlicher Nachfragen und Missverständlichkeiten o.ä.</li> <li>! Wahl der Testzeitpunkte bzw. Möglichkeit der Testesparnis: so früh wie möglich ab Tag 1 der Ermittlung sowie an Tag 5 – 7:             <ul style="list-style-type: none"> <li>! ggf. Tag 1 nach Ermittlung weglassen, da das ohnehin eher der Tag 3 oder 4 wäre oder</li> <li>! ersten Testzeitpunkt beibehalten, da betreffende Person danach sowieso quarantänisiert, dient dann der KP-Information</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Virologische Surveillance: stabiles Niveau, 50 % Rhinovirus, keine weiteren Influenza/SARS-COV2-Nachweise</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zunahme von Patientenverfügungen auf Verzicht auf Beatmung zu beobachten</li> </ul> <p><i>To Do: „Klinisches Management“ bitte für Freitag in Agenda mitaufnehmen</i></p>	<p>FG36/IBBS (Christian Herzog)</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG33</p>

<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	FG32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft: u.a. Kontaktpersonen- nachverfolgung angesprochen, grundsätzlich positives outcome, arbeiten derzeit am Summary	FG32/ FG38 (Maria an der Heiden)
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 02.10.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade (Moderation)**

### Teilnehmende:

- ! Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG 12
  - Annette Mankertz
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Oh Dschin-Je
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG 36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 32/38
  - Ute Rexroth
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! INIG
  - Luisa Denkel
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse



- Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld







TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Datenstand 01.10.20</p> <p>Top 10 unverändert im Vergleich zum Mittwoch, nur zwei Länder haben den Rang getauscht;</p> <p>Anscheinend stabilisieren sich auf hohem Niveau die neuen Fälle auf dem amerikanischen und asiatischem Kontinenten.</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>Heute 55 Länder mit 7-T.-Inz. &gt; 50 Fälle/100.000 Ew. im Vergleich zum Mittwoch sind es heute 5 Länder mehr; In Afrika: steiler Anstieg in Tunesien (50,74)</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>Neu gelistet: Slowakei und Irland</p> <p>! Studie: „Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in people with an acute loss in their sense of smell and/or taste in a community-based population in London, UK: An observational study“</p> <p>Gestern in PlosMed erschienen; in GB durchgeführt; 78% der Pat. mit akutem Geschmacks- und Geruchsverlust wurden pos. auf SARS-CoV-2 getestet; 40% von ihnen hatten kein weiteres Symptom (bedeutet in Studie kein Husten oder Fieber); TN mit Geruchsverlust waren dreimal bzw. mit Geruchs- und Geschmacksverlust viermal häufiger seropositiv als TN mit akutem Geschmacksverlust; Vorsicht: Hier wurden leichte Erkältungssymptome (Verstopfte Nase) als kein Symptom bewertet.</p> <p>! Zusammenfassung:</p> <p>Hohes Niveau Anzahl der Neuinfektionen in Amerika und Asien, aber rückläufiger Trend erkennbar; Weiterhin sehr aktives Infektionsgeschehen in vielen Ländern Europas (Spanien, Frankreich, GB, Tschechien, Niederlande, Slowakei; Polen) POTUS und FLOTUS sind positiv auf COVID-19 getestet</p> <p>! Fragen</p> <p>Wie häufig ist Geruchsverlust bei anderen Viruserkr., bzw. bei COVID? Geruchsverlust ohne verstopfte Nase ein sehr spezifisches</p>	<p>INIG (Luisa Denkel)</p> <p>Presse</p> <p>FG 36 (Silke Buda)</p> <p>FG 32 (Michaela Diercke)</p>



	<p>Symptom f. COVID-19, liegt aber nicht bei allen Infizierten vor; Vorsicht bei GB Studie: Halten sich sehr an WHO Def. Hier sind leichte Erkältungssymptome gleich keine Symptome interpretiert</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! SurvNet übermittelt:</p> <p style="padding-left: 40px;">+2.673 neue Fälle, dieser Anstieg im R-Wert noch nicht so deutlich; auch nicht bei ITS im Vergleich zum Vortag</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum</p> <p style="padding-left: 40px;">Anstieg v.a. in Bremen und Berlin: Auf Nachfrage in beiden Landesstellen wird ein diffuses Geschehen genannt; kein Ausbruchsgeschehen leichter Anstieg in NRW und HH Im Bundesdurchschnitt wird ein leichter Anstieg fortgesetzt</p> <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <p style="padding-left: 40px;">43 LK haben über 25-50 Fälle/100T Ew.; nur noch 5 LK, in denen keine Fälle übermittelt wurden; spezifisches Ausbruchsgeschehen in Hamm und SK Berlin Mitte</p> <p>! Anz. Der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 30.09.2020)</p> <p style="padding-left: 40px;">Seit Beginn der Testungen in Dtl. bis einschl. KW39/2020 sind 16.999.253 Labortests erfasst, davon wurden 328.566 pos. auf SARS-CoV-2 getestet. Sehen erstmal keinen Anstieg, mehr Leute getestet, pos. Rate leicht angestiegen auf 1,22%</p> <p>! Probenrückstau (Stand 30.09.2020)</p> <p style="padding-left: 40px;">In KW 39 gaben 46 Labore einen Rückstau von 15.983 abzuarbeitenden Proben an 35 Labore nannten Lieferschwierigkeiten für Reagenzien</p> <p>! Mortalitätssurveillance diese bezieht sich auf Datenstand Ende August</p> <p style="padding-left: 40px;">zurzeit keine Übersterblichkeit erkennbar</p> <p>! ITS zeigt eine kleine Zunahme im Vergleich zu den letzten Monaten, Anfrage beim DIVI Team zur besseren Darstellung ist bereits erfolgt</p> <p>! Berlin ist eigentlich eine sog. Einheitsgemeinde und somit ein LK; Mecklenburg-Vorpommern versteht Berlin auch als Einheitsgemeinde; so bald eine 7-T.Inz./100.000 Ew. von über 30 Fällen erreicht ist, gibt es keine Beherbergung für Touristen aus Berlin.</p> <p>! STAKOB berichtet auch Zunahme der ITS-Belegung</p>	<p>FG32/38 (Ute Rexroth)</p> <p>FG37 (Tim Eckmanns)</p>
--	---	---



2	<p><b>Internationale Projekte (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mission im Kosovo kommt zum Ende; Fr. Hanefeld fährt zum Projektabschluss am Montag in den Kosovo</li> <li>Nach 2 Wo. intensivem Austausch, Unterstützung und Trainings im Labor- aber auch im klinischen Bereich mit breiter Unterstützung von BW, STAKOB und vielen</li> <li>! Weitere Mission ab Mitte Oktober ist Namibia: <ul style="list-style-type: none"> <li>twinning project; speziell Unterstützung zur COVID-19 Situation; Probleme v.a. im Bereich Klinik</li> </ul> </li> <li>! Neue Koordinatorin der globalen SeroStudien: Willkommen Frau Sophie Müller</li> <li>Ziel ist ein gemeinsamer RKI Ansatz</li> <li>! Charité hat viel im lateinamerikanischen Raum unterstützt. Jetzt Treffens mit Auslandsvertretungen der Länder in Berlin zur Nacharbeitung/Nachbereiten Einsätze im Bereich Diagnostik, sehr interessant</li> </ul>	ZIGL (Johanna Hanefeld)
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Update Risikobewertung anschauen: Ob wir immer Lüften (sollte neben AHA präsenster sein) und ob CWA (BMG verwendet A für App) dabei stehen sollte</li> <li>! Letzte Rapid Risk Assessemnt des ECDC zeigt Diskrepanz zu deutscher Einschätzung, dies sollten wir erklären</li> <li>! Schaade: Abkürzungen wie das BMG verwenden</li> </ul> <p><i>To Do: Frau Buda macht einen Formulierungsvorschlag bis Montag (05.10.20), um Missverständnisse wegen der Diskrepanz zw. ECDC RRA und unserer Einschätzung vorzubeugen/ aufzuklären.</i></p>	Alle  Leitung
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht anwesend</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>Keine Update Punkte; trotzdem pro Tag 30-40 Anfrage durch Presse</p> <p><b>Bundeswehr</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht anwesend</li> </ul>	BZgA  Presse
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht anwesend</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p>	



	<p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Quarantäne-Bedingung für Kinder:</p> <p>Im Namen von Hr. Wieler Bericht über Gespräch: Berichtet wurde: GÄ ordnen bei Kindern Quarantäne unter extremen Maßnahmen an; Kinder sollen 14 Tage isoliert allein im Zimmer verbleiben und nur zu den Mahlzeiten Kontakt mit den Familien haben; Daher Beschwerden durch Eltern; Können wir für Kinder unter 10-12 Jahren klarstellen, wie Quarantäne f. Kinder gemeint sind? Zustimmung von Teilnehmern IBBS und BZgA hatten Merkblätter zur Quarantäne erstellt, daher könnte auf Basis dieser ein Merkblatt zur Kinder-Quarantäne entwickelt werden.</p> <p><i>To Do: IBBS (FF) unter Mitarbeit von FG36 erhält Auftrag ein Merkblatt Kinder-Quarantäne zu entwickeln.</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Über Pressemeldung besteht in Berlin MNS Pflicht auch im Arbeitsumfeld, aber nicht beim Sitzen am Arbeitsplatz (wie schon die Regelung in Restaurants); Wird ab Montag im Haus umgesetzt</p> <p>! Personalrat schlägt nun doch das Aufstellen von Desinfektionsständer in den Liegenschaften vor;</p> <p>Da Kontaktübertragung geringe Rolle spielt sprechen sich in einer Handabstimmung die Mehrheit gegen das Aufstellen der Desinfektionsständer aus</p> <p>! Neues Testkriterien-Papier: Für welche Tests ist dies gültig? Gilt nur für PCR Tests, da einzigen validierten Tests, solange Antigen noch nicht validiert</p> <p>! (Positiver) Effekt der Coronamaßnahmen auf übertragbare Erkrankungen</p> <p>Fr. Rexroth und Team bearbeiten das Thema bereits. Herr Wieler ist informiert. Das Thema wird demnächst vorgestellt Interpretation erweist sich als schwierig Viel Absprache mit FG33 Frau Mankertz zieht sich von der FF zurück</p> <p>! IFG Anfrage des NDR: Nowcast der BL – grundsätzliche Diskussion: online stellen vs. gezielt beantworten?</p>	<p>Leitung (Lars Schaade)</p> <p>FG36 (Silke Buda)</p> <p>Leitung (Lars Schaade)</p> <p>Alle</p> <p>Leitung (Lars Schaade)/ FG36 (Stefan Kröger)</p> <p>FG12 (Annette Mankertz)</p> <p>FG38/ alle</p>
--	--	---



	<p>Berichte zum Nowcast an BL sind rechtlich nicht als schützenswert eingestuft. Wird dem NDR gegeben, online stellen könnte noch mehr Nachfragen provozieren; Diese Rechtseinschätzung betrifft wahrscheinlich auch weitere Berichte ans BMG, wie z.B. zum Kapazitätenmonitoring, Ausbüchen als auch DIVI-Update; Bitte diese Rechtseinschätzung bei allen Berichten im Hinterkopf behalten, dass diese später durch IFG Anfragen herausgegeben werden Hr. an der Heiden hat Anfragen zum Veröffentlichen des Codes vom R-Wert und vom Nowcasting. Überlegung diesen online zu stellen; Bitte bedenken, dass der Code/Script unveröffentlichte Variablen beinhaltet. Diese würden dann nach der Veröffentlichung auch angefragt werden;</p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>! Update zur Diskussion mit den BL zum Kauf bzw. Einsatz von Influenzaimpfstoffen:</p> <p>Bund hat 6 Mill. Impfstoffdosen eingekauft Beinhaltet auch 500.00 Impfstoffdosen von dem Sanofi Hochleistungsimpfstoff (Efluelda); dieser 10-30% effektiver als bisherige auf dem Markt; Dieser wird eher in Altenheime eingesetzt, steht erst im Nov. zur Verfügung;</p> <p>! Erfassung der Covid-19 Impfquoten:</p> <p>Anfang der Woche Telefonat zur Impfquoten-Erfassung mit BMG: Diese Erfassung ist nationaler Impfstandard. Wir müssen wissen wer mit welchem Impfstoff geimpft wird. Geplant sind vom BMG bisher 3 parallele Stand-Alone-Systeme: Dazu gehört Impfquotenerfassung durch Impfzentren, App des PEIs zur Erfassung von Nebenwirkungen; Falls die Impfquoten-Erfassung ans RKI vom BMG gegeben werden, weil wir durch ÖGD Kontaktstelle viele neue Stellen haben Mehr Infos am BMG als bei uns, daher erfolgt mittlerweile ein direkter Austausch mit den Herstellern, z.B. mit biontec; dieser wahrscheinlich erster Markteintritt schon über 33.000 Personen geimpft: Nebenwirkung Kopfschmerzen, ab 01.12.2020 stehen die Chargen bereit, wie viele Impfstellen braucht man? Impfstoff gekauft, aber noch nicht die Lösungsmittel dafür Problem: Wir brauchen eine vollständige/zentrale gut aufgestellte Erfassung der Impfquoten. Aber unsere Personalressourcen lassen dies nicht zu. Als Alternative nennt das BMG eine Impfquoten-Erfassung bei den KVen; RKI im Mai Entwurf beim BMG zur Erfassung eingereicht und jetzt noch keine Entscheidung Prio ist: Bearbeiten, was wir als bestehende Systeme haben; Als Beispiel: Bisher keine Mittelverlängerung für DEMIS; die</p>	<p>FG33 (Ole Wichmann)</p>



	<p>Mittel laufen zum 01.01.2021 aus; Bitte an Hr. Wichmann direkt mit KVen dazu sprechen, denn wir brauchen die Erfassung der Impfquoten Eine Erfassung der Impfquoten per Telefonsurveillance wie 2009 als Alternative zu KVen Lösung Auf Leitungsebene mit FG33 weiteres Vorgehen besprechen</p> <p>ToDo: Treffen auf Leitungsebene zum weiteren Vorgehen zur Erfassung der Impfquoten</p>	
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen</p>	FG36
<b>10</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Statistik: 1.157 Proben, 8,5% pos. Raten, SK Tempelhof/Schöneberg: pos. Rate 22%!! ! Präsentation: Vergleich Antigentests (RDT) über ZBS1 (Folien werden von ZBS1 nachgereicht)</p> <p>Bisherige Ergebnisse ZBS1 Ziel: Bewertung Schnelltests durch BMG beauftragt weniger als eine Wo. Zeit: identische Proben für ausgewählte Tests Mehrere teilnehmende Labore in Kooperation mit RKI Testauswahl sollte eigentlich durch Marktrecherche erfolgen, aber durch knappe Zeit, hat jeder getestet mit dem was sie hatten; Bisherige Tests: Vorhanden vs. Geplant Herstellung von Vergleichsproben: VL per qPCR bestimmt, Einfrieren/Auftauen kaum Einfluss und ebenso kein Einfluss, ob PBS vs. Medium Gebrauchsanleitung an Partner versendet: 50 Röhrchen bei -80 Grad lagern, Ergebnisse RKI aus diesem Standard: eingefroren wieder aufgetaut dann getestet: kleine Überlappung zwischen positiven und negativen Ergebnissen Angabe der 50%- und 95%-Nachweiswahrscheinlichkeit Ausblick: Anzucht ausgewählter Proben, Auswertung RKI Daten, Zusammenstellung aller Daten der Partner, Auswertung mit PEI, Abschließende Bewertung Abbott ID-NOW (Nukleinsäure Test) Testungen in den anderen Instituten erfolgt ab jetzt Großer Dank von Leitung an Fr. Michel und Team für diese Leistung in der kurzen Zeit</p>	ZBS1 (Janine Michel)
<b>12</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Update Klinisches Management erfolgt am Montag, da die STAKOB noch tagt</p>	IBBS (Schulz-Weidhaas)



	<i>To Do: Update Klinisches Management auf Agenda für KS am Montag, den 05.10.2020</i>	
<b>13</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Surveillance</b> ! Update SurvNet wird gerade runtergeladen, Infobrief in Vorbereitung; ! ca 22 GÄ und die meisten LS haben das neue Update bereits heruntergeladen; ! Version läuft stabil, aber sehr umfangreiche Updates, was viele Nachfrage erzeugt; ! Ab 05.10.20 werden Inzidenzberechnungen mit den neuen Bevölkerungszahlen durchgeführt; dies könnte Sprünge in Inzidenzen bewirken; ! Leider haben Bundesländer andere Stichtage als RKI; dies ist diese Woche beim SK Berlin-Mitte aufgefallen; ! Dies könnte im Lagebericht erklärt werden; ! Abstimmung mit diesen Bundesländern bitte Anfang der Woche vornehmen, da Absagen von Bundesligaspielen viel Unmut erzeugt; ! RKI Inzidenzen durch Übermittlungsverzug eher niedriger als Daten der BL; Vorort sind Daten genauer; BL nehmen oft ihre Melderegister zur Inzidenzberechnung in Bezug auf Bevölkerung; ! Destatis hatte die Bevölkerungsdaten zum Stand Ende 2018 erst im Sept. 20 veröffentlicht; brauchen diese zur Aufschlüsselung nach z.B. Altersgruppen sowie Geschlecht;	FG32 (Michaela Diercke/ Ute Rexroth)  Presse/AL3  Leitung  FG32
<b>15</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Maria: neue Verordnungen vom BMG mit Inkrafttreten am 29.09.20; RKI betreffender Inhalt:  Aussteigekarten auch von Bundespolizei eingesammelt werden kann, wenn Einreisende aus Nicht-EU Ländern kommen Bisher Beförderer die Karten einsammeln, jetzt die geben Reisenden diese direkt an Bundespolizei und diese an GÄ; Für Nachfragen sind RKI Adressen angegeben Nächste Anordnung am 15.10.20 RKI ! Bericht digitale Aussteigekarten: fachlicher Ansprechparten BMG vom RKI keine Rede, hoffen Projekt bleibt erstmal beim BMI;	FG38
<b>16</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	FG38



	<p>! Lagezentrum (LZ) Update mit Präsentation (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <p>Schichtzeiten vom LZ geändert: 8.30-18.00 und Position          Internationale Kommunikation bis 21 Uhr;          Erlasse mit sehr kurzer Frist (2-3Std.)          AL3 richtet Aufruf zu mehr Unterstützung der LZ Schichten          vor allem an Mitarbeiter außerhalb der Abt. 3</p>	
<b>17</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Keine benannt</p>	
<b>18</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 05.10.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</p>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	05.10.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Vitro-/Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! ZBS1
  - Janine Michel

- Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



- Kaum Infektionen in Ozeanien

### **National**

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

- SurvNet übermittelt: 300.619 (+1.382), davon 9.534 (3,2%) Todesfälle (+5), Inzidenz 362/100.000 Einw., Reff=1,21; 7T Reff=1,08
- 7-Tage-Inzidenz: 16,8 (steigt an)
- ITS: 424, Änderung zum Vortag: +20
  - Wichtig ist nicht nur Änderung zum Vortag zu betrachten, sondern Trend: zeigt leichten Anstieg der Anzahl Covid-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung.
  - Anzahl Betten: Spiegelt das die Anzahl der mit Personal ausgestatteten Intensivbetten wieder?

*ToDo: Fr. Diercke fragt nach wie die Daten erhoben werden.*

- 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - Gesamtinzidenz steigt kontinuierlich.
  - Höchste Inzidenzen in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg
  - Beruhigung in Bayern
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
  - 7 LK mit Inzidenz > 50
  - 44 LK mit Inzidenz >25
  - Hamm: Ausbruch in Zusammenhang mit Hochzeit
  - Remscheid und Berlin: diffuse Ausbrüche
  - Vechta: Ausbruch in Pflegeheim
- ! Welche Maßnahmen hat Bayern ergriffen, um den ansteigenden Trend zu stoppen?
  - Individuelle Maßnahmen, wie Maske tragen, wurden in München besser kommuniziert als z.B. in Berlin.
  - Die Empfehlungen des RKI wurden alle schon abgestimmt und ans BMG weitergegeben. Sie müssen von politischer Ebene auch kommuniziert werden.
  - BZgA hat Risikosituationen zusammen mit AHA-Botschaften



	<p>auf Internetseite beschrieben.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch anderen Indikatoren zeigen deutliche Hinweise auf Anstieg, z.B. mehr Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen. Es besteht Handlungsbedarf. RKI sollte Politik nochmal darauf hinweisen.</li> <li>○ Was ist das Instrument hierfür? Soll morgen bei Ministergespräch angesprochen werden. Könnte in AGI angesprochen werden.</li> <li>○ Situation in München und Berlin ist nicht vergleichbar. Die Zielgruppe, junge Erwachsene, sieht Bedrohung nicht. Diese Gruppe ist der Schlüssel, um einen neuen Lockdown zu verhindern.</li> <li>○ Was sind Instrumente vom RKI? Neue Hochrechnung?</li> <li>○ Für Bevölkerung sind Hochrechnungen zu abstrakt, wäre nur für Politik relevant.</li> <li>○ Ärzteschaft sollte nochmal deutlich machen, was eine schwere COVID-Infektion bedeutet. Langzeitfolgen sollten von Fachgesellschaften kommuniziert werden.</li> <li>○ BZgA hat Materialien für junge Erwachsene vorbereitet. Es ist eine politische Entscheidung, ob sie damit an die Öffentlichkeit gehen kann. Gemeinsames Auftreten von BZgA und RKI sinnvoll.</li> </ul> <p><i>ToDo: Absprache mit BZgA, wie mit den Materialien auf Politik zugegangen werden soll.</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC</li> <li>○ Auf Mittwoch verschoben</li> <li>! Sollte die Risikobewertung angepasst werden?</li> <li>○ Dünne Linie zwischen zu schnell reagieren und zu spät.</li> <li>○ Nicht auf „sehr hoch“ setzen, sondern Formulierungen anpassen (etwas eskalieren).</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Haas schickt bis Mittwoch Formulierungsvorschlag in die</i></p>	<p>Alle</p>

	<p><i>Runde, dieser wird durch Krisenstab ergänzt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Wieler ist am Donnerstag in BPK mit Minister und kann die Risikobewertung kommunizieren.</li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Motivlinie für Jugendliche ist beim Pretest gut in der Gruppe der 14-17 Jährigen angekommen, nicht so gut bei jungen Erwachsenen.</li> <li>! Aufkleber für Schulen für regelmäßiges Lüften wurde entwickelt.</li> <li>! Plakatierung mit Werbung für Grippeimpfung ist erfolgt. Es gibt einen Lieferengpass beim Impfstoff, Wartezeit 4-5 Wochen. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sorge, dass Risikogruppen keinen Impfstoff mehr bekommen oder bereits (d.h. zu früh) geimpft wurden. Optimale Impfmonate sind Oktober, November.</li> </ul> </li> <li>! Viele Fragen aus der Bevölkerung zu Einreiseverboten und Quarantäne, wenn man aus innerdeutschen Risikogebieten (zurück)kommt, vor allem in Hinblick auf die kommenden Herbstferien. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hat das RKI eine Übersicht, welche BL welche Regeln haben? Auf Seite der Bundesregierung sind die Corona-Verordnungen der BL verlinkt. Eine tabellarische Übersicht gibt es nicht.</li> <li>○ MV und SH haben Quarantäneverordnung. MV betrachtet Berlin als Ganzes, SH die einzelnen Bezirke. Es gibt Beherbergungsverbote in einigen BL. Einige BL weisen keine innerdeutschen Risikogebiete aus. Berlin weist innerdeutsche Risikogebiete aus, dies gilt jedoch nicht für Einzelbezirke in Berlin.</li> <li>○ Innerdeutsche Risikogebiete sollen abgeschafft werden.</li> </ul> </li> <li>! Wäre eine besondere Kommunikation für bestimmte Gruppen, z.B. türkische Community, sinnvoll, die von sich aus die Hotline der BZgA nicht in Anspruch nehmen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Materialien in verschiedensten Sprachen sind vorrätig, sollten gezielt beworben werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Wieler nimmt am Donnerstag, den 8.10. zusammen mit Minister Spahn an der Bundespressekonferenz teil.</li> <li>! Mahnwache am Nordufer: Soll im Haus kommuniziert werden,</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>wie damit umgegangen werden soll?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pforte ist instruiert, RKI bekommt vorab Info, wenn Mahnwache geplant ist. Zurzeit handelt es sich nur um 2 Personen. Thema: Belastung der Bevölkerung durch die Maßnahmen, Verhältnis Maßnahmen zur Bedrohungen. Bisher wurden die Mahnwachen eher unter dem Sicherheitsaspekt betrachtet.</li> <li>○ Eine Kommunikation, wie die Mitarbeiter nicht reagieren sollen, ist im Moment nicht sinnvoll.</li> </ul>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht besprochen</p>	<p>BMG-Liaison</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Bewertung des Referentenentwurfs zur Veränderung der Verordnung zum Anspruch auf Testung (Entwurf <a href="#">hier</a>, Zusammenfassung Diskussion <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Erwartung: RKI definiert Mindestkriterien für Antigenteste und stellt eine Liste von Tests zur Verfügung, die diesen Kriterien entsprechen. Dies würde zu nationalen Marktverzerrungen führen, diese Problematik wurde von Hr. Mielke dem BMG gegenüber schon geäußert. Minister will die Nennung qualitativ ausreichender Teste. Eigentlich Aufgabe von BfArM, rechtliche Klärung von unserer Seite sollte erfolgen.</li> <li>○ §4 präventive Testung: dafür nur Testkapazitäten in Form von Antigentesten vorgesehen. PCR Teste sollen nur im medizinisch- diagnostischem Bereich erfolgen.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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).</li> <li>▪ Angedacht war der Einsatz im Medizinischen Bereich, nun tauchen erstmalig auch Unternehmen im Text auf.</li> </ul> </li> </ul>	<p>AL1 (Mielke)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ §6 Leistungserbringung: Teste sollen vom öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellt werden. ÖGD als Lieferant von Medizinprodukten?</li> <li>○ Abt. 1 muss morgen einen Kommentar dazu abgeben.</li> <li>○ Antigennachweis sollte durch PCR ergänzt werden. IfSG-Anpassung vorschlagen. Antigennachweis ist auch meldepflichtig.</li> <li>○ Die Positivrate wird sich nach oben verschieben, da die Personen vorselektiert sind. Eine separate Dokumentation der Nachtestung von positiven Antigentesten wäre sinnvoll. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GA können dies nur erheben, wenn sie diese Information auch erhalten. Diese Angaben müssten auf Anforderungsscheinen gemacht werden, der von KV erstellt wird. Hr. Mielke soll klären, ob Einfluss darauf genommen werden kann.</li> <li>▪ Müsste in Meldesoftware angepasst werden.</li> <li>▪ Bei Voxco-Abfrage und bei ARS müsste geprüft werden, ob es möglich ist, diese Information zu erhalten.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Zur Meldepflicht: was für Konsequenzen hat ein positives Antigentest-Ergebnis, sollen GA das erfahren und bereits erste Maßnahmen ergreifen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ GA brauchen hierfür klar definierte Anweisungen und gute Begleitmaterialien.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ BMG hat Mio. von Testen von verschiedenen Herstellern gekauft und wird diese über GA ausgegeben. Bei GA wird belassen, dass eine entsprechende Bestätigung stattfindet.</li> <li>○ Zusätzliche Arbeitsbelastung für GA? Falldefinitionen haben</li> </ul>	
--	---	--





	<p>keinen Einfluss auf durchgeführte Tests. Last bleibt bei GA.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde in AGI diskutiert, Tests sind eingekauft, diverse Kosten drum herum müssen BL selbst organisieren.</li> <li>○ In Rückmeldung ans BMG soll mitaufgenommen werden, dass ein PCR-Nachtest enthalten sein muss.</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte Anmerkungen bis morgen um 10 Uhr Hr. Mielke in einer Mail zukommen lassen.</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Validierung von Ag-Testen (Vorschlag <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jeder Antigentest, der abrechenbar ist, muss ein Vergleichsprotokoll durchlaufen. Hierfür ist die schnelle Gewinnung von klinischem Vergleichsmaterial zur Bewertung der Antigen-Schnellteste notwendig.</li> <li>○ Plan von ZBS1:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In ZBS1 positiv gemessene Patienten werden am nächsten Tag besucht und mit so vielen Tupfern wie möglich beprobt. GA könnten das mit Einwilligungsbogen bei erster Probennahme vorbereiten. Ethikvotum und Aufklärungsbogen sind vorhanden.</li> <li>▪ Proben eines Patienten werden gepoolt und in der PCR gemessen. Patienten vergleichbarer Viruslast werden gepoolt und Vergleichsproben hergestellt.</li> <li>▪ Für das Pipettieren der Proben wird für ein paar Tage Hilfe aus anderen FG benötigt (reine Pipettierarbeit).</li> </ul> </li> <li>○ Die Beprobung können die GÄ nicht leisten, deshalb die Frage, könnten das MA von Abt.3 oder Abt.2 übernehmen?</li> <li>○ Abt. 3 hat zurzeit keinerlei freie Kapazitäten.</li> <li>○ Frage: Inwieweit ist es möglich, die Firmen, die daran verdienen, an der Materialgewinnung zu beteiligen? In aller Regel ist es für die Firmen schwierig an dieses Material heranzukommen. Deshalb sind unabhängige Untersuchungen notwendig.</li> <li>○ Die Zuständigkeiten auf dem europäischen Markt wurden rechtlich geklärt. Laut Medizinprodukte-Abgabeverordnung sind Untersuchungen zur Bewertung von Testen nur in sehr geringem Umfang erforderlich.</li> <li>○ Die Tests können in den Verkehr gebracht werden. Für die Erstattungsfähigkeit müssen die Tests validiert werden.</li> <li>○ Welche Anforderungen die Teste haben sollen, wurde schon veröffentlicht. Die schnelle Validierung nach Kriterien des</li> </ul>	ZBS1 (Michel/ Nitsche)

	<p>RKI steht im aktuellen Papier.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BfArM hat FF bei notwendiger klinischer Validierung.</li> <li>○ ZBS1 könnte auch einfach so weitergemacht werden wie bisher, wird dann aber den Zeitplan des Ministeriums nicht einhalten können.</li> <li>○ Ein Vorschlag wäre, mit Amtsärzten zu vereinbaren, dass bei interessanten Proben grundsätzlich 2 Abstriche genommen werden. Es wird jedoch sehr viel mehr Material benötigt, aus Mitte kommen zum Teil jetzt schon doppelte Proben.</li> <li>○ Könnte die Aufgabe outsourced werden? Über Werkverträge, wie schnell wäre das realisierbar? Zeit ist das Hauptproblem. Es betrifft eine Phase von 2-3 Wochen in der zwischen 30-50 Positive pro Tag getestet werden müssten. Es ist relativ aufwendig Leute für 2 Wochen anzustellen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Abt. 2 wird noch nach Kapazitäten gefragt, sonst mittels Werkverträgen. GA sollen bei Vertragsabschluss miteingebunden werden.</i></p>	
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Update Klin. Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Rückmeldung von STAKOB-Treffen am 2.10.20: Laut STAKOB-Behandlungszentren sind steigende Fallzahlen zu verzeichnen bei gleichzeitiger Beibehaltung des vollen Elektivprogramms aus finanziellen Gründen. Die Aufrechterhaltung einer dreigliedrigen räumlichen und vollständigen personellen Trennung ist schwierig.</u></li> <li>○ <u>Rückmeldungen zu nosokomialen Infektionen seit Beginn des Ausbruchs sind insgesamt positiv. Es gab kleinere Cluster und Ausbrüche. Ansteckungen beim Personal häufig in der Freizeit, teilweise beim Aufenthalt in Pausenräumen.</u></li> <li>○ <u>Feedback aus STAKOB zu Teilnahmen an internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB-Geschäftsstelle stellt einen Personalpool zusammen für künftige Missionen.</u></li> <li>○ <u>Laut Info aus dem STAKOB ist die Situation wesentlich schwieriger als im Frühjahr. Der Zugriff auf Personal und Betten ist nun, da Operationen nicht mehr ausgesetzt werden, schwieriger.</u></li> <li>○ <u>Diverse Geschäftsleitungen sind nicht mehr bereit auf elektive Operationen zu verzichten, bestehen aber weiter auf getrenntem Personal. Die Fallzahl steigt an, ist im Moment aber noch nicht so hoch.</u></li> <li>○ <u>Rückmeldungen zu nosokomialen Infektionen seit Beginn des Ausbruchs sind insgesamt positiv. Es gab kleinere Cluster und Ausbrüche. Wenn es Übertragungen beim Personal gab, dann häufig in den Pausenzeiten.</u></li> <li>○ <u>Feedback zu internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB stellt einen Personalpool für diese.</u></li> </ul> <p><i>ToDo: Erstellen eines kurzen Berichts über Eindrücke aus STAKOB-Zentren für BMG, FF Rühle</i></p>	<p>IBBS (Rühle)</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p>	



	<p>! Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Spricht etwas gegen eine Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage bei leichten Fällen?</li> <li>○ Es fehlt gute Evidenz. Wenn, dann überhaupt nur vorstellbar bei leichten Erkrankungsfällen mit Symptomen, die frühzeitig diagnostiziert wurden und mindestens 2 Tage symptomfrei sind.</li> <li>○ UK hat die Dauer wieder von 7<del>8</del> auf 10 Tage erhöht.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Das Restrisiko im Verhältnis zur möglicherweise besseren Compliance bei kürzerer Isolierung müsste geschätzt werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Im Moment sollte weder die Quarantäne noch die Isolationszeit verkürzt werden. Es gibt keine Evidenz aus den Daten, um eine Verkürzung zu begründen.</li> </ul>	VPräs / IBBS
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>17</b>	<p>! Aufgrund von Problemen mit Vitero bei den letzten Krisenstabsitzungen wurde entschieden auf Webex umzusteigen. Der Termin soll passwortgeschützt sein, um die Sicherheitsstufe zu erhöhen.</p> <p><i>ToDo: Organisation durch FG38</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	07.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)**

#### Teilnehmende:

- ! Leitung
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! FG 12
  - Annette Mankertz
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG 36
  - Walter Haas
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! INIG
  - Sarah Esquevin
- ! P1
  - Christina Leukert
- ! Presse
  - Jamela Seedat









Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1

	<p>Zurzeit in Berlin mehr Fälle als in erster Welle, aber es sind jetzt mehr Asymptomatische getestet worden als in der ersten Welle. Daher schwer zu vergleichen;                  Der Anteil asymptomatischer Positiver ist deutlich zurückgegangen;                  DIVI steigt an, Altersanstieg der positiven, Fazit: Indikatoren stehen auf Anstieg der Fälle;                  Jetzt ist der Zeitpunkt die Maßnahmen zu verstärken;                  Natürlich wird der Effekt erst später zu sehen, daher jetzt Maßnahmen ansetzen!! Wenn die Todesfälle steigen, ist es für viele zu spät;                  In BPK werden zwei Punkte im Vordergrund stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zeitliche Verzögerung von Maßnahmen und Effekt erklären;</li> <li>- Gegen eine Verkürzung der Quarantäne</li> </ul> <p>Denn nach neuester Schätzung erfolgt bei Verkürzungen auf 10 Tage eine Erhöhung des Restrisikos ums 6-fache;                  Nach Rückmeldung der GÄ ist die Compliance der Bürger bei Quarantäne gut;</p> <p>! Umstellung auf Bevölkerungszahlen mit dem Stand vom 31.12.2019 im Laufe des Tages; Morgen können die neuen Inz. auf dieser neuen Basis in den Lagebericht; Eine Sprachregelung zur Erklärung für den Lagebericht wird vorbereitet;</p> <p>! Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen: GrippeWeb, AG Influenza, ICOSARI (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! GrippeWeb bis 40. KW 2020</p> <p>ARE Aktivität auf Bev.-ebene noch nicht über Jahreszeitendurchschnitt;</p> <p>! AG Influenza – ARE-Konsultationen bis zur 40. KW 2020</p> <p>Älteren Altersgruppen beginnen einen Anstieg;</p> <p>! Vergleich COVID-Melddaten-Inz. mit ARE-Konsultations-Inz. pro 100.000 Ew.</p> <p>vier Darstellungen: gepunktete: ARE; durchgezogen: COVID Meldezahlen                  Bayern und BW gehen in Sommerferien ARE Kurven zurück, aber COVID-Fälle steigen;</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) bis zur 39. KW</p> <p>Gesamtzahl stationär behandelte Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI);                  In KW 39 sind SARI-Fälle nur in 60+-jährigen leicht angestiegen;</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) sowie Anteil</p>	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG37</p>
--	--	-------------------------------------



	<p>SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 39. KW</p> <p>In KW40 Anstieg der COVID Fälle unter den SARI Fällen, Auch im KH-System Anstieg bei den Älteren</p> <p>! Update zu den Testkapazitäten erfolgt am Freitag, den 09.10.2020, mit einer Präsentation zu ARS-SARS-CoV-2</p> <p><i>To Do: Update zu den Testkapazitäten durch FG37 auf die Agenda</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIGL
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>Bitte die Risikobewertung auf der RKI-Website direkt auf die erste Seite zu COVID-19 als Link einstellen;  Zum Entwurf: Grundprinzipien eher nach hinten stellen und Kernaussage nach Vorne stellen;  Keine Änderung in der Risikoeinschätzung, nur das Wording geändert;  KW durch Monatswoche (Ende August) ersetzt;  Dynamik nimmt in fast allen Regionen zu;  Es folgen redaktionelle Vorschläge;  Zu Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie: Jetzt noch ernster nehmen und alle mitwirken; insbesondere junge Erwachsene: Lüften und Masken auch im Freien, wenn Mindestabstand unterschritten wird;  Presse bittet um Aufnahme der AHA plus L-Regel;  P1 bittet bei der Formulierung zu Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie darum, die Formulierung anzupassen, dass die Gruppe der jungen Erwachsene nicht stigmatisiert wird;  Änderungen wurden angenommen</p> <p><i>To Do:</i>  -Fr. Leuker(P1) und Hr. Haas (FG36) machen einen gemeinsamen Formulierungsvorschlag, der kein blaming beinhaltet, sondern eine Inklusion der jungen Erwachsenen.  Dann geht diese Risikobewertung in den Lagebericht ein.  -Presse gibt an webmaster den Auftrag, die aktuelle Risikobewertung prominenter auf die Website zu stellen.</p>	<p>FG36/Alle</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> <p>Alle</p>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>BZgA</p>	



	<p>! Nicht anwesend</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Außer BPK und Vorbereitung des Sprechzettels (Fr. Deegen) nichts außergewöhnliches</p>	<p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht anwesend</p>	
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Kritik von Prof. Gottschalk am Krisenmanagement:</p> <p style="padding-left: 40px;">Gottschalk bemängelt zu wenig Berater des Bundes aus dem ÖGD kommen Gerne mehr ÖGD-Fachärzte in den Gremien hinzunehmen Überlegung zum direkten Austausch mit Prof. Gottschalk</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p style="padding-left: 40px;">Keine Punkte eingebracht und besprochen</p>	<p>Leitung FG38</p> <p>Alle</p>
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p style="padding-left: 40px;">Dokument ganz intensiv diskutiert worden, auch auf Basis von GÄ Anfragen, besonders von Anna Stoliaroff-Pepin und Udo Buchholz; Noch deutlicher die Grundlagen vorangestellt werden auf denen Maßnahmen basieren (gelb unterlegt); KP1 Beschreibung noch klarer, keine inhaltliche Änderung: zwei Ansteckungsszenarien: übers Nahfeld bzw. enger Kontakt und Aerosolen; Kontaktsituation im Flugzeug belassen; Ergänzung: GÄ sollten eine regelmäßige Info der Personen in Quarantäne einholen; kein tägliches Update mehr; Das Testen asymptomatischer KP ist optional; KP2: drinnen gelassen, deutlich machen, dass es unterschiedliche KP Kategorien gibt; KP3: Spezialfall des Med. Personals, hier verdeutlicht: KP2 im privaten Umfeld exponiert mit berufl. Tätigkeit im med./pflegerischem. Setting; Eindruck aus der AGI: Dieses Dokument, das zentral für die Arbeit im GA ist, werde durchs RKI immer komplizierter; wünschen sich einfachere Handlungsanweisungen; Perspektivisch wird KP3 zu FG37 ausgelagert; dann ist es etwas einfacher; Brennpunkt Schule: Wenn ganze Klasse als KP1 bewertet, würden Schulen leer werden; Deshalb diese Passage umformuliert, da dies nicht so gemeint ist, nicht automatisch die ganze Klasse bei einem Fall als KP1 gilt;</p>	<p>FG14, FG37 und FG 36 (Haas)</p> <p>AL3</p> <p>FG36</p> <p>AL3</p> <p>FG37</p>

	<p>Großer Dank an Anna und Udo für Zusammenarbeit: Schwierige Aufgabe, da einerseits vom GA genaue Handlungsanweisungen gewünscht sind, aber andererseits sind diese dem GA zu komplex; Prof. Wieler versucht Verkürzung der Quarantäne zu verhindern. Darauf achten wie das Gespräch mit Minister läuft, damit das Dokument nicht im Widerspruch zu dem Gesprächsergebnis stehen könnte. Unter dieser Bedingung wurde das Dokument angenommen</p>	<p>AL3</p> <p>Alle</p>
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Statistik: 1 SARS-CoV-2 Nachweis aus Darmstadt, Rhinoviren nachweise, keine anderen Viren, alles</p> <p>! Entwurf TestVO</p> <p>Konkrete Fragen an anderen Beteiligten beim Erlass u.a. Walter Haas; brisant, dass Antigen-Teste ohne Validierung eingeführt werden sollen Dokument zur Absprache an: Hanefeld, Haas, Kleinmann-Hilmes, Rexroth, An der Heiden Ma, Diercke Bitte bis morgen 9 Uhr mit Anmerkungen zurücksenden, dann stellt AL1 dies als Beantwortung zusammen</p>	<p>FG17</p> <p>AL1</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Update Klinisches Management <i>Nicht besprochen</i></p>	<p>IBBS (Schulz-Weidhaas)</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Verkürzung der Isolierung sowie der Quarantäne Wurde weiter oben von Leitung unter 1. Aktuelle Lage National besprochen</p>	<p>VPräs</p>
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b> ! Keine weiteren Ergänzungen</p>	<p>FG32 (Diercke)</p>
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !</p>	<p>FG38</p>
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	<p>FG38</p>
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b> ! Bundespressekonferenz Donnerstag, 08.10.2020, 9:00 Uhr</p>	<p>Alle</p>
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p>	



	! Nächste Sitzung: Freitag, 09.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex	
--	--	--



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	09.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)**

#### Teilnehmende:

- ! Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Mona Askar
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG 36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Soliaroff-Pepina
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! INIG
  - Luisa Denkel
- ! P1

- Christina Leukert
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Janine Michel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Weltweit Fälle: 36.194.764, Verstorben: 1.053.961 (2,9%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <p>Seit Montag Top10 nicht verändert, aber die Reihenfolge:  UK auf Platz 3 gerutscht nach Indien, USA, Brasilien;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg in UK aufgrund von Datenpanne dadurch Nachmeldungen, mit Vorsicht zu interpretieren;</li> <li>○ UK reagiert mit Ausgangssperre, haben ein stufenbasiertes Lockdown-System, es gibt eine Erhöhung der Sterbefälle, Cluster werden in Bildungseinrichtungen beobachtet</li> </ul> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>59 Länder mit einer 7-T.-Inz. &gt;50 Fälle/100.000 Ew.;</p> <p>Neu hinzugekommen Katar und San Marino</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>Neu San Marino aufgrund kleiner Bevölkerungszahl führen einige Fälle schnell zu einem Anstieg</p> <p>17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew.</p> <p>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;</p> <p>! Zusammenfassung</p> <p>Großteil der Neuinfektionen der vergangenen 7T weiterhin in Amerika und Asien (jeweils 36%)</p> <p>Großteil der Todesfälle der vergangenen 7T in Amerika (&gt; 50%) und Asien (ca. 30%)</p> <p>Mehr als ein Viertel der Neuinfektionen der vergangenen 7T in Europa (Großbritannien, Frankreich, Russland, Spanien, Ukraine)</p> <p>13% der Todesfälle der vergangenen 7T in Europa (Russland, Spanien, Frankreich, Ukraine, Rumänien)</p> <p>! Fragen/Diskussion</p>	<p>ZIG1</p> <p>AL1/ZIG1</p>





	<p>der Schwere, es ist aber schwierig, hier die richtige Wahl zu treffen, langer Zeitverzug bei einigen Indikatoren (Hospitalisierung, ITS), macht es schwierig diese herauszustellen,</p> <p>Gesamtblick ist wichtig, Überlegung lieber Zahlen herauszustellen, die die Entwicklung als Ausblick abbilden als zurückzublicken, Punkt ist in Diskussion (siehe ToDo);</p> <p>Vorschlag von AL3 zum Lagebericht: neue Fälle hervorheben und kumulative Zahl weniger hervorheben, Betonung und Reihenfolge umdrehen, Intensivbehandelte stärker herausstellen auch wenn die Zahl hinterher hängt, vielleicht auch Hinweis, dass Jüngere zwar weniger häufig Intensiv behandelt werden aber es wird insgesamt ein Anstieg erwartet,</p> <p>Begrifflichkeiten: Begriff der Genesenen sollte kritisch überdacht werden, da viele Patienten auch nach dem Ende der akuten Erkrankungsphase noch lange leiden</p> <p>Anzahl Genesene ist grobe Schätzung mit nicht so großer Aussagekraft, es sollte diskutiert werden wie damit umgegangen wird</p> <p>Ggf. könnte Zahl der Infektiösen / Akuten Fälle angegeben angegeben werden</p> <p>Weitere Indikatoren wären DIVI, Positivenquote, dies ist bereits im Lagebericht aber Frage nach der Stellung und ob es weiter nach vorn soll,</p> <p>Beim R Wert ist es gut, dass dieser nicht vorn ist,</p> <p><i>ToDo Viviane Bremer, FG 32, FG36: Prof. Wieler regt an bitte noch einmal darüber nachzudenken welche Zahlen noch in den Lagebericht rein können, z.B. Positivenquote der Tests, Durchschnittsalter, z.B. Anteil &gt;65 Jahre, Vorschlag soll erarbeitet werden;</i></p> <p><i>Begriff Genesene und Ausweisung Anzahl Genesene diskutieren und überarbeiten;</i></p> <p>! Regionale Positivenquote an ECDC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch vom ECDC differenzierter regional auszuweisen, Voxco-Abfrage lässt keine regional differenzierte Ausweisung zu; das geht nur via ARS. ARS deckt aber nur einen Teil ab – ist ggf. nicht ganz repräsentativ.</li> </ul>	<p>FG32/FG38/ FG37/FG36</p> <p>FG37</p> <p>FG37</p>
--	--	---



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: soll dies zur Verfügung gestellt werden oder nicht,</li> <li>○ Lagebericht weist aus ARS zum Teil differenziert aus,</li> <li>○ FG37 T. Eckmanns, Daten könnten eigentlich wöchentlich auf Bundelanebene 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</li> <li>○ Ergebnis ECDC bekommt es in automatisiertem Prozess</li> <li>○ Entscheidung: Daten werden geteilt, auch wenn sie nicht 100% repräsentativ sind</li> </ul> <p><i>ToDo: Klärung der Zuständigkeit ggf. soll FG31 die Übermittlung übernehmen (TESSY), sollte soweit als möglich automatisiert erfolgen</i></p> <p>! Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit - Datenstand 06.10.2020, Teilnehmende Labore: 72 mit 7.857.876 durchgeführten Tests,</li> <li>○ 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</li> <li>○ Abnahmeort ist wichtiger Indikator, es muss beachtet werden, dass sich unter der Gruppe “Andere“ eine Reihe weiterer Orte befinden, z.B. Screeningstelle fällt darunter</li> <li>○ Weitere Differenzierung vom Abnahmeort “Andere“ aber schwierig auch datenschutzrechtlich und müsste händisch gemacht werden</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Positivenanteil nach Alter: 5-14 zunächst Anstieg jetzt wieder rückläufig, wahrscheinlich Zusammenhang mit Ferienende, keine Zunahme durch Schulbeginn,</li> <li>○ Kurven der 60-79 und &gt;80 Jährigen Anstieg ab KW 35, geben Grund zur Sorge, Verlauf mit Verzögerung aber es geht hoch,</li> <li>○ Neue Darstellung zum Testverzug: Zeit zwischen</li> </ul>	
--	---	--

	<p>Abnahme und Testung geht bis auf 5 Tage rauf, Verzögerung nimmt insgesamt zu;</p> <p>! Bad Saarow:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Team nach Bad Saarow gesandt, Ereignis im Helios Klinikum mit 25 positiven Patienten und 19 positiven MA,</li> <li>○ Fehler von Bergmann Klinikum sollte nicht wiederholt werden, deshalb Einbezug von RKI,</li> <li>○ Geschehen wurde erst entdeckt aufgrund von Berichten über verletzte Patienten aus Frankfurt Oder, die sich als positiv herausstellten,</li> <li>○ Zunächst wurde dies vom Klinikum aber ggf. nicht genug beachtet,</li> <li>○ Weitere Fälle werden gerade aufgedeckt, es könnten weitere folgen</li> <li>○ Austausch mit Amtsarzt und Seuchenreferentin fand statt</li> </ul>	
2	<p><b>Internationale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>! Mission Kosovo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ war sehr gut, weil Vorbereitung auf kommendes Geschehen und erwartete Fälle,</li> <li>○ Zertifizierung des Labors und Anerkennung der Testung vor Ort von Deutschland,</li> <li>○ Labortestung im Begriff dezentralisiert zu werden,</li> <li>○ Lage zu Reiserückkehrern aus dem Kosovo hat sich in anderen Ländern beruhigt,</li> <li>○ Fr. Hahnefeld bedankt sich bei Ariane Halm und Nadine Zeitlmann aus FG 38 für die gute Zusammenarbeit,</li> <li>○ Zusammenarbeit wird hoffentlich im Rahmen von GHPP in den nächsten Jahren ausgebaut,</li> <li>○ Kosovo erwartet jetzt andersherum einen Eintrag aus der Schweiz, weil die Bestimmungen gelockert wurden und in der Schweiz lebende Kosovaren jetzt möglicherweise in den Kosovo einreisen, während in der Schweiz die Fallzahlen erheblich steigen</li> </ul> <p>! In Vorbereitung ist eine Mission nach Namibia, auch hier in Unterstützung von Abt. 3</p> <p>! Es gab ein Hilfeersuchen aus Ecuador</p> <p>! Weiterer Austausch mit Ägypten zu contact tracing geplant</p> <p>! Am Nachmittag Austausch mit Schweden zu Erfahrungen und möglichen Unterschieden in der Response</p>	ZIGL



	<p style="text-align: center;"><i>ToDo: Austausch mit Kollegen aus Bayern (Tim Eckmanns)</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Thema Reinfektionen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erstellung eines FAQ-Texts sowie eine kurze Anweisung für Gesundheitsämter.</li> <li>○ Vorschlag LZ sollte FAQ erstellt werden zum Umgang? Zuständigkeit?</li> <li>○ Umgang in SurvNet bei Reinfektion, soll ein neuer Fall oder alter Fall angelegt werden, Anregung pragmatisch vorzugehen, neuer Fall soll angelegt werden, für das Meldewesen eher zweitrangig bei der geringen Prävalenz,</li> <li>○ Umgang mit Kontaktpersonen die schon genesen sind, im KP-Papier geregelt</li> <li>○ Fragestellung ist eher wissenschaftlich interessant aber nicht so bedeutend für das Meldesystem,</li> <li>○ Wäre etwas für ein Projekt, dazu gibt es bereits auch einen Projektantrag,</li> <li>○ Dennoch LZ hat dazu viele Anfragen und die Bitte der Klärung der RKI-Zuständigkeit und Federführung</li> <li>○ Vorschlag Fragen auflisten und schauen welche offen sind und dann Klärung</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>ToDo: LZ soll Liste mit offenen Fragen erstellen</i></p> <p>! Situation um Testung und Kapazitäten: wird sich vermutlich durch Regelungen der BL und Beherbergungsverbote zuspitzen,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eindruck scheint entstanden zu sein, dass ein Anspruch auf Testung besteht,</li> <li>○ Es gab einen Entwurf zu Testkriterien, der zunächst abgelehnt wurde, dieser wird aber künftig wahrscheinlich nochmal wichtig werden,</li> <li>○ Wenn Quarantäneregelung durch ist, dann auf BMG zugehen mit Testkriterien</li> </ul>	<p>FG32/ FG38/ FG34/ FG36/ AL1/ VPräs</p> <p>FG34/ VPräs</p>
--	---	--



<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Testkapazität und Testungen: ausführliche Tabellen mit Erklärtext auf Homepage und nur Kurzversion im Mittwochs-Lagebericht</p> <p>Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>Änderungen in Dokumenten:</p> <p>Testung ist Einzelfallentscheidung</p> <p>Formulierung zu negativem Testergebnis geändert in „ein negatives Testergebnis ersetzt Quarantäne nicht“ anstatt „ein negatives Testergebnis verkürzt Quarantäne nicht“</p> <p>Formulierung nicht mehr täglicher Kontakt mit GA, sondern regelmäßiger Kontakt nach Maßgabe des GA Hinweis, dass ein Zusatz mit Vorschlag an welchen Tagen Kontakt sinnvoll wäre aufgenommen werden sollte,</p> <p>Diskussion um Personen in der Pflege oder MA in Gesundheitswesen, die zu Kategorie III gehören, dort gibt es einen Widerspruch bei den Einschränkung, Formulierung keine Kontaktreduktion notwendig nochmal prüfen</p> <p>Weitere Diskussion zur Formulierungen bei Quarantäne, z.B. Umgang mit zuvor bereits infizierten Personen,</p> <p>Warten bis nach dem 15.10. mit dem Papier bis zur Entscheidung der Quarantäneregelung des Ministeriums, damit keine sofortige Anpassung nötig ist,</p> <p>Kinder in Quarantäne: (Dokument <a href="#">hier</a>): Flyer wurde umgeschrieben, neue Formulierungen zu Kindern in Quarantäne,</p> <p>Formulierung: Regeln soll in Hygieneregeln umgeschrieben werden (Kein Abstand zu Kindern durch Eltern)</p> <p>Vorschlag von FG36 zur Formulierung: „sprechen Sie ihr GA an“, dies sollte umformuliert werden, damit die Belastung der GA gering gehalten wird,</p>	<p>FG 36/ AL3/ AL1/ VPräs</p>
-----------------	---	---

	<p>Anmerkung zur Bedeutung für die Eltern, wenn Kinder in Quarantäne sind, dazu gibt es schon einiges, es soll ein Link eingebaut werden</p> <p><i>ToDo: IBBS: Zusatz an welchen Tagen Kontakt durch GA sinnvoll wäre, Formulierung zu Kontaktperson Kategorie III prüfen und ggf. anpassen, Umformulierung: Regeln in Hygieneregeln, „sprechen Sie ihr GA an“ anders formulieren, Link zu Konsequenzen für Eltern einfügen</i></p>	
<b>9</b>	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt sehr hohes Probenaufkommen am RKI,</li> <li>○ 27.790 Proben untersucht aus GA und von anderen Einsendern plus ~6.700 Studienproben, &gt;30.000 Proben insgesamt</li> <li>○ Priorisierung welche Proben zum RKI kommen sollen ist durchaus zulässig und wichtig</li> <li>○ Viele Labore berichten von Engpässen bei Material</li> </ul>	<p>FG17/ ZBS1/ Präs</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Dauer Isolierung bleibt bei 10 Tage Maßgabe</p> <p><i>Nicht weiter besprochen</i></p>	<p>FG36/IBBS</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Rückmeldung über die Umfrage zur Akzeptanz der Dauer der Quarantäne und Isolation in der ÖGD-Feedbackgruppe (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umfrage zur Compliance/ Adhärenz mit angeordneter Quarantäne von 14 d &amp; Isolierung von 10 d</li> <li>○ Rückmeldung von 12 GÄ &amp; 4 Landesbehörden aus 8 BL (BW, BY, MV, NI, RP, SN, ST, TH)</li> <li>○ Ergebnisse: I.d.R. gute Adhärenz &amp; Compliance</li> <li>○ Hinweise auf einzelne Verstöße</li> <li>○ Überwachung der Quarantäne/ Isolation heterogen</li> <li>○ Z.T. Zuständigkeit Ordnungsbehörden</li> <li>○ tägliche Anrufe/ online Visite oder stichprobenartige Kontrolle</li> <li>○ Herausforderungen: Kontaktaufnahme per Mobilnr. -&gt; keine Kontrolle Aufenthaltsort</li> <li>○ Z.T. zunehmendes Unverständnis und Ablehnung der Vorgaben</li> <li>○ Quarantäne von KP im familiären Setting</li> </ul>	<p>Mona Askar</p>





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abnahme der Compliance mit Dauer der Quarantäne</li> <li>○ Unverständnis unterschiedlicher Zeitspannen Isolation, Quarantäne KP/ Reiserückkehrer (Wunsch nach Vereinheitlichung)</li> <li>○ Hoher Erklärungs- &amp; Beratungsbedarf</li> <li>○ Sehr ressourcenintensiv, Belastungsgrenze der GÄ erreicht</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! COSIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Woche Start der 4-wöchigen Pilotphase von COSIK, dafür werden 8 KISS-Krankenhäuser rekrutiert.</li> <li>○ Zeitgleich wird Webseite <a href="http://www.rki.de/cosik">www.rki.de/cosik</a> freigeschaltet</li> <li>○ COSIK wird das webbasierte elektronische System webKess als etablierte Plattform (1300 Krankenhäuser nehmen teil) zur wöchentlichen Dateneingabe nutzen.</li> <li>○ RKI in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen</li> <li>○ Ergänzung zu bestehenden Surveillance-Systemen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die sehr zeitnah erhobenen Daten werden den Krankenhäusern in einem standardisierten wöchentlichen Krankenhausreport zur eigenen internen Auswertung zur Verfügung gestellt.</li> <li>○ Das positive Datenschutzvotum liegt vor.</li> </ul>	FG37
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Austausch mit Schweden, AL3 und FG38 anwesend, ggf. VPräs</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 12.10.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	12.10.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)**

### Teilnehmende:

- ! Leitung
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG 36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Dirk Brockmann
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel

- ! ZIG 1
  - Sarah Esquevin
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Rossmann
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! Protokoll
  - Janet Frotscher

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Weltweit Fälle: 37.287.908, Verstorben: 1.073.675 (2,9%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg in UK aufgrund von Datenpanne dadurch Nachmeldungen, Fallzahlungen steigen stark an</li> </ul> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>64 Länder mit einer 7-T.-Inz. &gt;50 Fälle/100.000 Ew.;</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew.</p> <p>! Zusammenfassung</p> <p>Indien hat Peak offenbar überwunden</p> <p>USA scheint die 3. Welle zu beginnen</p> <p>Kanada verzeichnet ansteigende 2. Welle (wird in Verbindung mit Gastarbeitern in der Landwirtschaft gebracht, diese sind in prekären Unterkünften beherbergt)</p> <p>Israel hat Peak offenbar überwunden, das Militär wurde nach Haifa gesandt, zur Unterstützung der Krankenhäuser</p> <p>Ozeanien verzeichnet stärkste Zunahme der 7d Inzidenz in Französisch Polynesien</p> <p>Leichter Rückgang auf beiden Kontinenten</p> <p>Europa steigend</p> <p>! Fragen/Diskussion</p> <p>Frage nach Unterschied zwischen Australien und</p>	<p>ZIG1</p> <p>AL 1 / ZIG1 / FG 36</p> <p>FG 32</p>



	<p>Südamerika – bisher keine Erkenntnisse zum Faktor Witterung, allerdings wird hier sehr deutlich, welche positiven Auswirkungen die Einhaltung der Schutzmaßnahmen und der Zugang zur Gesundheitsversorgung (Uruguay) haben</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! SurvNet übermittelt:</p> <p>325.331 (+2467), davon 9.621 (3,0%) Todesfälle (+6), Inzidenz 391/100.000 EW, ca. 276.900 Genesene, Reff=1,29; 7T Reff=1,25</p> <p>! Über 22 000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen</p> <p>! Weiterhin überschreiten Berlin und Bremen deutlich &gt;50 / 100.000 EW</p> <p>! Hamburg eventuell Abflachung (beobachten)</p> <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: trotz regelmäßigem Ausbruchsscreening wird das Geschehen diffuser</p> <p>! 32 Landkreise haben die „50er-Marke“ überschritten</p> <p>! Fragen/Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragen nach Amtshilfeersuchen (Wo und Wie?), hier ist eine Info von Herrn Wieler bereits an das Kanzleramt erfolgt</li> <li>○ Wie gehen wir mit dem Ausweisen der Gebiete vor, die &gt;50 Fälle / 100.000 EW vorweisen (über 70 Städte und Landkreise (hier reicht Top 15 Liste auf Homepage nicht mehr aus)</li> <li>○ Vorschlag Liste:</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Vorschlag Dashboard:</li> <li>○ Inzidenzen der weiteren Landkreise in das Dashboard einpflegen (Dashboard ersetzt allerdings keine Liste)</li> </ul>	<p>AL3 / Präs</p> <p>FG32/ FG34 / FG 37 /FG38 / AL3 / Presse</p> <p>Leitung</p> <p>FG36</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alternative: 7 Tages Inzidenz der Länderkreise pro Tag</li> <li>○ Enorme Zeitersparnis für Bürger</li> </ul> <p><i>ToDo: finale Abstimmung mit Leitung muss dazu noch erfolgen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Update Kita-Corona Studie (Folien <a href="#">hier</a> )</li> <li>○ Anstieg parallel zur Gesamtentwicklung in der Bevölkerung</li> <li>○ Deutlichste Zunahme bei der Altersgruppe der 15-20 Jährigen</li> <li>! Ausbrüche in Kindergärten/Horte</li> <li>○ Insgesamt wurden in SurvNet 84 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (&gt;= 2 Fälle) angelegt</li> <li>○ 63 (75%) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 15 Jahren, 32% (111/348) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt</li> <li>○ 21 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter</li> <li>! Ausbrüche in Schulen</li> <li>○ Insgesamt wurden in SurvNet 188 Ausbrüche in Schulen angelegt (&gt;= 2 Fälle, 0-5 Jahre abgeschlossen)</li> <li>○ 169 (90%) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 21 Jahren, 10% (6-10J.), 25% (11-14J.), 38% (15-20J.), 27% (21+)</li> <li>○ 19 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter</li> <li>! Lob für die Relevanz des Instrumentes, auch hinsichtlich der Steuerung der Kommunikationsmaßnahmen</li> </ul>	BZGA
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Update „Corona-Datenspende“, (Folien <a href="#">hier</a> )</li> <li>! Rund 530.000 Datenspender*innen</li> <li>! Tägliche Pulsraten und Schnittzahlen um zu messen, ob eine Person Fieber hat</li> <li>! Fieberdetektionen aus Datenspende</li> <li>! Saisonale - und Klimaschwankungen können</li> </ul>	FG21, P4



	<p>inzwischen herausgerechnet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zahlen und Kurven stehen Experten zur Verfügung</li> <li>! Komplett dokumentarisiert (Code)</li> <li>! 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</li> <li>! Möglichkeit dies in den wöchentlichen Lagebericht einzügen, um nicht nur Reinzahlen abzubilden, sondern um auch eigene Ideen einzubringen</li> <li>! Gratulation an Herrn Brockmann und Team für die immense Arbeitsleistung</li> <li>! Angebot: bereit für Analyse Pipelines, das Know-how wird gerne zur Verfügung gestellt</li> <li>! Bestätigung vom Präs, Ziel ist die Nutzung automatisierter Pipelines - sowohl in der Bioinformatik als auch in diesem Bereich</li> <li>! Demnächst wird die Corona-Warn App wieder ausführlicher vorgestellt</li> <li>! ITZ-Bund: Chatboard (nähere Infos folgen)</li> </ul> <p><i>ToDo: Aufnahme einer Charge mit entsprechendem kurzen Begleittext in den Lagebericht</i></p>	<p>Präs</p> <p>FG21</p> <p>FG36</p> <p>P4</p> <p>Präs</p> <p>FG 21</p>
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wird auf Freitag verschoben</li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Infografik „Auf_die_3G_achten“ steht als Plakat für den Download zur Verfügung</li> <li>! Neue Seite zum Lüften mit FAQs wird erarbeitet</li> <li>! Erstellung von Fenster-Aufklebern für Schulen: Button und Emoji sollen ans Lüften erinnern</li> <li>! Erweiterung des Symptomkatalogs (Zielgruppe männliche 20-45 Jährige)</li> <li>! Informationen über Aktivitäten des BZGA im kleineren Kreis</li>   <li>! Unter Hochdruck wird an den Vorbereitungen für die Teilnahme an der Regierungs-Presskonferenz zur aktuellen Corona-Lage am 14.10.2020 gearbeitet</li>   <li>! Strategiepapier wird heute vorab an DPA versandt, morgen erfolgt Puplicatation auf RKI-Seite</li> <li>! Diverse Anfragen zum Vorwurf des Alarmismus</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht anwesend</li> </ul>	

7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) ?</p> <p><i>ToDo: wichtiger Hinweis für Tagesordnung am Mittwoch</i></p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Sitzung Bundeskanzlerin mit Städten: Aufgaben für RKI und Bundeswehr Vorschlag der Bundeswehr für Management von Städten (Folien <a href="#">hier</a> )</p> <p>! Einheitliches, gemeinsames Vorgehen von Bundeswehr und RKI</p> <p>! Geschultes Personal und Prozessoptimierung für KoNa</p> <p>! Entwicklung ähnlich gemeinsamer Methodik bei Amtshilfeersuchen (Lagezentrumunterstützungen)</p> <p>! Zustimmung zur Zusammenarbeit (Key performance indicator sind sehr hilfreich, so ein Tool ist sehr vorteilhaft) und Unterstützung</p> <p>! AG Teskapazitäten: Empfehlung in den Algorithmus Bedeutung eines regionalen Teststellen-Koordinators mit aufnehmen</p> <p><i>ToDo: Folienvorschlag für Dashboard wird von Frau Rossmann zur Mitzeichnung des RKIs an den Verteiler geschickt (in einer Modelstadt-Standards vom RKI)</i></p> <p>! Hinweis zum Testen: am 15.10.2020 erfolgt Ankündigung an 500 Labore (1. Mitteilung)</p> <p>! Herr Mielke ist als Sachverständiger zum Gesundheitsausschuss eingeladen (Thema: Reisefreiheit durch Testen)</p> <p>! Am 15.10.2020 wird nationale Teststrategie mit Begleittext im BMG fertiggestellt (erweitert Grafik von Antigentesten)</p> <p><i>ToDo:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><i>Herr Haas bittet um Mitteilung zur Publikation der Quarantäne-Verordnung des BMG, es verschiebt sich, nach derzeitiger Auskunft, auf den 08.11.2020</i></li> <li><i>Bitte Nachfrage beim BMG, ob Flussschema und Dokument zum Kontaktpersonenmanagement doch bereits jetzt online gestellt werden sollen</i></li> </ol>	<p>FG36</p> <p>AL3</p> <p>Bundeswehr</p> <p>Präs</p> <p>AL1</p> <p>AL1</p>
---	--	--



		FG36 / Präs
8	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
10	<b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> ! laut C. Herzog soll dieser Punkt entfallen, da Julia Sassa jetzt zum BMAS abgeodnet ist, s.Mail in nCoV-Lage vom 11.10. um 13Uhr	IBBS
11	<b>Labordiagnostik</b> ! heute erste PCR Testungen (30 Röhrchen) ! 2360 Proben-Eingang ! Lob von Herrn Wieler und Dank von Herrn Hamouda für ausgesprochen umfängliche und bemerkenswerte Leistung! ! Problematik: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Donnerstags und Freitags nehmen kommerzielle Labore keine Proben</li> <li>o Gesundheitsämter schicken Proben in unterschiedlichen Tranchen</li> <li>o Immens hoher Arbeits- und Personalaufwand für unser Labor (pro Tag sind 30 Personen in der Diagnostik beschäftigt)</li> <li>o Nach Lösungskonzept wird gesucht (Kommunikation ans BMG)</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte dringend Konzept zur Reduktion Diagnostik für Berlin erarbeiten!</i></p>	ZBS1  Präs, AL3  ZBS1       Präs
12	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Wird auf Mittwoch verschoben	FG36/IBBS
13	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
14	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
15	<b>Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
16	<b>Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
17	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
18	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 14.10.2020, 11:00-13:00	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Osamah Hamouda

#### Teilnehmende:

- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! FG 14
  - Melanie Brunke
- ! FG 16
  - Anton Aebischer
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - ?
- ! FG 36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Maud Hennequin
- ! ZIG 1
  - Johanna Hanefeld
  - Sarah McFarland
- ! IBBS
  - Bettina Rühle
- ! BZgA

- Heidrun Thaiss
- ! MF3
- Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weltweit 37.875.422 Fälle, 1.081.632 Verstorbene (2,9 %)</li> <li>! Kolumbien und Mexiko Platz 9 und 10 getauscht, ansonsten seit Montag unverändert</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. <ul style="list-style-type: none"> <li>68 Länder mit einer 7-T.-Inz. &gt;50 Fälle/100.000 Ew.; nimmt weiter zu, seit Montag sind Marokko und Holy See neu hinzugekommen, Guyana nicht mehr gelistet</li> <li>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</li> <li>J&amp;J Phase III Impfstoffstudie adenoviraler Vektorvakzine wegen ungeklärter Erkrankung bei Probanden pausiert (unklar ob in Kontroll- oder Studiengruppe)</li> <li>Eli Lilly unterbricht ebenfalls monoklonale Antikörperstudie</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa <ul style="list-style-type: none"> <li>20 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. (neu: Italien und Liechtenstein)</li> </ul> </li> <li>! EU Kommission Empfehlungen zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Freizügigkeit <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der EU Rat hat am 13.10. die Empfehlung einer koordinierten Vorgehensweise bei der Beschränkung der Freizügigkeit angenommen</li> <li>○ Mitgliedstaaten sollten ECDC folgende Kriterien zur Verfügung stellen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahl der neu gemeldeten Fälle pro 100.000 Ew in den letzten 14 Tagen</li> <li>○ Zahl der Tests, die pro 100.000 Ew in der letzten Woche durchgeführt wurden</li> <li>○ Anteil der positiven Tests (von den in der letzten Woche durchgeführten Tests)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC soll wöchentlich auf Grundlage der Daten der</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 McFarland</p>



	<p>Anteile aus anderen BuLä sehr gering (rot), steigende Zahl unvollst. Angaben (grau), somit scheinbar untergeordnete Rolle des Reisens</p> <p>! Anzahl der COVID-19-Fälle nach wahrscheinlichem Infektionsort in Deutschland (Folie 5):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! v.a. privater Ursprung sowie am Arbeitsplatz (siehe Schlachtbetriebe) relevant</li> <li>! genauer Infektionsort oft schwer ermittelbar, somit beschränkte Aussagekraft</li> <li>! aber: längerer und engerer Kontakt übertragungsrelevant, dieser jedoch auch leichter ermittelbar, mindert somit nicht die Evidenz des Hauptübertragungsweges</li> </ul> <p><i>ToDo: Abb. Folie 5 ggf. in Wochenbericht mitaufnehmen, aber explizit nennen, dass hier Ausbruchsgeschehen betrachtet werden (vorsichtige Interpretation, s.o.)</i></p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! GrippeWeb bis 41. KW: ARE-Rate ab ca. 36. KW derzeit unterhalb der ARE-Raten der letzten drei Saisons</li> <li>! Konsultationsinzidenz (Folie 5) 0-4-Jähriger: stabil; 5-14-Jähriger: gesunken; älterer Altersgruppen: ansteigend - jeweils im Vergleich zur vorigen KW</li> <li>! Konsultationsinzidenz regional (Folie 7): teils heterogen, Berlin/Brandenburg: derzeit Anstieg in allen Altersgruppen; Schulkinder: v.a. Rhinoviren ursächlich</li> <li>! Elektronisches SEED<sup>ARE</sup>-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</li> <li>! ILI-Raten (Folie 8): ausschließlich fieberhafte Erkrankungen dargestellt, spezielles Filtern bspw. nach Pneumoniediagnosen ebenfalls möglich, sehr leistungsfähiges Tool</li> <li>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis 40. KW (Folie 9): Anzahl insgesamt nicht gestiegen, weiterhin saisonal üblicher Stand</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>FG 37 Eckmanns</p>
--	--	---------------------------



	<p>COVID-19 an SARI-Fällen entsprechend gleichbleibend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Testkapazitäten und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Woche – bundesweit (Folie 2) KW 30 bis 41 nahezu konstant</li> <li>! Anzahl Testung pro 100.000 Ew. nach Altersgruppen und KW (Folie 3): keine spezifischen Altersgruppen mit starkem Anstieg, in letzten zwei Wochen Positivenanteil (Folie 4) in allen Altersgruppen steigend, vor allem zwischen KW 40 bis 41, Testverzug (Folie 5) steigt ebenfalls an</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wurde auf Freitag verschoben</li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Motivkampagne für Jugendliche: Pretest gut ausgefallen, nun Streuung an Schulen</li> <li>! Infomaterial zum Lüften eingestellt, sowie virtuelles Schulpaket und Verlinkungen zu neuen RKI Papieren</li> </ul> <p><i>To Do: Klärung mit dem BMG hinsichtlich Kompatibilität der vier Botschaften mit den drei AHA-Regeln</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Telefonberatung: vor allem Anfragen seitens Gastronomie, Reisewilliger, aber auch zunehmend psychischer Natur sowie seitens Gesundheitsämter hinsichtlich Überlastung</li> <li>! Aufgrund der Überlastung der Gesundheitsämter weitere Anforderungen hinsichtlich Studienbeteiligung und Zuarbeit schwierig</li> <li>! Jedoch scheinbar große Hemmschwelle hinsichtl. Des Stellens von Überlastungsanzeigen (diese gehen allerdings nicht von Arbeitsebene aus)</li> <li>! Derzeit Bundes PK zur Grippeimpfung</li> </ul>	<p>BZgA Thaiss</p> <p>Presse</p>

		Hennequin
6	<b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht anwesend	
7	<b>Strategie Fragen</b> a) <b>Allgemein</b> Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)? ! Ballungsgebiete spielen besondere Rolle, die des öffentlichen Transports derzeit unklar, Ausbrüche in Verkehrsmitteln sehr selten Gibt es Punkte, an denen die Strategie ohne zusätzliche Belastungen gut ergänzbar ist? ! Bspw. ausreichende Verkehrsmittelverfügbarkeit oder Verbesserung der Belüftung, damit Übertragungswahrscheinlichkeit gesenkt wird (MNS nur für Nahübertragung relevant, Aerosole nur geringfügig durch Alltagsmaske reduziert, für Fernübertragung Frischluftzufuhr entscheidend), Möglichkeiten hinsichtlich Belegungsgrenzen (v.a. bei Fahrzeit > 15 min): limitierte Taktung, präventive Belüftungsregime ! Teils bereits Bestandteil des Gesamtkonzeptes (öffentliche Verkehrsmittel wie geschlossener Raum zu betrachten) ! Fokus soll nicht von größeren Risikoherden genommen werden ! Es sollten weiterhin allgemeingültige Empfehlungen ausgesprochen werden  <i>To Do: Neue Strategieraufgabe an gesamten Krisenstab: Frist bis Freitag 12 Uhr, koordiniert durch Frau Diercke</i>  ! Tests auf Sars-Cov2 darf jetzt auch von Nicht-Ärzten (Zahnärzte und Veterinärmediziner) <i>in vitro</i> durchgeführt werden  <i>To Do: Bitte an FG 36 um Prüfung ob § 13-Punkte korrekt übernommen wurden</i>  b) <b>RKI-intern</b> ! Bericht zum Kontaktpersonenmanagement derzeit weiterhin beim BMG, neuerliche Diskussion möglich bspw. hinsichtlich Quarantänezeitverkürzungen, Deadline 15.10. wurde auf November verschoben, Musterquarantäneverordnung soll am 08.11. veröffentlicht werden	AL3
8	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	FG36



9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
10	<b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	IBBS
11	<b>Labordiagnostik</b> ! 3 Sars-Cov2 Nachweise (1 aus Darmstadt, 2 aus Berlin, versch. Altersgruppen): höchster Nachweis bislang ! Influenza: keine weiteren Nachweise ! Vorbereitung neuer Influenzasaison gestartet  ! Heute Austausch der nationalen Teststrategie im Netz, Begleittext dazu seitens BMG, viele Rückfragen erwartet  <i>To Do: im Lagebericht soll ausdrücklich an prominenter Stelle auf neue Teststrategie hingewiesen werden, hierbei wording von großer Bedeutung, Rückmeldung dazu seitens BMG an das Lagezentrum nötig (ggf. zu beachten bzw. zu berücksichtigen: Testkapazität am oberen Limit, Reganzien werden knapp, Teststrategie soll im Lagebericht positiver eingeführt werden, hierzu bitte auch Abstimmung per E-Mail)</i>	FG 17 Dürrwald  AL1 Mielke
12	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Wird auf Mittwoch verschoben ! Aktualisierte Aufstellung zur Therapiestrategie: im Dt. Ärzteblatt und auf RKI-Seite: tabellarische Übersicht dazu ! Telemedizin: Zielgröße erreicht, Untersützung von Einrichtungen mit wenig Erfahrung im Umgang mit ITS-Fällen durch die Charité, parallel dazu ähnliches Konzept international (Rücksprache mit ZIG) ! Infektiologie und Beratung: Konsiliarangebot - neue Website mit Webseminarreihe ! Kleeblattkonzept: wird für internationale Anfragen aus dem Ausland überarbeitet  <i>To Do: Besprechung der Überlastung der Gesundheitsämter; Rücksprache Maria an der Heiden mit Osamah Hamouda (u.a. zu möglicher Pausierung der Kontakterpersonennachverfolgung im Flugzeug wie im März, Involvierung des BMG)</i>	FG36/IBBS Rühe
13	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
14	<b>Surveillance</b> Diskussion der Kennzahlen aus Lagebericht ! Kennzahlen aktueller Entwicklung: kumulative Zahlen in Klammern, neue Zahlen dickgedruckt	FG34/FG32 (V. Bremer erst ab 12:00 dabei)

	<p>vorangestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul> <p>Vorschlag wird begrüßt, sinnvolles Vorgehen soll diskutiert werden, weitere Vorschläge und Eingaben:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Eingangstabelle ist automatisiert, DIVI müsste zunächst händisch eingefügt werden, Automatisierung auch hier wünschenswert</li> <li>! Prozent belegter ITS-Betten</li> <li>! Bei aktiven Fällen wäre eine 14d-Inzidenz-Angabe am aussagekräftigsten für das aktue Geschehen (ohne Notwendigkeit einer Schätzung)</li> <li>! „Genesene“ kein trefflicher Begriff</li> <li>! Ggf. „aktive“ anstelle von „aktuer“ Fälle, diese von „Genesenen“ zu differenzieren (letztere Fallzahlen waren vor allem in Anfangsphase öffentlichkeits-relevant)</li> <li>! Am Ende des Lageberichts Aufzählung der Randbemerkungen</li> <li>! Änderungen im Berechnungsalgorithmus nötig</li> <li>! Algorithmus: bislang nicht veröffentlicht, Berechnungen und ihre Limitierungen sollten transparent nachvollziehbar sein und kommuniziert werden (bspw. hinsichtlich nicht mehr aktiver Fälle – bei Hospitalisierung längerer Sicherheits-Zeitraum)</li> <li>! Die durch stark ausgelastete Testkapazitäten (bspw. hinsichtlich erhöhtem Aufkommen durch Reisewillige) eintretenden Überlastungen sollten ggf. Eingang in die Berichterstattung halten</li> </ul> <p><i>To Do: Textvorschlag per Mail zur Abstimmung bzw. zunächst Abstimmung mit Leitung, zudem Zustimmung seitens BMG erforderlich (v.a. auch hinsichtlich einer Streichung der Genesenen-Zahl)</i></p>	
15	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
16	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
17	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
18	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag 16.10.2020, 11:00-13:00</li> </ul>	







## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	16.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Osamah Hamouda

#### Teilnehmende:

- ! Präs
  - Lothar Wieler
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
- ! FG 17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG 36
  - Silke Buda
- ! FG 37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Annegret Schneider
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Sarah McFarland
- ! BMG
  - Iris andernach
  - Telefoneinwahl +4930184\*\*\*\*56
- ! BZgA

- Heidrun Thaiss



	<p style="text-align: center;">in der letzten Woche durchgeführten Tests (Testpositivitätsrate)</p> <p style="text-align: center;">4. Kombinierte Indikatoren (1-3)</p> <p>! Bsp Karte für diese Karten:</p> <p>Leider hatte Datenübermittlung für Dtl. nicht geklappt; ECDC pflegt ausnahmsweise heute Dtl. nach.; WHO call u.a. mit China: Diese berichteten, dass 10 Mill. Chinesen bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft worden sind; aber keine Angabe mit welchem Impfstoff und keine zu den Nebenwirkungen;</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! COVID-19: Lage National, 16.10.2020</p> <p>SurvNet übermittelt: -steigende 7-T.-Inz.;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Änderungen zum Vortag: +24 Todesfälle; +7.334 Bestätigte Fälle;</li> <li>-ITS steigt weiter;</li> <li>-Im R-Wert bildet sich dies noch nicht ab;</li> </ul> <p>! COVID-19 Fälle nach Berichtstag (Änderungen zum Vortag)</p> <p>wir haben weniger Untererfassung als im März/April und es zeigt sich deutlicher Anstieg</p> <p>! 7-T-Inz. der Bundesländer (BL) nach Berichtsdatum</p> <p>In fast allen BL Anstieg zu sehen: Es ist zurzeit ein beschleunigter Anstieg, kein exponentieller Anstieg;</p> <p>! Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>9 LK mit 7-T.-Inz. &gt;100-500 Fälle/100.000 Ew.;</li> <li>62 LK mit 7-T.-Inz. &gt;50-100 Fälle/100.000 Ew.;</li> <li>132 LK mit 7-T.-Inz. &gt;25-50 Fälle/100.000 Ew.;</li> </ul> <p>seit dieser Woche berichten wir dem BMG -nach Absprache- nicht mehr alle LK über 50, sondern nur die TOP 15 werden dem BMG berichtet;</p> <p>! Anzahl der SARS-CoV-2 Testung</p> <p>In KW42 Positivenquote auf 2,48% angestiegen;</p> <p>! Fragen/Diskussion:</p> <p>Vorschlag: An ECDC die Fälle der kompletten Vorwoche zu berichten; wird intern besprochen; Von Herrn Drosten aufgebrachte Überlegung, ob Anstieg der Fälle auf unerkannte Cluster, z.B. im ÖPNV beruht? Frage, ob Positivenrate im Zus.hang mit Hospitalisierung steht? Trotz Unterschiede im Testverhalten zw. 1. Und 2. Welle;</p> <p>Zur Überlegung eine Inz.-Liste online zur Verfügung zu stellen; auf LK-ebene; im Excel; online zur Verfügung mit Archiv für Rückfragen;</p>	<p>FG32 Diercke</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Präs/AL3</p> <p>AL1</p> <p>Presse Wenchel</p> <p>Präs/AL3/Alle</p> <p>AL3/Präs</p> <p>FG37 Eckmanns</p>
--	--	--



	<p>! 3 Diskussionspunkte s. E-Mail „Berater“ (vom 15.10.20 um 07:09 Uhr)</p> <p>Argument von Herrn Drosten: Er vermutet, dass die steigenden Fallzahlen auf ungeklärte Cluster zurückzuführen seien, wie z. B. im ÖPNV. Welche Argumente haben wir, dass wir Cluster nicht übersehen? Aber die GÄ verfolgen genau das, was er sich wünscht: GÄ konzentrieren sich auf die großen Geschehen. Aber die meisten Fälle sind nicht mehr auf größere Geschehen zurückzuführen. Was meint Drosten mit Cluster im ÖPNV? Denn die Personen ändern sich ja bei jeder Haltestelle. Empfehlungen für GÄ optimieren: Aber Änderungen sparsam verwenden. Denn deren Ressourcen sind sehr erschöpft und Umsetzungen von Änderungen fordern diese vermehrt. Präs möchte eine Kommunikation starten, die für GÄ den Unterschied von KP1 und KP2 eindeutig macht.</p> <p>Antrag für weitere Containment Scouts vom BMG bewilligt.</p> <p>ITS tool wird zurzeit von FG37 gestellt, da tool von der Gruppe um Herrn Grabenhenrich noch nicht angelaufen ist. Jetzige tool von FG37 bedarf dringend einem Update.</p> <p>To Do:</p> <p>-LZ: Es wurde beschlossen die Inz.-Liste auf LK-ebene <b>täglich</b> morgens auf RKI website zu veröffentlichen.</p> <p>-Präs/AL3: Nächste Woche Austausch mit Herrn Drosten beim Termin im BMG zu seinem Verständnis von Cluster.</p> <p>-P1: Bitte einen Vorschlag zur klaren Kommunikation des Unterschieds von KP1 und KP2. Gerne auch graphisch.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Update Internationale Aktivität: Morgen startet 14-tägige Mission nach Namibia hier wird die Unterstützung auch im Laborbereich stattfinden;</p> <p>! Umsetzung der EU-Ratsverordnung hat viele Ressourcen gebunden: mehrere Anfragen schon beantwortet; Regierung wünscht sich weitere Analysen, bevor Risikogebiete neu gesetzt werden; Hier noch zu definieren, welche Parameter für Länder außerhalb der EU angewendet werden; dauert wahrscheinlich noch 2-3 Wo. bis gangbarer Weg gefunden wurde;</p>	ZIG Hanefeld
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Hochstufung der Risikobewertung notwendig;</p> <p>! Jetzt als sehr dynamische Lage bereits angepasst;</p> <p>! Wird nächste Woche besprochen, ob ein Zahlen-</p>	AL3/Präs/ FG34 Bremer/ Presse/Alle

	<p>basierter Trigger und/oder Beschreibung der Gesamtsituation verwendet werden;</p> <p>! Brauchen nä. Wo. zum Pressebriefung eine Position hierzu;</p> <p><i>To Do: Auf Agenda für Montag</i></p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Presse: Neues Verfahren von seiten des BMG: Risikogebiete stehen mit Vorlauf auf der Webseite und sind nicht sofort gültig; Risikogebiete machen mit Rückfragen die meiste Arbeit</p> <p>! BZgA Themen: Mitarbeiter der GÄ melden sich bei Hotline wegen vermehrter psychischer Belastung; in der Bevölkerung geben eher junge Menschen eine hohe psychische Belastung durch die Pandemie an;</p> <p>! Bei Coronafällen in Kitas werden die Familien der Index und Kontakt-Kinder schlecht von den Kitas informiert; Familien verunsichert, wissen nicht welche Maßnahmen folgen; Kann man hier die Empfehlungen aufbereiten?</p> <p>! Unmut aus Bevölkerungen, dass es Wartelisten bei Gripeschutz-Impfungen gibt, wobei stark für die Gripeschutzimpfung geworben wird;</p> <p>Argument dafür, dass eine spätere Grippeimpfung kein Nachteil ist: Grippeimpfung wirkt besser, wenn im Nov./Dez. geimpft wurde; Verteilungsprobleme des Impfstoffs besteht jedes Jahr, nur dieses Jahr fällt dies stark auf;</p> <p>! Punkt Lüften ausgelassen;</p>	<p>Presse Wenchel</p> <p>BZgA Thaiss</p> <p>FG36 Buda/ AL3</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Bewertung der Risikogebiete: Danke für die Zuarbeit durchs RKI;</p> <p>! unglücklich die ECDC Datenübertragung für die EU-Karte;</p> <p>! Testempfehlung gerade veröffentlicht, gespannt auf die Umsetzung;</p> <p>! blicken mit Besorgnis auf die Entwicklung</p>	<p>BMG Andernach</p>
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)</p> <p>Schon vorher besprochen (siehe unter Punkt 1 zu Herrn Drosten) und kein weiterer Gesprächsbedarf;</p>	<p>AL3</p> <p>FG32 Diercke</p>



	<p>! Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite</p> <p>Punkte zum Referentenentwurf d. Dritten Bev.schutzgesetz: (Verabschieden Fr. Thaiss); Fr. Diercke stellt die kritischen Punkte vor (Dokument <a href="#">hier</a>):</p> <p>Umfangreiche Änderungen: RKI bei allen Änderungsvorschlägen im Vorfeld nicht mit einbezogen worden; besonders zum Reiseverkehr und Aussteigerkarten;</p> <p>Gemeinsame Sichtung der Zusammenfassung: nicht-namentliche Meldung wird zurückgenommen; für neg. und pos. Meldungen haben Mehrwert fürs RKI, die vorgeschlagenen Änderungen würden dies nicht möglich machen; jetziger Ref.-entwurf wurde ohne fachliche Beratung bearbeitet;</p> <p>In vitro Diagnostik sollte nicht gemeldet werden; so können Antigen Tests als Schnelltests nicht als meldepflichtig gelten. Auch hier Bedarf für Anpassung;</p> <p>Viele neue Aufgaben fürs RKI untergebracht worden, z.B. §4 Daten zur Verfügung zu stellen, GEMATIK Daten geben als zusätzlichen Nutzen, aber wochenaktuelle Berichterstattung sollte ausreichen; Schnelltests könnten auch durch nicht-ärztliche Personen durchgeführt werden;</p> <p>Weitere Rechtssicherheit für wichtige Daten, die für Int. Komm. Nötig sind;</p> <p>Syndromische Surveillance und AntibiotikaResistenz-Surveillance zurzeit namentlich genannt;</p> <p>GEMATIK wird verpflichtet, DEMIS zu unterstützen, hier v.a. im hosting;</p> <p>Wie befürchtet Rolle des RKI nicht nur als Technischer Berater, sondern im Gespräch deutlich geworden, dass Tool soll inhaltlich vom RKI betreut werden und technisch bei der Bundesdruckerei;</p> <p>Damit kommt RKI noch stärker in den Fokus und wird in der Verantwortung gesehen für die Ausweisung der Risikogebiete;</p> <p>Keine Ergänzungen, sehr verärgert, dass wir nicht einbezogen wurden;</p> <p>Dank an Präs für schnellen BMI Termin hinsichtlich Aussteigerkarten: personenbezogenen Daten en mass; Telekom hat 14.000 Daten pro Tag; schon geplant, diese dem GA zur Verfügung gestellt werden. Es bedarf einer dringende Klärung zu diesem Ref.-entwurf;</p>	<p>AL3</p> <p>Präs FG38</p> <p>An der Heiden</p> <p>FG32 Präs</p>
--	--	---



	<p>Gesetz könnte schon Anf. Nov in Kraft treten; Der Entwurf geht am Mi ins Kabinett;</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! (Von Mittwoch) Ergänzung der Strategie mit weiteren Maßnahmen mit geringen Belastungen</p> <p>Bereits weiter oben besprochen</p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen:</p> <p>OK vom BMG durch Rottmann-Groß; Ebenfalls OK vom BMG zum weiteren Aussetzen der Flug-KoNa; Fr. Buda fügt dies in das Dokument zur online-Veröffentlichung ein; steht ab nächste Wo. online; Im LZ wird IFG Anfrage zum KP-Management gestellt, kann man idese später beantworten oder abweisen? Wenn diese Antwort zurzeit nicht leistbar, dann gut begründet abweisen; <i>To Do: FG 36 stellt aktualisiertes Dokument zum KP-Management online.</i></p>	<p>FG36 Buda</p> <p>FG38 An der Heiden</p> <p>FG36 Buda/AL3</p>
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Gestern im BMG ein Grobkonzept besprochen: Impfmanagement auf lokaler ebene. Impfquotenerfassung, Impfnebenwirkungserfassung</p> <p>Holtherm gab Arbeitsauftrag an RKI ein bundesweites Impfmonitoring zu etablieren; Damit weiteres Software-Projekt erhalten; Ziel des Impfmonitoring: Effektivität der Impfung abschätzen; Bitte alles an Dienstleister herausbringen was geht, z.B. Capgemini oder Bundesdruckerei; Beim Impfmonitoring schwierig, da schnelles Herausgeben der Aufgaben geht nur an jene, mit denen Rahmenverträge bestehen; Detailfragen bleiben am RKI hängen; Impfmonitoring muss primär fachlich bearbeitet werden;</p>	<p>AL3</p> <p>Präs AL3</p>
10	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
11	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Regulatorische Aspekte zu Antigenteste nehmen großen Raum ein, müssen auf PEI, BMG BfArM Ebene regulativ geklärt werden;</p> <p>Antigen-Tests zum Teil sehr viel versprechend;</p>	<p>AL1 Mielke</p>



	<p>Testliste wird beim BfArm geführt; Antigen-Tests können sinnvolle Bereicherung darstellen, da PCR-Testung mit Kapazität am Anschlag und Reagenzien Mangel;</p> <p>! Valide Antigen-Tests sind ein Erregernachweis und sollten meldepflichtig sein. Aber zurzeit bedürfen Antigen-Tests einer PCR-Bestätigung; Hersteller deckt nur Anwendung bei Symptomatischen; jede Anwendung bei asymptomatischen nicht durch den Hersteller abgedeckt; aber wenn wir diese validiert haben, müssen sie als meldepflichtiger Erregernachweis festgehalten werden;</p> <p>! Virolog. Surveillance:</p> <p>Von 220 Proben-Einsendungen waren 4 SARS-CoV-2 positiv;</p> <p>! Stand der Validierung der Antigen-Tests:</p> <p>11 verschiedene Teste von 6 Laboren validiert; große Bandbreite in der Qualität 50% Detektionsrate zw. 600 und 10.000 pro Test;</p> <p>! SARS-CoV-2 Testungen von eingesendeten Proben:</p> <p>214 pos.; 13,4% pos Rate; immer mehr Proben von KOMO, ansonsten sind einige technische Geräte defekt;</p> <p>! Verortung auf lokale Ebene zur Testkapazitätskoordination:</p> <p>Herr Müller hier ein guter Kandidat; bitte in nä. AGI aufnehmen</p>	<p>FG17 Oh</p> <p>ZBS1 Michel</p> <p>AL1</p>
<p>12</p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p>13</p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! GÄ sind sehr überlastet; Weitere Dokumente sollte kurz und einfach gehalten werden;</p> <p>! Präs bittet Hinweise zur Überlastung an ihn zu richten. Bedarf zur Unterstützung setzt er soweit ihm möglich um;</p> <p>! RKI Personalentwicklung hat Angebote für die Vermeidung zur Überlastung;</p> <p>! P1 kann mit kleinen PodCasts Erklärungen für die GÄ liefern;</p> <p>! Mobile Scouts werden aus Hamm zurückgezogen und stehen für weitere Anfragen zur Verfügung; Werden aktiv dem GA Frankfurt angeboten;</p> <p>! Priorisierung von Aufgabenflut aus dem LZ: Können IFG-Anfragen warten? Hamouda bitte hier direkten Kontakt mit L1, damit die Arbeit zu IFG auf das</p>	<p>FG38 an der Heiden</p> <p>Präs</p> <p>FG38 an der Heiden</p> <p>Präs</p> <p>FG37 Eckmanns</p> <p>FG36 Buda/</p>

	notwendige reduziert werden; Wenn Schichtleitung Aufgaben ablehnen wollen, können sie bei AL3 oder Leitung Rücksprache halten;	AL3
14	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
15	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
16	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! 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; ! <b>WBK</b> unterstützt mit 3 Vollzeit Personen im LZ im Nov. Und Dez.; ! Hinweis auf letzten Punkt unter 13. Maßnahmen zum Infektionsschutz;	FG38 an der Heiden
17	<b>Wichtige Termine</b> ! Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden <b>Mittwoch (21.10.2020)</b> im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden	
18	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag 19.10.2020, 13:00-15:00	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.10.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Osamah Hamouda

#### Teilnehmende:

- ! Präs
  - Lothar Wieler
- ! VPräs
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzikt
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG 36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG 38
  - Ulrike Grote
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Christina Leuker
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel

- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Sarah McFarland
- ! BMG
  - Marc Degen
- ! BZgA
  - Martin Dietrich
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>39.774.852 Fälle, 1.110.902 Verstorbene (2,8%);</p> <p>Änderungen bei Top 10 Ländern nach Anzahl neuer Fälle der letzten 7 Tage seit Freitag: Tschechische Republik und Italien dazugekommen, Frankreich ist weiter nach oben gerutscht auf Platz 3 nach Indien und USA,</p> <p>starker Anstieg in Tschechischer Republik und Italien</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.</p> <p>68 Länder mit einer 7-T.-Inz. &gt;50 Fälle/100.000 Ew.;</p> <p>Europa (nicht EU/EWR/UK/CH) Albanien dazugekommen</p> <p>Afrika Botswana nicht mehr auf Liste</p> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa</p> <p>Notstand in Frankreich und Tschechische Republik, Platz 1 Tschechische Republik,</p> <p>! Zusammenfassung / Überblick (der vergangenen 7T) Update:</p> <p>Afrika: 2,9% der neuen Fälle und 4,6% der neuen Todesfälle</p> <p>Top 5 Länder mit den meisten Fällen: Marokko, Südafrika, Tunesien, Libyen und Äthiopien</p> <p>Amerika: 32,1% der neuen Fälle und weiterhin der Großteil der neuen Todesfälle (44,5%)</p> <p>Die Vereinigten Staaten, Brasilien, Mexiko, Peru und Kolumbien meldeten die meisten Todesfälle</p> <p>Weiterhin ansteigende Trends in Kanada und den USA</p> <p>Asien: 27,7% der neuen Fälle und 29,6% der neuen Todesfälle</p> <p>Rückläufiger Trend in Indien, aber 15% der gesamten Todesfälle weltweit</p> <p>Nach einem 4-wöchigen Lockdown und wegen</p>	<p>ZIG1 McFarland</p>





	<p>Inzidenz, aber dort können aufgrund der niedrigen Einwohnerzahl geringe Fallzahlen bereits dazu führen,</p> <p>Schwerpunkte sichtbar im Süden und Westen und Städten,</p> <p>LK-Ebene derzeit Berchtesgardener Land ganz oben, diffuses Geschehen, Meldung von Fällen in einer Shisha Bar, aber dies begründet nicht alles,</p> <p>107 LK überschreiten Inzidenz von 50/100.000 Ew,</p> <p>Deutschland wird die Grenze insgesamt vermutlich bald überschreiten,</p> <p>! Fragen/Diskussion:</p> <p>Frage, ab wann die Risikobewertung angepasst werden und in die höchste Stufe gehen sollte</p> <p>Anmerkung, dass dann ggf. keine weitere Abstufung zwischen Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen mehr möglich ist, außer es wird die Risikoabstufung noch einmal anders formuliert. Es wäre aber doch gut zu differenzieren,</p> <p>Andererseits sollte lieber frühzeitig gewarnt und auf die Erhöhung der Risikolage hingewiesen werden und nicht zu spät auf die steigenden Zahlen reagiert werden,</p> <p>Der Zeitpunkt ist aber schwer zu finden,</p> <p>Konsequent wäre ggf. der Moment ab dem Deutschland insgesamt den Wert von 50 Fällen/100.000 Ew überschreitet</p> <p>Anmerkung, dass auch die Seite der Ärzt*innen und klinischen Fachgesellschaften wichtig ist bei der Bewertung der Lage, Einbeziehung einer Klinker*in für Pressekonferenz sinnvoll,</p> <p>Klinik (DIVI) zeigt Zunahme der Belegung,</p> <p><i>To Do:</i>          - Entscheidung zur Risikobewertung soll Mittwoch besprochen werden</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> !</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>                  ! App Datenspende wurde bereits zuvor vorgestellt,                  ! Vorschlag Update digitale Projekte nächste Woche</p>	FG21 Schmich



4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hochstufung der Risikobewertung siehe Diskussion zur nationalen Lage;</li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kommunikationsstrategie des BMG und Zusammenarbeit zwischen BMG und BZgA wurde vorgestellt</li> <li>! Wichtige Punkte in der Kommunikation und Vorbereitung der Kampagnen sind bspw. die Frage, wie gehen wir mit der kommenden Wintersaison um</li> <li>! Bisher war die "Wir bleiben zu Hause Kampagne" in Zusammenarbeit mit dem RKI, BZgA und BMG sehr erfolgreich mit 1,2 Mrd Klicks</li> <li>! Ebenfalls die Kampagne zu den AHA-Regeln mit ~90% Bekanntheit mittlerweile, von diesen 90% geben 80% an, sich auch an die Regeln zu halten,</li> <li>! Sehr im Fokus stehen auch Jugendliche und junge Menschen, es gibt 111 Einzelkampagnen u.a. auf Facebook, Twitter, Instagram und Co</li> <li>! Algorithmen sortieren dabei den verschiedenen Kontent,</li> <li>! Neben Plakatkampagnen auch Google Adds Implementierungen, die vorsortieren und dann auf RKI.de oder Infektionsschutz.de weiterleiten bei bestimmten Suchanfragen,</li> <li>! Kampagnen sind in sehr vielen Sprachen verfügbar,</li> <li>! Mithilfe der technischen Lösungen kann schnell reagiert und nachgesteuert werden, bspw. wurden Warnplakate innerhalb 1 Tages aktiviert zur Erinnerung an die AHA Regeln,</li> <li>! Es wurden viele Gelder und ein großes Budget aufgewendet,</li> <li>! Neben Facebook werden auch Messenger Dienste wie Telegram genutzt, auch weil sich dort viele Akteure mit Verschwörungsideen sammeln,</li> <li>! Es werden aber auch Informationen über Medium Radio, oder Spots an Flughäfen geschaltet, gezielt dort, wo Personen aus Risikogebieten ankommen, Plakate und Spots an Tankstellen in verschiedenen Sprachen,</li> <li>! Es wurden 10.000 fach Sticker mit AHA-Regeln und Informationen bestellt und an Einrichtungen abgegeben,</li> <li>! Es ist eine Kampagne geplant, u.a. um gegen die Müdigkeit gegenüber den Maßnahmen entgegen zu wirken,</li> <li>! Es zeigt sich, die Regeln sind verstanden aber Frage, warum lohnt es sich weiter den Regeln zu folgen, muss verdeutlicht werden,</li> <li>! Fokusgruppen zur Vorbereitung einer Impfkampagne ab Anfang Dezember sind in Planung je nachdem wann der Impfstoff zur Verfügung stehen wird,</li> <li>! Fragen und Hinweise zum Thema Kommunikation sind willkommen an <a href="mailto:marc.degen@bmg.bund.de">marc.degen@bmg.bund.de</a></li> </ul> <p><b>Fragen/Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage: Rundfunk und Fernsehen spielen auf der breiten Ebene eine große Rolle. Inwieweit werden auf dieser Ebene Dinge geplant?</li> <li>! Antwort: Darüber wurde intensiv diskutiert, allerdings</li> </ul>	<p>BMG M. Degen</p>



	<p>sind Kampagnen im TV sehr teuer, öffentlich rechtlicher Rundfunk sendet Spots von Bundesbehörden wie dem BMG nicht, v.a. aber auch Geldfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Letztlich wird Medium Fernsehen nicht genutzt; dafür aber Radio sehr stark,</li> <li>! Insgesamt wurde entschieden weniger breit und mehr zielgerichtet vorzugehen,</li> <li>! Anmerkung: Es könnte sinnvoll sein für den Winter mehr Aufklärung zu betreiben zur eigenen situativen Einschätzung und zu schulen, wann welche Maßnahmen am sinnvollsten sind,</li> <li>! Neben den AHA-Regeln fehlt es teilweise an eigener Einschätzung, wo welche Maßnahmen angebracht und wie wichtig sie sind. Gibt es Ideen dies zu fördern, persönliche Risikoeinschätzung stärken?</li> <li>! Wichtiges Thema, allerdings ist dies eine fließende Thematik, die immer wieder neu gesteuert und angepasst werden muss,</li> <li>! Deshalb wird die zielgerichtete Ansprache unter Nutzung der verschiedenen Medien bevorzugt</li> <li>! Frage der Sichtbarkeit der Maßnahmen kam auf und wie diese ggf. an einer Stelle des Geschäftsbereichs des BMG sichtbar gemacht werden könnten,</li> <li>! Es gibt eine Dropbox mit Inhalten aller Kampagnen, die auch frei genutzt werden können von Instituten im Geschäftsbereich sowie tägliche Berichte mit Aktivitäten,</li> <li>! Ja, der Link soll zur Verfügung gestellt werden,</li> <li>! Gibt es Ideen, inwieweit Betroffene zu Wort kommen sollen bspw., um Verharmlosung entgegen zu wirken?</li> <li>! Krankheitsgeschichten erzählen ist wichtig, die Form muss entsprechend gefunden werden, bisher waren AHA-Regeln wichtig, es ist aber geplant da etwas umzusetzen</li> <li>! Anmerkung zum Thema Verschwörungsideen: diese sind zwar laut, aber eigentlich in der Minderheit, insgesamt sind die Menschen diszipliniert, wir sollten uns von der Minderheit nicht treiben lassen,</li> <li>! Anmerkung: Informationen, wann es sinnvoll ist sich testen zu lassen könnte angebracht sein</li> </ul> <p>Pressestelle RKI Ronja Wenchel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage danach wann ausführlichere Darstellung zu Ausbrüchen im RKI-Lagebericht geplant ist, es gibt viele Anfragen dazu,</li> <li>! Ausführlichere Darstellung der Ausbrüche mit Grafik ist geplant für Dienstag,</li> <li>! Es werden aber keine Fälle von innerdeutschen Reisen extra ausgewiesen, wahrscheinliches Infektionsland wird aber angegeben</li> </ul>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	<p>BMG Andernach</p>
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p>	

	<p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wann sehen wir in Ballungszentren die Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)</li> <li>! Diskussion um die Frage übersehen wir etwas,</li> <li>! Punkt schon letzte Woche besprochen,</li> <li>! Resümee: ÖPNV spielt Rolle, aber keine Gelegenheit für größere Ausbruchsgeschehen, es handelt sich um eher kurze Kontakte,</li> <li>! Aussagen von Drosten sind in dieser Hinsicht nicht ganz konsequent in sich, nicht nach vorn gucken, sondern nach hinten, weil Cluster länger bestehen, das ist aber auf ÖPNV hin nicht so überzeugend, GA machen im Grunde schon das Richtige, große Geschehen anschauen und ggf. abstellen, Leute ermitteln, die betroffen sind und in Quarantäne verhängen,</li> <li>! Frage nach Hinweisen zu Restaurants und Anzahl der Fälle, die nachverfolgt werden müssen, es gibt dazu keine ganz genauen Zahlen,</li> <li>! GA berichten, dass es eher Vielzahl kleiner Ereignisse als wenige große Geschehen</li> <li>! 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</li> <li>! Verhalten im privaten Bereich spielt sicherlich eine große Rolle, hier wäre ggf. Kommunikation nötig</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>AL3/ AL1/ FG36/ FG32/ Alle</p>
8	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen ging heute online</li> </ul>	<p>FG36 Buda</p>
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
10	<p><b>Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
11	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FG 17 hatte in der virologischen Surveillance der AGI in den letzten zwei Wochen 104 Proben-Einsendungen, davon waren: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 54 positiv für Rhinovirus</li> <li>- 4 positiv für SARS-CoV-2</li> </ul> </li> <li>! Das heisst, nachdem über Monate kein SARS-CoV-2 in der Surveillance nachgewiesen wurde, wird das Virus nun regelmäßig nachgewiesen.</li> </ul>	<p>FG17 Oh</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Influenza wurde vor ca 4 Wochen erstmals detektiert, seitdem aber noch nicht wieder.</li> <li>! Umfassende Vorstellung der Antigenteste für Freitag geplant</li> <li>! Weitere Validierung hängt am Datenschutz, wurde kommuniziert</li> <li>! Hälfte der Rhinovirus Einsendungen positiv</li> </ul>	ZBS1 Michel
12	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
13	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Vortrag zu RKI_COVIDTestCalculator (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tool zur Modellierung von Strategien zur Verkürzung der Quarantäne/Isolation vorgestellt</li> <li>! Wahrscheinlichkeit der Infektiosität wird berechnet</li> <li>! Mittlere Verweildauer in verschiedenen Zuständen der Infektion berechnet und mit verfügbarer Literatur verglichen, dabei Beachtung der Inkubationszeit, Symptombeginn, Testsensitivität,</li> <li>! Vorhersagekraft des Modells ist gut und wurde bereits in eine Software umgesetzt,</li> <li>! Ausgegeben wird die Wahrscheinlichkeit, infektiös zu sein, es lassen sich zeitliche Verläufe errechnen und darstellen unter Annahme verschiedener Parameter wie Quarantäne, erfolgter Testung sowie unter verschiedenen Inzidenzscenarios und Dunkelziffern,</li> <li>! Tool wurde validiert, am Mittwoch gibt es ein Treffen mit Team um Drosten zur gemeinsamen Abstimmung, danach soll das Tool kostenlos zur Verfügung gestellt werden,</li> </ul> <p>Fragen/Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anmerkung: Publikation wäre schön, um zu zeigen, dass Verkürzung von Quarantäne und Isolierung nicht sinnvoll wäre und um gewissen Äußerungen etwas aktuelles entgegenhalten zu können,</li> <li>! Es wäre gut die Grundlagen zum Tool nachlesen zu können, auch eine Hilfe zur richtigen Anwendung wäre sinnvoll, um falscher Nutzung vorzubeugen,</li> <li>! Auch könnten ein paar typische Beispiele und Verläufe gerechnet und gezeigt werden,</li> <li>! Hierzu soll es auch ein Manual geben,</li> <li>! Wurde berücksichtigt, dass bestimmte Menschen besonders anstecken?</li> <li>! Ja, fand Berücksichtigung, es wurden auch Studien mit schweren Verläufen eingeschlossen, insgesamt ist das Tool flexibel gehalten, Parameter können verändert werden,</li> <li>! Könnte das Tool für weitere Infektionen sinnvoll sein?</li> <li>! Wahrscheinlich nicht für alle Erreger aber für sich schnell verbreitende Erreger denkbar,</li> <li>! Verteilung des Tools eher an Experten oder auch GA und andere Akteure?</li> <li>! Es soll eher an die Fachöffentlichkeit gehen,</li> <li>! Wichtig ist, dass keine Individualisierung und</li> </ul>	AL3  MF5/P5 Max von Kleist  FG14 Brunke

	<p>Einzelfallauslegung der Quarantäne/Isolierung suggeriert wird,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Manual soll anfangs erläutert werden, was der Einsatzzweck ist und was mit dem Tool gemacht werden sollte und was nicht,</li> <li>! Stärke kann sein, Tool kann Empfehlung nachvollziehbar machen und unterstützen</li> </ul> <p>FAQ Luftreinigungsgeräte diskutiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt etwas irreführende Hinweise von Herstellern, dass bei Vorhandensein von Geräten, Maßnahmen wie z.B. Mindestabstand wegfallen können</li> <li>! Es gibt explizite Bewerbung und daraufhin Anfragen</li> <li>! Frage kam auf, ob FAQ das Thema Lüften mit einschließen müsste?</li> <li>! Frage nach dem Lüften wird in FAQ zu Aerosolen behandelt, es ist aber ein Abgleich nötig</li> </ul> <p><i>ToDo: Vergleich der FAQs, diese nochmal zirkulieren für nächste Sitzung, Lüften und Nahfeld prüfen, ob es eine Informationslücke gibt</i></p>	
14	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Corona KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Längsschnittstudie zur Begleitung der schrittweisen Öffnung von Kindertageseinrichtungen/Kindertagespflege</li> <li>! Anstieg ab KW 38 bei Kindern &lt;5 Jahren, 3-mal so hoch wie in der Lockdown Phase</li> <li>! Auch ab 15 Jahre spielen eine Rolle, hier werden stärkere Anstiege gesehen</li> <li>! Spiegelt insgesamt die Gesamtsituation in der Bevölkerung wieder</li> <li>! Wirkung der Schulferien wird sichtbar</li> <li>! Geschehen entspricht dem Geschehen in der Bevölkerung, v.a. bei der Altersgruppe 0-5 Jahre und spricht gegen proaktive Schulschließungen</li> <li>! Etwas ältere Kinder &gt;15 Jahre unterschiedlich zu sehen,</li> <li>! Ältere Kinder tragen zum Infektionsgeschehen eher wie Erwachsene bei</li> </ul>	FG36, Haas
15	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
16	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
17	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden <b>Mittwoch (21.10.2020)</b> im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden</li> </ul>	FG32
18	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch 21.10.2020; 11:00Uhr</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	21.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Ulrike Grote
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Maud Hennequin
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA

- Heidrun Thaiss









	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlung des Rates für eine koordinierte Vorgehensweise bei Beschränkung der Freizügigkeit wurde am 13.10. von den EU-Ländern angenommen.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 380.762 (+7.595), davon 9.875 (2,6%) Todesfälle (+39), 7-Tage-Inzidenz 51,3/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R: 1,09; 7-Tage-R: 1,17</li> <li>○ ITS: 879 (+28), invasiv beatmet: 411 (+22), Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ höchste Inzidenzen in Berlin und Bremen</li> <li>▪ Trend Zunahme außer Saarland</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 133 LK mit Inzidenz &gt; 50</li> <li>▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Fälle nach Expositionsort in Deutschland             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin sind vor allem private Haushalte betroffen.</li> <li>▪ Med. Behandlungseinrichtungen sind noch nicht so stark betroffen.</li> <li>▪ Fälle in Alten und Pflegeheimen nehmen zu.</li> <li>▪ Nur noch ein sehr geringer Anteil wird aus dem Ausland importiert.</li> <li>▪ Hr. Wieler möchte die Abbildung fürs Pressebriefing morgen verwenden.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: kurzen Hintergrund für Pressebriefing vorbereiten (M. Diercke)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wo würden Bars, Clubs, Großveranstaltungen in dieser Kategorisierung auftauchen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vermutlich bei Freizeit oder sonstiges?</li> <li>▪ In neuer SurvNet-Version ist genauere Differenzierung möglich.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: bis Freitag Auswertung der Angaben, die über neue SurvNet-Version übermittelt wurden (M. Diercke)</i></p>	
		<p>FG37 (S. Haller)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Werden Ausbrüche anhand von Genomsequenzen betrachtet? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt Projekte hierzu, Problem ist die Integration in das Meldesystem. Dies ist Thema im neuen Referentenentwurf.</li> </ul> </li> <li>○ Was ist mit den Fällen, die in dieser Auswertung nicht berücksichtigt sind? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zum Teil können die GA den Infektionsort nicht mehr in allen Fällen ermitteln. Viele Überlastungsanzeigen von GA, vor allem aus Hessen und BW.</li> <li>▪ Abgebildet werden außerdem nur Ausbrüche, die 5 oder mehr Fälle enthalten, sonst wäre der Anteil von privaten Haushalten vermutlich noch viel größer. Ein Vergleich zu der Tabelle im EpiBull ist so nicht möglich.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Vorschlag: Dieser Abbildung soll eine Abbildung gegenübergestellt werden, in der alle Angaben zum Infektionsort berücksichtigt werden. Dann erneute Diskussion dieses Punktes.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Testkapazitäten und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg Positivenanteil, Trend ist in ARS sehr deutlich.</li> <li>○ In den Altersgruppen wird unterschiedlich häufig getestet. Am häufigsten wird bei über 80 Jährigen und 15-34 Jährigen getestet.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Testverzug ist relativ stabil über die letzten Wochen.</li> </ul> <p>! Was kann getan werden, damit mehr Labore an ARS angebunden werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG36 (S. Buda)</p>
--	---	---------------------------



	<p>Repräsentativität ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn auch negative Labormeldungen über DEMIS gemeldet werden, wären einzelfall- und wohnortbezogene Meldungen vorhanden.</li> <li>○ Im aktuellen Gesetzentwurf sollen die Negativmeldungen gestrichen werden, diese wären aber wünschenswert.</li> <li>○ Vorteile von ARS: Auch serologische Tests und Antigentests können integriert, spezifische Fragen beantwortet werden und ARS ist nicht auf meldepflichtige Erkrankungen beschränkt.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb bis 42.KW: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Zahlen unterhalb der ARE-Raten der Vorsaisonen</li> </ul> </li> <li>○ Konsultationsinzidenz: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis. KW <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auch im KH deutlicher Anstieg der SARI-Fälle mit COVID-Diagnose.</li> <li>▪ 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%.</li> <li>▪ Diese Abbildung soll in den Lagebericht nächsten Donnerstag mitaufgenommen werden. Vorher sollen die Zahlen noch eine Woche beobachtet und fachgebietsintern diskutiert werden. Es sind pro Altersgruppe nicht sehr viele Fälle.</li> <li>▪ Vorschlag: dieselben Daten aus April diesen Jahres ansehen, war die Verteilung anders? Information gibt Einblick über Schwere der Erkrankung.</li> <li>▪ Wie sieht es mit Vorerkrankungen in dieser jungen Gruppe aus? Diskussion mit Kliniker wäre sinnvoll.</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>Tendenziell sind die Fälle jünger, müssen länger beatmet werden und haben tendenziell weniger Vorerkrankungen als SARI-Fälle in Vorjahren.</p> <p><i>ToDo: Vergleich Anteil COVID-Fälle an SARI-Patienten Frühjahr-Herbst, FF K. Tolksdorf</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Soll eine Hochstufung vorgenommen werden? Bzw. wann soll für die Allgemeinbevölkerung von „hoch“ auf „sehr hoch“ hochgestuft werden?</p> <p>! Eine Überarbeitung des Wordings der Risikobewertung wäre sinnvoll. Eine Hochstufung auf eine Zwischenstufe: „hoch-sehr hoch“ dürfte jedoch nicht zur Klarheit beitragen.</p> <p>! Die Risikobewertung ist keine Prognose, sondern richtet sich nach Kriterien wie Community transmission, Krankheitsschwere, Belastung des Gesundheitssystems. Eine Hochskalierung zu diesem Zeitpunkt würde deshalb vermutlich als alarmierend wahrgenommen werden, da das Gesundheitsversorgungssystem im Moment noch deutliche Kapazitäten hat.</p> <p>! Entscheidung: Die Risikobewertung, Bevölkerung hoch, Risikogruppen sehr hoch, bleibt.</p> <p>! Das Wording wird angepasst, grundsätzliches Einverständnis zum Änderungsvorschlag von W. Haas.</p> <p>! Anmerkungen: „In allen angrenzenden Ländern Europas“ stimmt für die nördlichen Länder nicht und müsste ständig angepasst werden. Genaue Anzahl Fälle und Verdopplungszeit sollten eher gestrichen werden, da sie sonst ständig angepasst werden müssten.</p> <p><i>ToDo: W. Haas versendet seinen Änderungsvorschlag an den Krisenstab für Anmerkungen.</i></p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Rückmeldung der Bevölkerung: schwierig Testmöglichkeiten zu finden, GA häufig nicht erreichbar,</p> <p>! Kritisch diskutiert wird Maskenpflicht für Grundschüler, evtl. Langzeitfolgen.</p> <p>! Einzelschicksale: Depressionen, Suchtmittelkonsum steigen.</p> <p><b>Presse</b></p>	<p>BZgA (H. Thaiss)</p> <p>Presse (M. Hennequin)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Morgen wieder Pressebriefing am RKI mit Hr. Wieler</li> <li>! Neue FAQ zum Lüften, die auf das Umweltbundesamt verweist</li> <li>! FAQ zu Luftreinigungsgeräten ist in Abstimmung, Rücksprache mit BZgA hierzu</li> <li>! Teaser auf Startseite wurde angepasst</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	BMG-Liaison
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Brief zur Qualität der vom RKI veröffentlichten Statistiken und Vorschlägen zur Verbesserung (<a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zentrale Kritikpunkte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausdruck „Schätzung der Genesenen“, da Zahl der chronischen Verläufe relativ hoch ist. Vorschlag RKI sollte Spätfolgen erfassen.</li> <li>▪ Antikörperteste sollten differenziert werden.</li> </ul> </li> <li>○ <b>Ausweisung der genesenen Fälle soll durch aktive Fälle ersetzt und in Fußnote erklärt werden, wie diese Zahl berechnet wird.</b></li> <li>○ Im Meldesystem ist Detailtiefe begrenzt, deshalb sollte auf die Studien LEOSS und COVIM verwiesen werden.</li> <li>○ Frage, wie soll generell mit Kritik umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kurze, sachliche Antwort: Verweis auf die Limitationen im Meldewesen, Verweis auf bereits existierende Studien und die Möglichkeit selbst Fördermittel für neue Studien zu beantragen.</li> </ul> </li> <li>○ Vorschlag: Veröffentlichung von Fragen und Antworten aus Transparenzgründen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schreiben müssten anonymisiert werden.</li> <li>▪ Wenn Plattform geboten wird, kann damit gerechnet werden, dass noch mehr Schreiben kommen.</li> <li>▪ Keine Kapazität vorhanden, Nebenschauplatz wird aufgemacht, der Ressourcen bindet.</li> </ul> </li> <li>○ Deshalb soll weiter so wie bisher verfahren werden: kurze Antwort auf ernstzunehmende Fragen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG38 (U. Grote)</p> <p>FG36 (W. Haas)</p>

- Bei immer wiederkehrenden Punkten und freien Kapazitäten könnte FAQ erstellt werden.

**b) RKI-intern**

- ! Containment soll als eine Komponente weiter gepflegt werden. Da jedoch Millionen von akuten respiratorischen Erkrankungen zu erwarten sind, die nur zu geringem Teil mit COVID zu tun haben, wurde ein Plan B der Strategie entwickelt: die Empfehlung zuhause zu bleiben für alle an ARE erkrankten Personen, die nicht getestet werden sollen.
- ! Textvorschlag zur Strategieergänzung: Wieso man sich bei akuten Atemwegserkrankungen für wenigstens 5 Tage zu Hause auskurieren sollte. Die Reduktion der Kontakte in Arbeitsumfeld und Schule würde das Übertragungspotential reduzieren, würde Ressourcen der GA schonen und könnte dazu beitragen Kitas und Schulen offen zu halten.
- ! Die veränderten Testkriterien aus dem letzten Absatz wurden vom Minister schon einmal gestrichen. Deshalb sollten veränderte Testkriterien erst nächste oder übernächste Woche erneut ans BMG gegeben werden. Auch müsste dann das Flussdiagramm geändert werden.
- ! In der Teststrategie wird umfangreiches Testen als Grundlage für Lageeinschätzung genannt.
- ! Einblick in Lage kann auch aufgrund von Surveillanceinstrumenten erfolgen, dies könnte so kommuniziert werden. Eine genauere Beschreibung der Surveillanceinstrumente sollte besser an anderer Stelle erfolgen.
- ! Für die Bevölkerung ist wichtig, ab wann sie sich doch testen lassen sollte. Diese Frage sollte für akut Erkrankte beantwortet werden. In jedem Fall sollte ein Arzt in den folgenden Situationen aufgesucht werden:
  - a) schwerer oder sich nicht verbessernder (oder gar verschlechternder) Krankheitsverlauf, oder spezifische Symptome (Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns), oder Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe,
  - b) Kontakt mit Personen aus Risikogruppen,
  - c) bekannter Kontakt mit Personen mit einer Atemwegserkrankung oder einer bestätigten COVID-19-Infektion, oder wenn die Erkrankung möglicherweise im Rahmen eines Gruppengeschehens erworben wurde, oder wenn nach Symptombeginn hierdurch viele Menschen einem Infektionsrisiko ausgesetzt würden oder bereits ausgesetzt waren.
- ! Betrifft der Vorschlag auch Kinder? Dies würde zu





	<p>zur Verfügung gestellt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dieses könnten die GA per Mail versenden und sich auf relevanten Gruppen konzentrieren.</li> <li>○ Bisher wird nur ein Musterschreiben für internationale Kommunikation angeboten.</li> </ul> <p><i>ToDo: Klärung in ÖGD-Feedbackgruppe, ob Bedarf besteht, FF M. Askar</i></p>	
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sporadisch SARS-Fälle, sonst nur Rhinoviren</li> <li>○ Üblicher Rückgang der Probenzahl in den Herbstferien ist dieses Jahr sehr ausgeprägt.</li> </ul> <p>! KV haben Mitglieder (niedergelassene Ärzte) über neue Test- und Abrechnungsmöglichkeiten informiert. An über 500 Labore wurden Mitteilungen über Laborstandards versendet, damit soll bessere Vergleichbarkeit erzielt werden.</p>	<p>FG17 (B. Biere)</p> <p>Abt. 1 (M. Mielke)</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Auf Freitag verschoben</p>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 23.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Lage:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum, Uhrzeit:</b>	23.10.2020, 11:00Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG35
  - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Kai Schulze
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Ulrike Grote
- ! IBBS

- Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
  - Miriam Jenny
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! MF
  - Max v. Kleist
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! ZBS1
  - Janine Michel

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! 41 Mio Fälle, &gt;1 Mio Verstorbene (2,7%)</p> <p>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend</li> </ul> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 73 Länder mit Inzidenz &gt; 50 Fälle/100.000</li> <li>○ 2 Länder neu hinzugekommen seit Mittwoch: Kirgisistan und San Marino</li> <li>○ Kleine Länder haben hohe Inzidenz</li> </ul> <p>! Europa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kein neues Land mit &gt;50/100.000 hinzugekommen, alle Länder bis auf skand. Länder haben &gt;50/100.000</li> <li>○ Europa hatte größte Veränderung in den letzten 7 Tagen</li> <li>○ Top 3 7-Tages-Inzidenz: Tschechien, Belgien, Niederlande (alle &gt;300/100.000)</li> <li>○ Top 10 7-Tages-Todesfälle: Tschechien, Montenegro, Andorra, Republik Moldau, Armenien, Ungarn, Nordmazedonien, Rumänien, Bosn./Herz und Spanien</li> <li>○ Mehrheit der Länder meldet community transmission</li> <li>○ hauptsächlich urbanes Geschehen</li> <li>○ Länder mit höchstem Anstieg: Frankreich, Russland, UK, Tschechien</li> </ul> <p>! Warum hat Tschechien eine so niedrige CFR? Das liegt wahrscheinlich an dem jungen Alter der Infizierten</p> <p>! Bei ECDC ist als einziges Land mit einer besorgniserregenden epidemiologischen Entwicklung Deutschland genannt, woher kommt das?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CFR ist niedrig und fallend bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen, daher ggf. Deutschland im Fokus</li> <li>○ Lage in DtlD sehr dynamisch, D. war lange orange gefärbt</li> </ul>	<p>ZIG1 (E. Romo Ventura)</p>



	<p><i>TODO: Rücksprache hierzu mit dem ECDC (M. Diercke)</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 403.291 (+11.242), davon 9.954 (2,5%) Todesfälle (+49), 7-Tage-Inzidenz 60,3/100.000 Einw.</li> <li>○ Gestern tagsüber Serverausfall über 1h, ggf. daher keine Fallübermittlung erfolgt, manche GÄ brichteten bereits Probleme bei der -fallübermittlung</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>TODO: Zusammen mit den Fallzahlen wird ggf. ein Disclaimer an die Presse und Morgenschicht rumgeschickt (M. Diercke)</i> [ERLEDIGT]</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 4-Tage-R: 1,23; 7-Tage-R: 1,3</li> <li>○ ITS: 1030 (+87), invasiv beatmet: 459 (+35), weitere Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten, Kapazitäten noch im grünen Bereich</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ höchste Inzidenzen in Berlin, Hessen, NRW, Saarland, Bayern, Baden-Württemberg sehr stark ansteigend</li> <li>▪ Fokus auf Sü- und Westdeutschland, aber auch Sachsen zunehmender Trand. Zudem Großstädte wie Berlin und Hamburg</li> <li>▪ Trend Zunahme in allen Bundesländern</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 131 LK mit &gt; 50/100.000</li> <li>▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land, gefolgt von Berlin-NK und Berlin-Mitte</li> </ul> </li> <li>○ Bene Zacher aus FG32 hat heatmap erstellt zu den Inzidenzen seit der 10. KW nach Altersgruppen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit der 40. KW steigen die Inzidenzen in allen Altersgruppen an, davor hauptstäschlicher Anstieg bei Jüngeren</li> </ul> </li> <li>○ Verzug wird vermutlich immer größer durch GÄ-Belastung &amp; Laborbelastung, ist es sinnvoll sich eher die Imputationen anzuschauen anstatt die tagesaktuellen Fallmeldungen?</li> <li>○ Testzahlen: in der 42. KW:</li> </ul>	<p>FG32 (M. Diercke)</p>
--	---	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivenquote 3,62%</li> </ul> <p>! Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ C. Frank und M. Faber (FG35) haben Auswertung zur innerdeutschen Ausbreitung nach Landkreisen durchgeführt (Folien <a href="#">hier</a>, ab Folie 8): Berlin exportiert z.B. viele Fälle nach Brandenburg, aus Hamburg werden Fällen nach SH und NI exportiert, etc. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Innerdeutsche Ausbreitung spielt untergeordnete Rolle</li> <li>▪ Dies wird nicht aktiv publiziert, nur auf Nachfrage</li> </ul> </li> <li>○ Seit Survnet-Update sind auch Angaben über wahrscheinliches Infektionsumfeld bei Einzelfällen möglich (vorher war diese Angabe nur bei Ausbrüchen möglich)(Folien <a href="#">hier</a>, ab Folie 13): : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 6.000 Fälle mit Angaben zu wahrscheinl. Infektionsumfeld stehen zur Verfügung</li> <li>▪ Top 3 der wahrscheinlichen Infektionsumfelder: privater Haushalt, Arbeitsplatz, Gesundheitseinrichtungen</li> <li>▪ Datenqualität aufgrund durch beschränkte Ermittlungen der GÄ und recall bias der Fälle limitiert, auch nicht zu allen Infektionsumfelder Nenner vorhanden bzw. Expositionsdauer</li> <li>▪ Kneipen werden ggf. weniger oft erwähnt, da man hier im Gegensatz zum Arbeitsplatz nicht mehr mit Personen, bei denen man sich infiziert hat, in Kontakt steht und/oder die Verbindung zur Ansteckung nicht herstellt.</li> <li>▪ Fall-Kontroll-Studie zur genaueren Aufschlüsselung ausstehend (H. Wilking), Einverständnis zur Teilnahme der Fälle muss durch GÄ eingeholt werden, dies wird aktuell durch GÄ aufgrund von Überlastung abgelehnt. Es soll noch mal bei der nächsten AGI Sitzung um Unterstützung geworben werden, ggf. Unterstützung der GÄ durch weitere containment counts, ggf. durch Landesbehörden oder auch Bundeswehr</li> <li>▪ Arbeitsplatz ist nach privatem Umfeld relevantes Infektionsumfeld. Nicht nur in Schlachthöfen, sondern auch in Großraumbüros, auf dem Bau oder im Einzelhandel gibt es Übertragungen. Oft werden hier keine Masken getragen</li> <li>▪ Grundmessage: man kann sich überall anstecken, nur das Risiko differiert zwischen den einzelnen Infektionsumfeldern</li> <li>▪ Kommunikation mit Herrn Degen ausstehend</li> <li>▪ Risikowahrnehmung in der Allgemeinbevölkerung: Risiko geht von</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<p>Fremden aus, nicht von Vertrauten, dass Vertraute mindestens ebenso riskante Kontakte darstellen muss besser kommuniziert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ggf. Möglichkeit, die Fälle aus der CWA weiter zu differenzieren, um die anonymen Kontakte zu analysieren nach Infektionsort</li> <li>▪ Ggf. Daten in Relation zum Alter setzen, um weiter differenzieren zu können zwischen den Risiken</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <p><i>TODO: Einerseits: Fall-Kontroll-Studie realisieren, andererseits werden Surveillancedaten nochmal ausgewertet, zudem Imputation mit Meldedaten vergleichen, um Verzug besser zu beurteilen (H. Wilking, M. Diercke)</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mission Namibia: Aktuell befinden sich MA des RKI in Namibia zur Unterstützung des Systems bei KoNa (GoData) sowie im klinischen Bereich. Die Mission läuft noch nächste Woche.</li> <li>! Weiterhin tauschte sich das RKI mit dem Westbalkan (Kroatien und im Nachgang zur Mission auch mit dem Kosovo) aus.</li> <li>! Eine kleine Mission nach Ecuador zur Unterstützung der Universitätsklinik und des Labors ist geplant.</li> <li>! Corona Global: Ein Gesamtantrag mit verschiedenen Projekten (z.B. mit internationalen Serostudien) wurde in erster Instanz vom BMG zugesagt. Mit einer Deadline von 10 Tagen sollen die Teilprojekte ausgearbeitet werden, Verlängerung der Frist um 14 Tage wurde beantragt</li> <li>! am Montag gab es eine Diskussion mit dem BMG zu den unterschiedlichen Vorgehensweisen von der WHO/ECDC zur Ausweisung von Risikogebieten. Die EU benutzt z.B. ein Ampelsystem; Deutschland macht nur 2 Abstufungen. Das Vorgehen soll generell vereinfacht werden, da inzwischen ganz Europa stark betroffen ist und somit ganz Europa ein Risikogebiet ist</li> <li>! Ggf. Vorschlag ans ECDC: Wenn Deutschland bei &gt;50/100.000 Positivenrate von 4% überschreitet ist</li> </ul>	ZIG (Hanefeld)

	subnationale Risikoausweisung ggf. nicht mehr sinnvoll. Dem Vorschlag wird zugestimmt.	
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Neues Dokument von Walter Haas wurde kommentiert und ist auf Zustimmung gestoßen</p> <p>! 3 Säulen der Bewältigung (Containment, Mitigation, Protection) müssen sich gegenseitig ergänzen und fortgeführt werden</p> <p>! Dokument wird auf die Homepage gestellt</p>	W. Haas/alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! <i>Nicht anwesend</i></p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Internetseite war für insgesamt 4 Stunden offline, ursächlich war ein Angriff, automatischer Download von Daten funktioniert aktuell aufgrund von höheren Sichertheitsvorkehrungen nicht, ob der Angriff andauert oder nicht ist bisher noch nicht klar, ITZBund arbeitet daran. Eine einheitliche Sprachregelung ist in Erstellung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Könnte auf Suchmaschine verzichtet werden, da diese angegriffen wurde? Prinzipiell kann jeder Punkt angegriffen werden</li> </ul> <p>! Diskrepanz zwischen Inzidenzen der Landkreise und denen auf dem Dashboard, FAQ in Vorbereitung, da viele Anfragen diesbezüglich ähnlich zum Frühjahr</p> <p>! Danke an alle für die sehr gute Vorbereitung des gestrigen Pressebriefings</p>	<p>Presse (Ronja Wenchel)</p> <p>Präs</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! <i>Nicht anwesend</i></p>	
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Vorstellung des Preprint Papers <i>Keeling et al.</i> bezüglich 2-wöchiger Mini-Shutdowns in UK, reine Modellierungsstudie (Folien zum Paper <a href="#">hier</a>, Vortragsfolien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Untersuchung von zeitlich limitierten (2 Wochen) aber intensiven, vorbeugenden Maßnahmen („breaks“ oder „Bremsen“) um negative Auswirkungen der Notfallmaßnahmen durch Planung zu verringern</li> <li>o Theoretische Effekte: Reduktion der Infektion, Zurücksetzen („reset“) im Pandemieverlauf, stärkere Maßnahmen haben längeren Effekt, größerer und längerer Einfluss auf Infektionen als auf Hospitalisierungen und Todesfälle</li> <li>o Methodisch gutes Paper, prinzipiell Effekt auf Infektionsgeschehen wahrscheinlich, Größe des Effekts jedoch unklar da nicht 1:1 übertragbar auf</li> </ul>	FG36 (Kai Schulze)



	<p>Deutschland (andere Bevölkerungsstruktur, anderes Gesundheitssystem als UK), Effekt sehr stark abhängig von compliance der Bevölkerung, teilweise gesamtgesellschaftl. Kollateralschäden, Nachhaltigkeit fraglich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neben Verzögerung scheinbar auch Peak-Verringerung</li> <li>○ In UK Gesundheitssystem deutlich überlastet, Ziel ist daher dort primär, das System zu entlasten bzw. wieder funktionabel zu werden, Breaks werden in Teilen von UK auch schon umgesetzt</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Es wird mit großer Aufmerksamkeit bezüglich dieses Papers gerechnet. Das BMG hat ZIG bzgl. des Papiers bereits angerufen.</li> </ul> <p>! Wie nah sind wir an dem Punkt, dass KoNa von den GÄ nicht mehr geleistet werden kann? Dann ist vermutlich mit einer deutlichen Inzidenzzunahme zu rechnen, ggf. wäre dann eine „Bremse“ sinnvoll</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Überlastungsanzeigen kommen hauptsächlich aus Hessen, BaWü, SH, auch Berlin, ggf. werden aber auch durch unterschiedliche Wahrnehmung des Tools zur Überlastungsanzeige nur aus 4 Ländern Kapazitätsengpässe gemeldet, wahrscheinlich nicht repräsentativ</li> <li>○ Mehr Fallzahlen können vermutlich nicht verkraftet werden, allerdings kann weiterhin priorisiert werden mit Fokus auf Cluster anstatt auf Einzelfälle</li> <li>○ 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</li> <li>○ Verzug wird auf 10-14 Tage geschätzt bei aktuell exponentiellem Wachstum!!!</li> <li>○ kommunikative Herausforderung, um Bremsen hier in Deutschland zu benutzen, da Maßnahmen bereits jetzt kontrovers diskutiert werden</li> </ul>	<p>alle</p> <p>FG36 (W. Haas)</p>
--	--	-----------------------------------



	<p>! Ergänzung Strategie-Paper  b) <b>RKI-intern</b>  ! Rückmeldung BMG ausstehend</p> <p><i>TODO: Rückfrage beim BMG am Montag (Leitung)</i></p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Stellungnahme zu FFP2-Masken in Allgemeinbevölkerung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Solidarisches Prinzip (Stichwort Fremdschutz) entfällt, wenn Eigenschutz in Vordergrund rückt</li> <li>○ Zudem werden GÄ Maßnahmen für Kontaktpersonen ggf. nicht mehr akzeptiert, Complianceproblem</li> <li>○ Kommunikationsproblem, da wir bisher FFP2-Masken nicht empfohlen haben</li> <li>○ Atemwegswiderstand wird erhöht, ggf. ärztliche Rücksprache notwendig bei Grunderkrankungen, zudem auch hier Complianceproblem</li> <li>○ Keine weitere, zusätzliche Änderung der Maßnahmen gewünscht</li> <li>○ Limitierte Ressourcen müssen weiterhin berücksichtigt werden</li> <li>○ Übertragungen finden aktuell da statt, wo MNS/MNB nicht getragen werden, FFP2 kann das nicht verhindern</li> <li>○ Schaden von FFP2-Masken überwiegt ggf. Nutzen</li> <li>○ Wie sollen wir mit Veranstaltungen, die aufgrund von Austeilen von FFP2-Masken ohne anderes Hygienekonzept von GÄ genehmigt werden, umgehen? Sollte man differenziert von allgemeinen Empfehlungen für die Allgemeinbevölkerung betrachten</li> <li>○ Der Bevölkerung sollte kommuniziert werden, welche Probleme/Schäden durch das Tragen von FFP2-Masken entstehen.</li> </ul> <p><i>TODO: FG14 bereitet Stellungnahme hinsichtlich FFP2-Masken für die Bevölkerung vor; ggf. Abstimmugn BZgA, BMAS/ABAS und BfArM [ID 2063]</i></p>	alle
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b>  ! entfällt</p>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Auf BfArM Internetseite ist Liste für Ag-Tests, die Voraussetzungen von PEI/RKI erfüllen, eine Teilmenge wurde unabhängig von einer Unterguppe der AG Testen</p>	Abt. 1 (M. Mielke)



	<p>validiert, KBV und ALM haben kommentiert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für Heime liegt bereits eine Empfehlung zum Testen mit Ag-Tests vor. Die nationale Teststrategie wurde entsprechend ergänzt.</li> </ul> <p>! Diese Woche weniger Proben als letzte Woche (ggf. durch Priorisierung durch GÄ), 18% positive unter den Einsendungen (ggf. durch Priorisierung?), CO-MO Studie: 9% positiv, Proben von gestern und heute ausstehend</p>	ZBS1 (J. Michel)
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Übernahme von europäischen Patienten in deutsche Krankenhäuser bisher nicht im abgestimmten Verfahren erfolgt; Verfahren soll etabliert werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Normalerweise kommt Anfrage über EWRS, Rücksprache mit BMG: GMLZ schreibt Bundesländer an, um Bettenkapazität zurückzumelden, RKI (noch zu klären, ob Rufdienst, Lagezentrum oder IBBS) führt auf Bitte von GMLZ/BMG die Antworten der Bundesländer zusammen und koordiniert den Austausch zwischen den Ländern, bei &lt;5 Patienten läuft das Prozedere wie gehabt über STAKOB</li> </ul> <p><i>TODO: C. Herzog verschickt SOP zu Abstimmungsprozessen</i></p>	IBBS (C. Herzog)
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! entfällt</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Vorstellung „KeInzidenzschätzer basierend auf SARS-CoV-2 Genetik „ (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenzhistorie wird statistisch auf der Basis von Veränderungen von Genomsequenzen geschätzt und anstatt mit Meldedaten dargestellt</li> <li>○ Zusätzliches Tool, um zu Evaluieren, welche Maßnahmen welchen Effekt haben, Tool kann zudem Meldeverzug abschätzen und helfen, retrospektiv epidem. Geschehen zu interpretieren</li> <li>○ Für Deutschland nicht so gut darstellbar wie für andere Länder, da wenig Genomsequenzen vorhanden, aber aktuell exponentielles Wachstum ersichtlich!!!!</li> <li>○ Inwieweit spielen importierte Fälle in Deutschland eine Rolle, da ja Anstieg gemäß der Methode bereits im Juli zu sehen ist? Methode ist stabil gegenüber Einführung von Sequenzen nach D.</li> <li>○ Alternativ ist Positivquote in definierten Populationen (z.B. unter HCW oder Patienten)</li> </ul>	MF5/P5 (Max von Kleist)

	<p>auch ein sehr zeitnahes Instrument, um Geschehen zu beurteilen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell ist Sequenzierung zu langsam, um in Echtzeit Daten zu generieren (ca. 4 Wochen Verzug). Aktuell eher für retrospektive Interpretation der Fallzahlen hilfreich. Zudem aber auch für prospektive Fallschätzung.</li> </ul> <p><i>TODO: FG32 wird bei Manuskript hinsichtlich der Limitationen der Meldedaten fachlichen Beitrag leisten (MF5/P5 &amp; FG32)</i></p> <p>! Das BMG hat ggf. vor, die Meldepflicht von Ag-Nachweis und negativem Laborbefunde zu streichen. Dies wurde erst im Frühjahr eingeführt. Die technischen Möglichkeiten hierfür bestehen inzwischen. U.a. für die Meldepflicht an das ECDC werden die Daten benötigt, auch für Positivenquote.</p> <p><i>TODO: RKI wird sich diesbezüglich positionieren und die Wichtigkeit der Beibehaltung unterstreichen (FG32)</i></p>	FG32 (M. Diercke)
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Ab 20.10. ist Flug-KoNa ausgesetzt</p>	FG38 (U. Grote)
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! 45 neue Mitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen, Schulungen finden kommende Woche statt, zusätzlich 1 MA von Bundeswehr sowie 2 vom BBK, Position Aufgaben wird samstags ausgesetzt</p>	FG38 (U. Grote)
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p>	
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag 26.10.2020; 13:00Uhr</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.10.2020, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
  - Alexandra Hofmann (Protokoll)
- ! FG 32/38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36

- Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- ! ZIG1 / INIG
  - Eugenia Romo Ventura
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
  - Mirjam Jenny
- ! BZgA: Heidrun Thaiss

<b>TO P</b>	<b>Beitrag/Thema</b>	<b>eingebra- cht von</b>
<b>1</b>	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! 42 Mio Fälle, &gt;1 Mio Verstorbene (2,7%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 77 Länder mit Inzidenz &gt; 50 Fälle/100.000</li> <li>○ 2 Länder neu hinzugekommen seit Freitag: Weißrussland und Kosovo</li> </ul> </li> <li>! Afrika: 2,4% der neuen Fälle und 3,9% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien und Nigeria).</li> <li>! Amerika: 31,15% der neuen Fälle und 42,25% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Vereinigten Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien und Mexiko).</li> <li>! Kolumbien ist das achte Land mit mehr als 1 Million COVID-19-Fällen.</li> <li>! Asien: 21% der neuen Fälle und 25,34% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Indien, Iran, Irak, Bangladesch und Indonesien)</li> <li>! Europa:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 35% der neuen Fälle und 28,46% der neuen Todesfälle</li> <li>○ 4 neue Länder mit &gt;50/100.000 hinzugekommen: Weißrussland, Kosovo, Lettland und Schweden; innerhalb der EU nur noch Griechenland, Finnland, Norwegen und Estland &lt;50/100.000</li> <li>○ Top 3 Länder 7-Tages-Inzidenz: Tschechien, Belgien, Luxemburg (alle &gt;500/100.000)</li> </ul> </li> </ul>	ZIG / INIG Eugenia Romo Ventura



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ die fünf Länder, die die meisten Fälle melden: Russland, Frankreich, Spanien, das Vereinigte Königreich und Italien.</li> <li>! ECDC RRA vom 23.10.: erhebliche weitere Zunahme der COVID-19-Infektionen in jüngeren und auch älteren Altersgruppen.</li> <li>! Ozeanien: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Abriegelung von Victoria (Australiens zweitgrößter Stadt) wird gelockert, da es zum ersten Mal seit 4 Monaten 24 Stunden lang keine Neuinfektionen gab.</li> </ul> </li> <li>! Vorstellung China: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kum. 91.125 Fälle; 170 Fälle in den letzten 7 Tagen; CFR 0,33%; 0 Todesfälle in den letzten 7 Tagen</li> <li>○ Zentralisiertes Epidemiebekämpfungssystem; schnelle Reaktion durch China auf Pandemie; teilweise Isolierung von Fällen in sog. Make Shift Hospitals (Fälle mit leichten Symptomen). Literatur <a href="#">hier</a></li> </ul> </li> <li>! 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?</li> <li>! Bei den Fallzahlen in China ist zu beachten, dass es sich um offizielle Zahlen der Regierung handelt</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><b>TODO: INIG Folien über Australien vorbereiten</b></p> <p><b>TODO: INIG soll recherchieren, ob es andere Länder gibt, die die gleichen Maßnahmen wie China erfolgreich durchgeführt haben.</b></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! SurvNet übermittelt: 437.866 (+8.242), davon 10.056 (2,3%) Todesfälle (+24), 7-Tage-Inzidenz 80,9/100.000 Einw.</li> <li>! ITS Fälle steigen;</li> <li>! R deutlich über 1;</li> <li>! Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland</li> <li>! 99 LK mit 7 Tage Inzidenz &gt;100 Fällen/100.000 Einw.; 172 LK &gt;50-100 Fällen/100.000 Einw.; 100 LK mit &gt;25-50 Fälle/100.000 Einw.</li> <li>! Letzten Mittwoch Bericht über Infektionsumfeld ans</li> </ul>	<p>FG32 (M. Diercke)</p>
--	--	--------------------------

	<p>Bundeskanzleramt geschickt, Bericht soll regelmäßig aktualisiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 7 Tage Inzidenz soll zukünftig auch nach Altersgruppen aufgeschlüsselt dargestellt werden und ggf. auf erste Seite des Lageberichts abgebildet werden. Vorschlag dazu erstellt; Rückmeldung aus dem BMG steht noch aus</li> <li>! Vorschlag, das von Brockmann entwickelte Tool zur Mobilität zu überprüfen und aktuell zur Datenanalyse nutzen</li> <li>! Aktuell mehrere Anfragen von LK zur Unterstützung von Containment Scouts, die noch nicht so viele Fälle haben. LK mit vielen Fällen haben teilweise KoNa eingestellt haben, wie sollen die Containment Scouts nun am besten eingesetzt werden? Da KoNa so lang wie möglich aufrechterhalten werden sollte, sollten diese Anfragen individuell mit dem LK besprochen werden um zu prüfen was genau benötigt wird.</li> </ul> <p><b>TODO: M. Diercke (FG32) nutzt das Tool von Hr. Brockmann zu Mobilität um die aktuellen Fälle zu analysieren</b></p> <p><b>Vorstellung Corona-Kita Studie (Folien <a href="#">hier</a>):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Daten aus Grippeweb zeigen, dass aktuell Inzidenzen in allen Altersgruppen ansteigen</li> <li>! 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</li> <li>! 268 Ausbrüche in Schulen, davon 26 Ausbrüche, in denen alle Fälle älter als 21 Jahre sind.</li> <li>! BZgA erhält viele Anfragen zu Maskenpflicht bei Grundschulern. Gibt es eine Möglichkeit diese aufzuheben? Verweis auf Papier von B. Hauer und die Bitte das Papier weiter zu streuen.</li> <li>! 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.</li> </ul>	FG36 (S. Buda)
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verschieben auf Mittwoch</li> </ul>	Schmich
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nachfrage ob abgestimmte Risikobewertung am 26.10.2020 auf der Webseite aktualisiert wurde. Die Aktualisierung ist erfolgt.</li> </ul>	Alle
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anfrage aus GA Münchner Land erhalten. Es wurde festgestellt das bei mehreren Fällen das Bewusstsein des Maskentragens nicht sehr ausgeprägt war. BZgA bietet an diese Anfrage für das Lagezentrum zu beantworten und möchte damit auch die vorhandenen Materialien verteilen.</li> <li>! CWA: Im Rahmen der App soll ein Kontakttagebuch</li> </ul>	BZgA



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eingepflegt werden. Da es auch Personen gibt, die die CWA nicht nutzen, bietet die BZgA an, ein analoges Kontakttagebuch zu gestalten. Diese Idee wurde vom Krisenstab begrüßt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nachfrage zu Antigentests und deren Nutzung in Pflegeheimen. Wie sollen diese genutzt werden und wer bezahlt diese. Das RKI bereitet dazu eine FAQ vor.</li> <li>! Fr. Mankertz berichtet von einem Gespräch mit dem GA Hildesheim, der bestätigt, dass es immer noch Menschen gibt, die nicht genau wissen wie sich schützen können, da diese über die normalen Kanäle nicht richtig erreicht werden (z.B. aufgrund von Sprachproblemen). Dieser Eindruck wird von der BZgA bestätigt, daher soll das Thema in allen Kanälen der BZgA angesprochen werden z.B. auch in der Kampagne liebesleben.</li> </ul> <p><b>ToDo: Hr. Mielke leitet Informationen zur Teststrategie, Informationsmaterial des BMG zu Antigentests sowie Kontaktdaten der Ansprechpartnerin im BMG ans BZgA weiter.</b></p> <p>Pressestelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p>Brandanschlag Standort General-Pape Str.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gab einen Brandanschlag auf die RKI Gebäude in der General-Pape Str. Der Brand konnte zeitnah gelöscht werden, ein Fenster wurde zerstört, es kam zu keinem Personenschaden. Das Wachpersonal wird bei allen Eingängen in den Liegenschaften verstärkt. Der Staatsschutz des LKA ermittelt. Es gibt eine RKI Arbeitsgruppe, die zusammen mit dem LKA prüft, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden können, um solche Anschläge zukünftig zu verhindern.</li> </ul>	<p>Presse</p> <p>L. Schaade</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Allgemein</b></li> <li>! <b>Modellierung weiterer Pandemie-Verlauf -benötigte Kapazitäten (Wunsch Kanzleramt) (Dokument <a href="#">hier</a>)</b></li> </ul>	<p>FG34 Matthias an der Heiden</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Auf Wunsch des Kanzleramtes hat Matthias an der Heiden eine neue Modellierung durchgeführt, die heute noch ans Kanzleramt geschickt werden soll. MadH hat die bestehende Modellierung aus dem Frühjahr dafür verwendet und an aktuelle Erkenntnisse angepasst.</li> <li>! Die Berechnung ist eher konservativ und wurde mit einer IFR von 0,55% vorgenommen.</li> <li>! In der Modellierung ist nicht berücksichtigt was passiert, wenn die Intensivbettenkapazität nicht ausreicht. Im Mittel wird für einen intensivpflichtigen COVID-19 Patienten 1 Bett für 14 Tage benötigt. Die Annahmen sollten genauer formuliert werden. Es sollte auch deutlich formuliert werden, dass der Verlauf in diesem Model nicht natürlich ist und das Verhalten der Bevölkerung wichtig ist, wie man beispielsweise im Frühjahr beobachten konnte.</li> <li>! 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.</li> <li>! Die Infektionen breiten sich nicht ungebremst aus, da ja schon Maßnahmen vorhanden sind, wie könnte das in die Modellierung eingefügt werden?</li> <li>! Vorschlag der Einführung einer 20-40%igen Kontaktminimierung. Dies sollte auf jeden Fall in die Limitationen aufgenommen werden.</li> <li>! Zu beachten ist, dass die Modellierung für die Politik gedacht ist und nicht für die Bevölkerung, daher sollte in die Vorbemerkung eingebracht werden, dass die Bevölkerung nicht gleichmäßig betroffen ist.</li> <li>! Wurde die Demografie Deutschlands bei der Modellierung berücksichtigt?</li> <li>! Es sollte mitaufgenommen werden, dass von Lerneffekten ausgegangen werden kann.</li> <li>! <b>Weltweiter Lockdown zur Überbrückung bis Impfstoff verfügbar sinnvoll?</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>! <b>Schutz vulnerabler Populationen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	gerade eine Veröffentlichung vorbereitet. b) <b>RKI-intern</b> ! Nicht besprochen	
8	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> !	FG33
10	<b>Labordiagnostik</b> ! 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 Plasmaprobe, 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	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	IBBS
13	<b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren s. aktuelle Lage	FG36
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	FG38
16	<b>Wichtige Termine</b>	
17	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 28.10.2020, 11:00 Uhr	

--	--	--



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	28.10.2020, 11-13 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

Dürrwald

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32/38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- ! FG33/ZIG
  - Luisa Denkel
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37

- Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International</b></p> <p><b>Trendanalyse international, Maßnahmen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 43,6 Mio Fälle, 1,1 Mio Verstorbene (2,7%)</li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ USA an erster Stelle, alle Länder steigender Trend außer Indien</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Statt 77 Ländern am Montag heute 81 Länder &gt; 50; neu: Kanada, Malediven, Aserbaidshan und Serbien</li> <li>○ EU/EWR/UK/CH: alle Länder &gt; 50 außer Norwegen, Schweden, Finnland, Estland &gt; 25 – 50</li> </ul> </li> <li>! 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%</li> <li>! Anstieg der Fälle Ende Juni / Anfang Juli in Melbourne, Victoria ausgehend vermutlich von „Quarantäne-Hotel“ -- &gt; über Sicherheitspersonal in Bevölkerung getragen -- &gt; dort Weiterverbreitung via Familienfeiern</li> <li>! Maximale Anzahl der Fälle in Victoria: 687 neue Fälle / Tag (August 2020)</li> <li>! Anstieg der Fälle in NSW, lokal begrenzte Cluster in NSW</li> <li>! Seit 24.07. Restriktionen in NSW verschärft (v.a. Gastronomie)</li> <li>! Eintrag der Fälle in Alten- und Pflegeheime</li> <li>! Starke Reisebeschränkungen</li> <li>! 14-Tage-Quarantäne (bei Einreise) in Quarantäne-Hotels</li> <li>! Weiterer Verlauf:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ “Testing blitz” in Melbourne (1 Woche: 100.000 Personen getestet)</li> <li>○ Ausgangssperren in 10 Bezirken</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	ZIG / Luisa Denkel



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Victoria</li> <li>○ Maskenpflicht im öffentlichen Raum (Melbourne / Shire of Mitchell) Ende Juli</li> <li>○ Lockdown für Victoria Anfang August</li> <li>○ 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);</li> <li>○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Queensland</li> <li>○ Allgemeine Maskenpflicht in Victoria</li> </ul> <p>! Mitte September:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lockerung der Maßnahmen, z.B. Kita-, Outdoor-Pool-Öffnung Ende September</li> <li>○ Weitere Lockerungen in Victoria und Melbourne (stay home, stay safe)</li> <li>○ Weitere Lockerungen geplant den Fallzahlen entsprechend</li> </ul> <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterhin drastische Zunahme neuer Fälle in Europa (ca. 50 % der Fälle weltweit)</li> <li>○ Innerhalb der EU/EWR/GB/CH: nur noch Schweden, Norwegen, Estland und Finnland 7-Tages-Inzidenzen &lt; 50 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner</li> <li>○ Langsame Rückkehr zur Normalität in Melbourne und Victoria, Australien nach wochenlangem Lockdown („Steps to COVID-19 normal“)</li> <li>○ Am 24.10.: 137 lokal erworbene asymptomatische Fälle in der Region Xinjiang, China</li> </ul> <p>! Diskussion zu Australien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Berichte zu Schwierigkeiten mit Compliance in Australien vorerst nicht ersichtlich, jedoch empfindlich hohe Bußgelder bei Non-Compliance</li> <li>○ Trotz Lockdown und scharfen Maßnahmen sehr langwieriger Prozess bis Fallzahlrückgang, Gründe dafür vorerst nicht ersichtlich</li> <li>○ Sehr klare Kommunikation bezüglich Einschränkungen und empfindliche Strafen</li> </ul> <p><b>National</b>  <b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! SurvNet übermittelt: 464.239 bestätigte Fälle (+14.964), davon 10.183 (2,2 %) Todesfälle (+85), 7-Tage-Inzidenz 93,6 /100.000 Ew</p> <p>! ITS Fälle steigen stetig, aktuell 1.470 (+108)</p>	
		FG32 / Michaela Diercke

	<p>! R zwischen 1,2-1,4 (vom 27. und 26.10.); Zahlen vom 28.10. aufgrund eines Serverupdates heute erst später lieferbar</p> <p>! Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland deutlich, Abflachung bei einzelnen Ländern (bspw. Sachsen) höchstwahrscheinlich kein langfristiger Trend</p> <p>! 132 LK mit 7 Tage Inzidenz &gt;100 Fällen/100.000 Ew; 166 LK &gt;50-100 Fällen/100.000 Ew; 86 LK mit &gt;25-50 Fälle/100.000 Ew</p> <p>! Inzidenz nach Altersgruppen und Meldewoche: weiterhin Altersgruppe (AG) von 15- bis 34-Jährigen höchste Fallzahl, gefolgt von AG der 35- bis 59-Jährigen, dritthöchste: AG der 80+ Jährigen, geringste Fallzahl bei den 0-4-Jährigen</p> <p>! Übermittelte Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung und Verstorbener: in KW 37 knapp 10.000 Fälle, in KW 43 über 73.000 (binnen 6 Wochen versiebenfacht), Alter der Fälle im Mittel leicht ansteigend (32 vs. 40), Männer und Frauen gleichermaßen betroffen, Anteil asymptomatischer Personen nimmt ab (mögliche Ursache: knappe Testkapazitäten -&gt; vornehmlich erkrankte Personen oder ältere AG getestet), Anzahl hospitalisierter Personen angestiegen, Anteil Verstorbener ebenfalls</p> <p>! Current Mobility Monitor (<a href="https://www.covid-19-mobility.org/mobility-monitor/">https://www.covid-19-mobility.org/mobility-monitor/</a>): nach Lockdown Rückgang um 39 %; Juni/Juli wieder bei 100 %, im Sept/Okt über dem Durchschnitt; aktuell erneuter Rückgang zu verzeichnen; vor allem im Nordosten aktuell noch starke Mobilität ersichtlich; ob ggf. saisonal bedingte Schwankungen im Modell berücksichtigt wurden unklar</p> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil Verstorbener auf erster Seite im Bericht ggf. mitaufzunehmen, aber: möglicherweise recht unklare Indikatorfunktion im Sinne der Kommunikation nach außen</li> <li>○ Derzeit liegt zur Mitaufnahme der Inzidenz der AG der über 60-Jährigen Zustimmung seitens BMG vor</li> <li>○ Indikator für Bevölkerungsgruppe mittleren Alters sinnvoller (da Risikobewusstsein hinsichtl. Erkrankungswahrscheinlichkeit bei älteren AG gegeben)</li> <li>○ Vorschlag: Aufnahme der Anzahl schwer erkrankter Personen pro AG und Woche</li> </ul> <p><i>To Do: Mitaufnahme des bereits zugestimmten Parameters (Inz. der AG 60+) in Lagebericht auf erste Seite, Mitaufnahme weiterer Parameter zur weiteren Abstimmung</i></p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <p>! Grippeweb: bei Kindern ARE-Raten deutlich zurückgegangen, vermutlich aufgrund zweiwöchiger Herbstferien, bei Erwachsenen deutlich unter den letzten zwei Jahresmittel, Übertragungshemmung durch allgemeine Maßnahmen schlägt sich hier nieder</p>	<p>FG36 / Silke Buda</p>
--	--	------------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>! Konsultationsinzidenz ARE: anderes Bild, ab AG der 15-34-Jährigen Anstieg der Arztbesuche, bei 0-4-Jährigen eher Rückgang der ARE-Arztbesuche</p> <p>! 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)</p> <p>! 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</p> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: Anteil der COVID-Patienten an SARI weiter ansteigend, 42. KW bei 20 %</p> <p>! Nach Altersgruppen: in 42. KW Anteil der COVID-Fälle an SARI: hohe Anzahl SARI-Fälle bei Kindern, hoher Anteil an COVID-Fällen bei 15-34-Jährigen</p> <p><i>To Do: vorletzte Folie (SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 42. KW - nach Altersgruppen) ggf. in Lagebericht mitaufnehmen, dazu visuell allgemein verständlichere Darstellung mit Mirjam Jenny besprechen</i></p> <p><b>Testkapazitäten und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! 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</p> <p>! 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. &gt; 80-Jährige und 15-34-Jährige getestet</p> <p>! 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)</p> <p>! 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)</p> <p>! Testverzug: Anzahl Tag(e) zwischen Abnahme und Test: derzeit keine maßgebliche Verzögerung, aber in Einzelfällen teils großer Verzug, Wartezeiten bis 5 Tage</p> <p>! Diskussion: welche Bedeutung hat die Positivrate für das Gesundheitssystem? Erhalt der Testindikation als weiteren</p>	<p>FG 37 / Tim Eckmanns</p>
--	-------------------------------------



	<p>Parameter möglich? Testindikation über ARS schwierig zu erhalten, ggf. symptomatische Erfassung („symptomatisch“ vs. „andere Indikation“), Laborinformationssystem: Daten nicht hinterlegt</p> <p><i>To Do: Herr Mielke stellt hierzu weitere Nachforschungen an, ggf. Besprechung mit Herrn Müller</i></p> <p><b>Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schreiben zu Limitationen der wöchentlich erfassten SARS-COV-2-Testzahlen (keine Vollerfassung vorliegend aufgrund der Freiwilligkeit der Angabe)</li> <li>! 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</li> </ul>	FG32/38 / Ute Rexroth
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verschobener Bericht von Montag</li> <li>! Weiterhin verschoben</li> </ul>	FG 21/ Patrick Schmich
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Am Montag aktualisiert, kein Bedarf</li> </ul>	Alle
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gezieltere Adressierung bestimmter Altersgruppen, Anschlussfähigkeit zu bereits vorhandenen Programmen, Adressierung von Multiplikatorennetzwerken</li> <li>! Viele fremdsprachige Materialien bereits verfügbar, dennoch weiterhin häufig Unverständnis, Kontakt zu Ethnomedizinischem Zentrum Hannover bezgl. weiterer Streuung von Informationsmaterialien</li> <li>! Erklärvideo aus Initialvideo „Zuhausebleiben“ soll erneut platziert werden</li> <li>! Non-digitale KONA für best. Bevölkerungsgruppen als Lösungsmöglichkeit weiterhin von Bedeutung (Notizen zu Tagesende via Papier)</li> <li>! Gesundheitsportal: Veröffentlichungen nur in Schnittmengen mit Fachbereichen abgestimmt, Problemaspekt bspw. der fehlenden spezifischen Korrelationsmöglichkeit von Symptomen mit bestimmter Infektionserkrankung</li> <li>! Zur Symptomatik „Schnupfen“ bereits Vorlage vorhanden</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an BzGA, sich mit dem Gesundheitsportal in Verbindung zu setzen, fachlich-wissenschaftlich mit dem RKI abgestimmte Aspekte sollten korrekt übernommen werden</i></p> <p><i>To Do: Bitte an Frau Buda und Herrn Haas, einen diesbezüglichen Text</i></p>	BZgA / Heidrun Thaiss



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>an Frau Thaiss weiterzuleiten</i></p> <p>Pressestelle: ! Keine Anmerkungen</p>	Presse
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht besprochen</p>	
7	<p><b>Strategie Fragen</b> a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Kontaktpersonennachverfolgung</b> ! Wie kann KONA noch differenzierbarer dargestellt werden? ! Cluster Priorität vor Einzelfällen; Häufung in vulnerablen Gruppen Priorität vor anderen Settings ! Berlin: seit gestern Allgemeinverfügung zu alternativer Vorgehensweise der KONA erlassen: hat eine Person Kenntnis ihrer Positivität, soll sich diese a) umgehend in Isolation begeben und b) selbstständig – ohne Anweisung des Gesundheitsamtes - mögliche KP informieren; Gesundheitsamt muss lediglich zwecks Erstattung hinsichtlich Erwerbsfähigkeit kontaktiert werden ! Allgemeinverfügung ebenfalls für Arbeitgeber relevant: sobald er von Positivität des Mitarbeitenden Kenntnis erlangt, sollte er zudem auch die in dessen räumlicher Nähe befindlichen Mitarbeitenden in Quarantäne schicken (hoch relevant für IBBS zur <i>in house</i> Umsetzung RKI) ! viel Verantwortung auf privaten bzw. Arbeitgeber-Bereich verlagert ! Fachgebiet arbeitet derzeit an einer für Laien verständlichen Aufbereitung der KONA</p> <p><i>To Do: Bitte an Frau Schulz-Weidhaas, die neu erlassene Allgemeinverfügung – fachlich-organisatorisch im Haus zu berücksichtigen</i></p> <p>! KONA-Papier soll laut Minister Spahn angepasst werden</p> <p><i>To Do: Seitens RKI fachlich hochrelevante Aspekte sollten proaktiv unter Zusammenarbeit der betreffenden FGs erarbeitet und bereits vorab herausgestellt werden, deadline möglichst Ende der Woche</i> <i>Vorschläge: als Grundvereinfachung Management des Medizinpersonals extrahieren und getrennt pflegen, Priorisierungskriterien grafisch um-/ausarbeiten, Kernaussagen auf einer Seite darstellen, EpiBull-Artikel kann mitaufgenommen werden (Entlastung für Familien und Arbeitgeber, klarere Strukturen bezüglich Prioritäten)</i></p> <p><b>Herausforderung fehlender Meldepflicht für Antigen-Tests</b></p>	<p>FG32/38 / Ute Rexroth</p> <p>FG32/38 / Michaela</p>

	<p>! Antigen-Tests: keine Meldepflicht durch die Länder eingeführt, Gefahr des Verlustes an Information und Überblick, praxisnahe Lösung dringend benötigt</p> <p>! Zu klärende Fragen: ab welchem konkreten Zeitpunkt und anhand welcher Modalität sollen die Antigen-Tests in der Meldestatistik erfasst werden?</p> <p>! Mögliche Lösungsvorschläge</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antigen-Tests als Methode in der VO zu ergänzen (siehe BaWü)</li> <li>○ Auflage, positive Antigen-Tests durch PCR-Tests bestätigen lassen zu müssen</li> <li>○ Anpassung der Falldefinitionen („Verdachtsfall“)</li> </ul> <p><i>To Do: Lösungsvorschläge müssen zeitnah diskutiert werden, die Zahlen werden jedoch höchstwahrscheinlich mit Einführung der Antigen-Tests an Vergleichbarkeit und Aussagekraft verlieren</i></p> <p><b>Votum der AG Labor / Testen zum effizienten Einsatz der der PCR-Testung auf SARS-CoV-2 (27.10.2020) (Dokument <a href="#">hier</a> Markup <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! Hinweis seitens Laboratorien zu den Limits der Testkapazität an Minister Spahn erfolgt</p> <p>! Auf Priorisierung innerhalb der nationalen Teststrategie soll hingewiesen werden</p> <p>! Änderung der Testkriterien ausgesprochen heikel, Differenzierung/Fokussierung von COVID-19 zu Symptomatik sehr bedacht vorzunehmen</p> <p>! Am 30.09. wurde abgestimmter Vorschlag ans Ministerium geschickt</p> <p>! Muss als klare Grundlage für Ärzte zur Durchführung der Tests und ihrer Priorisierung ins Flussschema übersetzt werden</p> <p><i>To Do: Vorstellung des Flussschemas und der Testkriterien am Freitag durch Stefan Krüger, Bitte um Zusendung vorab als Arbeitsversion an Martin Mielke zu Donnerstag</i></p> <p><i>Zielgruppe: Ärzte, ÖGD, Politiker – Testkriterien zu unterscheiden ggü. der allgemeinen Bevölkerung, klare Trennung nötig</i></p> <p>! Verhalten im Herbst/Winter – Papier dazu: noch keine Rückmeldung seitens Ministerium, ob dies publizierbar ist, Infopaket liegt bereits vor, seit Montag zudem Minister Spahn vorliegend, ist demnach noch nicht freizugeben</p> <p><i>To Do: Herr Schaade wird dazu Herrn Holthausen ansprechen</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Diercke</p> <p>FG32/38 / Ute Rexroth</p>
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	!	
10	<b>Labordiagnostik</b> ! Erläuterung zur Bedeutung der Antigen-Tests und ihrer Interpretierbarkeit in Kooperation mit Mirjam Jenny erstellt, wird in der betreffenden AG des BMG vorgestellt ! Dr. Carsten (Kinderarzt, Mitglied der Mikrobiologischen Gesellschaft) verfügt über ein gutes Sentinelkonzept, hat diverse Antigen-Test bereits miteinander verglichen und mit Verläufen korreliert (Roche-Antigentest hierbei am vielversprechendsten)	FG17/ZBS1 Martin Mielke
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
13	<b>Surveillance</b> ! Besprochen (siehe oben)	FG32
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Am Freitag, FG38 ggf. vertreten durch Osamah Hamouda	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Im November/Dezember 2 bis 4 LÜKEX (Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübung)-Mitarbeitende für zwei Monate zu erwarten	FG38 / Maria an der Heiden
16	<b>Wichtige Termine</b>	
17	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 30.10.2020, 11:00 Uhr	



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	30.10.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ulrike Grote
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! Presse
  - Ronja Wenchel

- Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): weltweit &gt;44,5 Mio. Fälle, &gt; 1,1 Mio. Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allen voran USA, Indien, Frankreich</li> <li>▪ Absteigende Tendenz allein in Indien und Argentinien</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittlerweile 83 Länder mit &gt;50/100.000, zwei mehr als am Mittwoch,</li> <li>▪ Neu: in Asian im Iran stark ansteigende Fallzahlen</li> <li>▪ EU: Schweden neu dabei, nur noch 3 Länder mit 7-T-I &lt;50/100.000 (Norwegen, Estland, Finnland)</li> </ul> </li> <li>○ Gestern neue Lancet Studie aus Schweden zu COVID-19 Todesfällen bei &gt;70-jährigen (<a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verknüpfung von Daten aus Todesursachen- und Bevölkerungsregister März bis Mai 2020</li> <li>▪ &gt;275.000 Personen, knapp 3.400 Todesfälle von welchen 1.300 wegen COVID-19</li> <li>▪ Wichtigste identifizierte Risikofaktoren: Wohnen im Pflegeheim (4-fach höheres Risiko) und Wohndichte</li> <li>▪ Interessant: Haushaltskontakte &lt;66 Jahren (also arbeitende Bevölkerung) bergen erhöhtes Sterberisiko</li> </ul> </li> </ul> <p>! Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Drastische Fallzunahme in Europa</li> <li>○ Lockdowns (ganz oder teilweise) in vielen Ländern</li> <li>○ Schulschließungen in Polen, Tschechien und Slowenien</li> <li>○ China Cluster in Xinjiang: nach Testung von 4,8 Mio. Einwohnern &gt;160 Fälle (42 symptomatisch), steht mit Bekleidungsfabrik im Zusammenhang</li> </ul> <p>! Diskussion: Perspektive Ausweisung von Risikogebieten?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausweisung noch stets vom BKA erwünscht, unabhängig von Infektionszahlen in Deutschland</li> <li>○ 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</li> <li>○ RKI und BMG sind nicht ganz glücklich damit, weiteres Vorgehen steht noch nicht fest</li> <li>○ BMG Arbeitsebene hat vorgeschlagen, dass RKI Präs dies beim Minister anspricht und würde dies unterstützen,</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>AL3/FG38</p>

wird RKI-intern besprochen und entschieden

### **National**

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
  - SurvNet übermittelt: 499.694 (+18.681), davon 10.349 (2,1%) Todesfälle (+77), 7-Tages-Inzidenz 104,9/100.000 Einw., 7-Tage- $R_{\text{eff}}=1,2$
  - Inzidenzen: insgesamt bundesweit 105/100.00, am höchsten in HB, BE, HE, NW, insgesamt steigende Tendenz
  - Geografische Verteilung: Karte färbt sich zunehmend rot und dunkelrot, >3/4 aller Kreise haben Inzidenzen >50/100.000, nur noch 15 Kreise unter 25/100.000, die meisten Großstädte bis auf Leipzig >50/100.000, besonders betroffen Frankfurt, Bremen, Offenbach, München, Berliner Bezirke
  - Testungen (Datenstand 27.10.2020): weitere Zunahme
    - >1,3 Mio. in KW43, Anzahl positiv >5%
    - Labore kommen zunehmend an ihre Grenzen, Rückstau (starker Anstieg) liegt aktuell bei ca. 70.000 Proben, bei der Tagesleistung von 100.000 ist dies jedoch (noch) überschaubar
    - Auch innerhalb des RKI gibt es Materialknappheit
  - 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Kreisen (Heatmaps):
    - Ausbreitung von KW43 – KW44 von jüngeren auf ältere Gruppen
    - Es ist auch ein Anstieg bei 0-14-jährigen zu sehen,
    - Aus der mittleren Erwachsenengruppe zieht Situation in andere ältere und jüngere Altersgruppen, dies ist anders als bei Influenza
    - Keine klaren Muster, es gibt Kreise mit sehr hoher Inzidenz mit benachbarten mit niedriger Inzidenz! lokal (begrenzte) Häufungen
  - Angaben zu Quellen von Fallinformationen
    - Meistens aus KoNa, Testung/Reihenuntersuchung gefolgt von Verdachtsmeldungen
    - Testung/Reihenuntersuchung unterteilt in diverse Kategorien (Reiserückkehrer Risikogebiete, Krankenhausaufnahme, usw.)
    - Über CWA wir nur geringe Anzahl von Fällen bekannt
  - Aus Meldedaten sind noch mehr Informationen verfügbar, weitere Bündelung und Kommunikation wird diskutiert
- ! Amtshilfeersuchen Offenbach
  - Erhöhte Inzidenz und sehr umfassende Dateneingabe, inklusive KoNa-Daten in SurvNet
  - RKI wird um wissenschaftliche Aufarbeitung gebeten





## VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Team wird aktuell zusammengestellt und Anfrage soll voraussichtlich nächste Woche bedient werden</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Viele Leute sind aktuell in Einsatzgeschehen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Namibiaeinsatz endet heute</li> <li>○ 2 Personen sind aktuell auf Lesbos um das European Mobile Lab zu unterstützen</li> <li>○ 1 Person reist mit der SEEG nach Honduras zu unterstützen</li> <li>○ Eine Nachfolgemission zur klinischen Unterstützung nach Usbekistan ist in Planung</li> <li>○ Einsätze zahlreich und divers - spiegelt das dynamische Geschehen wider</li> </ul> </li> <li>! Gestern Hilfeersuchen um Unterstützung von Intensivmedizin und Labor aus der tschechischen Republik: Teams sollen mobilisiert werden</li> <li>! BMG wurde letzte Woche gebeten die Deadline für Corona-Global-Anträge zu verlängern, nun bis Mitte November</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mit steigenden Fallzahlen zunehmende Fragen zu           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verhalten bei positiv-Testung</li> <li>○ Handhabe bei Status KP I oder II, dies soll noch deutlicher dargestellt werden</li> <li>○ Häuslicher Quarantäne</li> </ul> </li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Angriff auf RKI-Internetseite letzte Woche           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alles ist nun wieder normal, Angriff betraf einen Tag</li> <li>○ Erhöhte Sicherheitsvorkehrungen werden aufrechterhalten um erneuten Angriff zu vermeiden: wenn zu viele Aktionen auf der Webseite kurz hintereinander erfolgen muss ein Captcha gelöst werden, dies verhindert auch Bots von deutschen IP-Adressen</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn Captchas zu häufig erscheinen, gerne Presse informieren</li> </ul>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p><b>Erklärung zu sinkenden R-Werten für heutigen Lagebericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Textvorschlag hierfür wurde entwickelt (<a href="#">hier</a>) da das leichte Absinken des R-Wertes zu Nachfragen geführt hat</li> <li>! Nachfrage R-Kalkulation: Müsste diese noch stärker bezüglich der Verzögerung der Testung angepasst werden? Wird diese aktuell realistisch abgebildet? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Das Nowcasting berücksichtigt täglich Änderungen in der Es wird eine feste Verzögerung zwischen Fallübermittlung Erkrankungsbeginn und Übermittlung des Falls Fallankunft am an das RKI benutzt</u></li> <li>○ <u>Annahme ist dennoch, dass die Verzögerung bei den Nachmeldungen der nächsten Tage so bleiben wie sie zuletzt (grob: in den letzten 7 Tagen) waren.</u></li> <li>! <u>Dieser Wert ändert sich und wird nicht täglich angepasst</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vor kurzem wurde dies geprüft: es gibt <u>im Moment keine deutliche Veränderung im Meldeverzug, und keine Unterscheidung zwischen Bundesländern oder im Zeitverlauf</u></li> <li>○ Dies wird beobachtet und bei Bedarf im Berechnungsverfahren angepasst</li> </ul> </li> <li>! 4-Tage-R-Wert <u>unterliegt wöchentlichen Schwankungen, wird daher nur aus historischen Gründen berichtet geht im Sägezahnmuster rauf und runter</u></li> <li>! 7-Tage-R-Wert <u>gleich sollte diese Effekte eigentlich ausgleichen zeigt aber dennoch - auch leichte wöchentliche Wellenbewegungen. Dies könnte durch Berücksichtigung der Wochentags-Abhängigkeit korrigiert werden. Das setzt allerdings eine hinreichend hohe Zahl von Meldungen mit Angabe zum Erkrankungsbeginn voraus</u></li> <li>! Wichtige <u>Umformulierung: Regel: nicht jeder Ein</u> R-Wert &gt;1 bedeutet exponentielles Wachstum</li> <li>! 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</li> <li>! Die Bevölkerung hat bereits vor dem Lockdown in Eigeninitiative Maßnahmen umgesetzt und Bewegungen eingeschränkt, nimmt von sich aus vorweg, was Politik entschieden hat</li> </ul> </li> </ul>	



	<p>! Auch der ARE-Wert liegt jetzt noch deutlich unter dem der Vorjahre, Übertragung respiratorischer Erreger ist aktuell deutlich niedriger als sonst</p> <p>! Leichte Textanpassungen und die letzten zwei Absätze werden gestrichen und die Lage zunächst weiter beobachtet</p> <p><i>ToDo: LZ passt Erklärung zu R-Werten an und integriert sie in Lagebericht</i></p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Kontaktpersonennachverfolgung</b></p> <p>! Die vorhandenen Empfehlungen und Dokumente sollen aktualisiert werden, Zielsetzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition von Prioritäten in Situationen hoher GA-Belastung</li> <li>- Verschlankung und breiteres verständlich Machen</li> </ul> <p>! Hierfür wurden drei Dokumente besprochen:</p> <p>! 1 – Orientierungshilfe (<a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einstiegsdokument: richtet sich an ÄrztInnen und GA sowie betroffene Personen, Allgemeinbevölkerung, entsprechend Quarantäneflyern</li> <li>○ Wurde auf Minimum reduziert <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Adressaten</li> <li>▪ Ziele</li> <li>▪ Prioritäten</li> <li>▪ Schritte: Fallbefragung=1. Schritt der Aufgaben des GA</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Zeiträume Nachverfolgung, Dauer Isolierung und Quarantäne</li> </ul> </li> <li>○ Soll für jede Person verständlich sein, Kerninformationen werden grafisch aufgearbeitet, Infografik bereits in Arbeit und Abstimmung</li> <li>○ Kommentare/Verbesserungsvorschläge <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Begriff „Schritte“ durch „Vorgehen“ ersetzen (Präs)</li> <li>▪ Unterüberschrift lässt vermuten, dass die Ärzte Kontaktpersonenmanagement machen sollen</li> </ul> </li> <li>○ Für die, die mehr wissen müssen/wollen – Verlinkung zu !</li> </ul> <p>! 2- Ausführliche Arbeitsmaterialien zu KoNa-Management (<a href="#">hier</a>)</p>	

- Lange Version für die, die dies für ihre Arbeit benötigen
- Wurde verschlankt, KP III (medizinisches Personal) wurde komplett herausgenommen und wird von FG37 in eigenem Dokument zusammen mit notwendigen institutionellen Vorbereitungen bearbeitet (Personal, Flussdiagramm, usw.)
- Hier nur noch KP I und II, inklusive Beispiele und Fragen, zu denen Konzepte entwickelt wurden
- Haushaltsquarantäne wurde aufgenommen
- Ansonsten keine Änderungen

! 3 - Illustration zu Kontaktarten ([hier](#))

- Richtet sich an Ärzteschaft und Allgemeinbevölkerung
- Bilder können als Ergänzung zum Text platziert werden
- Abgebildete Szenarien sind alle schon im Text vorhanden (lediglich grafische Ergänzung)
- Anhand der grafischen Umsetzung soll interessierte Bevölkerung nachvollziehen können, was das GA macht (ohne selber involviert zu sein), Zielgruppe sind nicht GA, z.B. machen auch große Betriebe ihre eigene KoNa
- Erste Folien sind gut und als Piktogramme selbstredend, grafisch umgesetzte Situationen sollten sich auf wenige, grundlegende fokussieren
- Je mehr Text, desto weniger hilfreich
- Auch Abstimmung/Arbeitsauftrag für BZgA

! Wann wird KoNa Papier für KP III fertig?

! FG37 arbeitet daran, Konzept und Inhalte stehen, grafische Finalisierung noch zu erledigen

*ToDo: Fertigstellung der folgenden KoNa-Dokumente*

- 1 Orientierungshilfe – FG36/IBBS
- 2 ausführliche Empfehlungen – FG36
- 3 Infografik- P1/FG36
- 4 Papier KP III – F37

**Testkriterien ([hier](#))- Strategie-Anpassungen für Winter ([hier](#))**

- ! Viele Aspekte sind aus den Testkriterien für Schulen bekannt
- ! Spezifizieren Kriterien, Symptome oder Eigenschaften für eine Testindikation, z.B. Risikogruppe, medizinisches Personal, Veranstaltungen, Cluster, erhöhte Inzidenz, vorwärtsgerichteter Kontakt zu vielen Menschen, usw.
- ! Fall-basiertes nicht-Testen: Schnupfen und Halsschmerzen sind keine COVID-19-Hinweise aber auch nicht als Symptome auszuschließen! Isolation zu Hause bis 48h nach Symptomfreiheit empfehlenswert
- ! Terminologie: nicht „vulnerable“ Gruppe da dies eher soziologisch belegt ist, stattdessen Risikogruppe (medizinische Disposition)
- ! Inhalte stehen, redaktionelle Updates erfolgen noch



## VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! BMG war grafische Aufbereitung wichtig, ist aktuell in Detail-Abstimmung</p> <p>! Maßnahme Kontaktreduktion muss stets bestehen bleiben, da ggf. keine häusliche Isolierung angeordnet wird</p> <p>! 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</p> <p>! Sollte unbedingt als begleitende Strategieergänzung publiziert werden</p> <p>! BMG Wunsch: Minister ist nächste Woche zurück und möchte sofort Pressearbeit leisten, Thema Testungen und Empfehlungen für Ärzte sollen genutzt werden, BMG möchte diese Informationen an KBV senden und an Ärzte bringen (kassenärztliche Vereinigungen)</p> <p><i>ToDo: Paket mit Flussdiagramm Testkriterien und Strategieergänzung für den Winter und o.g. Text Orientierungshilfe KoNa an Präs zur Weiterleitung ans BMG (IBBS und FG36) <u>erledigt</u></i></p>	
9	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p><b>Letzter Stand zur Impfung (<a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! Laufende Studien</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 Impfstoffe wurden bei EMA eingereicht</li> <li>○ 1. Ergebnisse der Phase III Studien werden im Laufe des Novembers erwartet</li> <li>○ Wenn positiv, könnte Zulassung innerhalb von 2-6 Wochen erfolgen, dann wären sie Anfang 2021 verfügbar</li> <li>○ 1. BioNTech/Pfizer: 2 Dosen. Lagerung bei -70 (...), Lösemittel zur Herstellung notwendig, 5 Dosen pro Behältnis</li> <li>○ 2. Oxford/AstraZeneca: voraussichtlich 2 Dosen (ob eine genügt wird aktuell getestet), Lagerung bei 2-8</li> </ul> <p>! STIKO Empfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1. Priorisierung ethischer Leitfanden in Endabstimmung, wurde in Videokonferenz Minister vorgestellt, zu klären ist Verfassungsschutzanfrage zur Notwendigkeit parlamentarischer Absegnung, dass priorisiert werden darf (mögliche Klagen von interessierten die nicht priorisiert sind aber geimpft werden wollen)</li> <li>○ 2. Empfehlung: Zuständigkeit bleibt bei STIKO, Orientierung am ethischen Leitfanden, dringender Bedarf für Planung der Massenimpfungen durch BL, auch Ministerium möchte erste Empfehlung im Laufe des Novembers, STIKO möchte ungern so ohne Phase III Studienergebnisse Empfehlungen verfassen</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuelle Diskussion: Personen in Alten- und Pflegeheimen, Personen ab 80, Risikogruppen mit besonderen Expositionen, noch nicht abgeschlossen</li> <li>○ STIKO plant „living guideline“ und “living systematic review”, update z.B. alle 2 Wochen bzw. abhängig von Triggern (neue Impfstoffe, Indikationen, usw.)</li> </ul> <p>! Diverse Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einführung/Verabreichung in BL: wöchentliche AGI TK hierzu mit BMG, PEI, BZgA, Diskussion zum Ort der Impfung, mehrheitlich werden Impfstellen präferiert, NRW will Impfung ins Regelsystem integrieren, ggf. in Apotheken und Einzelimpfdosen, es wird noch viel Diskussion geben</li> <li>○ Besorgung: BMG zuständig über EU Joint Procurement, maximal 60 Lieferstandorte pro BL, läuft auch mit/über Bundeswehr und dann ist es Verantwortung der BL, Verteilung nach Bevölkerungsanteil, kein Extrakontingent für den Bund</li> <li>○ Es bestehen noch viele Unsicherheiten und Fragen zu Mengen, Personal, Dokumentation, Impfquoten, usw., aber alles soll zum 1. Januar bereit sein</li> <li>○ RKI ist zuständig für das Impfquoten Monitoring (FF: FG31 Leitung, technisch, FG33 inhaltlich)</li> <li>○ Impfabzeptanz: auch in COSMO beinhaltet, 53% der Bevölkerung würden sich impfen lassen, niedrigste Akzeptanz bei HCW, RKI plant zweiwöchentliche Surveys zu Impfquote und -akzeptanz</li> <li>○ Kontakt-verhalten: KOMMI-projekt seit Mai, Modellierung, Altersgruppen zu Hause, Schule, Arbeit Transport</li> </ul> <p>! Frage: Wirksamkeit bei &gt;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</p> <p>! Aktuell gibt es noch keine Hinweise auf Krankheitsenhancement durch COVID-19-Impfung</p>	
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! Es wird versucht, die GA auf geringere Probenzahlen herunterzuhandeln, letzte Woche waren es 500 mehr</p> <p>! In ersten 4 Tagen diese Woche wurden 1.800 GA-Proben analysiert, Positivrate liegt bei 20%</p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Über die virologische AGI Surveillance gab es 204 Einsendungen, 5 waren SARS-CoV-2 positiv, 94 zeigten Rhinoviren, ansonsten keine weiteren respiratorischen Erreger</p>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>IBBS</p>



<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Aktueller Stand zu den Containment Scouts (CS)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gab einen BMG-Erlass 1500 neue CS einzustellen, ein Aufstockungsantrag hierfür ist beinahe fertig</li> <li>! Voraussichtlich werden es nicht 1.500 sondern eventuell 1.000, ca. 600 über BVA, 400 über die GA direkt via Einstellung über BVA rekrutiert</li> <li>! Dies wurde gestern mit den BL besprochen und wird nun in die Wege geleitet</li> <li>! Bewilligungsbescheid liegt noch nicht vor aber Vorbereitungen laufen parallel damit bald (Ende Nov/Dez) die neuen CS zur Verfügung stehen</li> </ul> <p><b>Sprachregelung zur Verwendung von FFP2-Masken im privaten Bereich (<a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kurzes Dokument zu dieser Fragestellung wurde primär für den internen Gebrauch vorbereitet, anhand der Argumente die letzte Woche ausgetauscht wurden: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FFP2-Masken sind eine Maßnahme des Arbeitsschutzes</li> <li>○ Wenn Personen nicht geschult/qualifiziertes Personal sind, haben FFP2 Masken bei nicht korrekter Anpassung und Benutzung keinen Mehrwert</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Hinweis, dass ein mögliches Knappwerden der Masken für die eigentlich intendierten Benutzer (medizinischer Bereich) absolut zu vermeiden ist</li> </ul> </li> <li>! Es gibt Forderungen nach Konzepten zum Schutz von Risikogruppen (Gérard Krause fordert im Spiegel Interview (<a href="#">hier</a>) weite Nutzung von FFP2-Masken, kassenärztliche Vereinigung) und Frage warum RKI nicht breiten Einsatz empfiehlt</li> <li>! Diese Forderung ist nicht evidenzbasiert</li> <li>! Eine offensivere Kommunikation wäre sinnvoll um transparent zu machen, warum RKI dies nicht empfiehlt</li> <li>! 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</li> <li>! Tim Eckmanns van von Hygienikern klare Zustimmung und Unterstützung der RKI-Position erhalten, eine öffentliche Stellungnahme durch Hygieniker/Fachgesellschaft hierzu wäre sehr wünschenswert aber nicht sicher/wahrscheinlich</li> <li>! Für gesunden jungen Menschen ist passende FFP2-Maske wegen des erheblichen Atemwegwiderstandes unangenehm zu</li> </ul>
-----------	--

	<p>tragen, dies ist Pflegeheimbewohnern nicht zuzumuten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Die Evidenzlage soll neben den theoretischen Überlegungen berücksichtigt werden</li> <li>! Eine weitere Abstimmungsrunde des Textes und dann als FAQ auf die webseite</li> </ul> <p><i>ToDo: Krisenstabsmitglieder sollen FG14-Dokument bis Mittwoch nächste Woche kommentieren, anschließend wird es in Form von FAQ auf der RKI-Webseite publiziert <a href="#">[ID 2063]</a></i></p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32/FG35
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neue Risikogebiete gehen heute online</li> </ul>	LZ
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  <b>Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19-Pandemie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Befragung lief 01.-14.10.2020, Ergebnisse werden jetzt ausgewertet und demnächst im Krisenstab präsentiert</li> </ul>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 02.11.2020, 13:00 Uhr, via WebEx</li> </ul>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.11.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth



- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas



- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Livia Schrick
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
  - Sandra Beermann
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christophe Bayer





	<p>gekommen, ca. 100.000 Fälle bisher.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Welle im Frühjahr, 2. Welle seit Juni, hauptsächlich in den großen Städten.</li> <li>▪ Gründe: Japan hat relativ früh nationalen Notstand ausgerufen. Der frühe Zeitpunkt des 1. Lockdown (u.a. durch die Erfahrungen mit der Diamond Princess) war hilfreich, außerdem die starke Compliance der Bevölkerung.</li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG bereitet mehr zu Maßnahmen in Japan für Mittwoch vor.</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 545.027 (+12.097), davon 10.530 (1,9%) Todesfälle (+49), 7-Tages-Inzidenz 120,1/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=1,07; 7-Tage-R=1,04</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL ansteigender Trend</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Hessen, Saarland, NRW und Bayern.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Karte färbt sich immer röter, Skala soll erweitert werden</li> <li>▪ In Marburg-Biedenkopf wurden Fälle doppelt erfasst. Die Inzidenz ist trotzdem relativ hoch.</li> </ul> </li> <li>○ Altersgruppenspezifische Inzidenzen für hospitalisierte Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Inzidenz steigt am stärksten bei &gt; 80 Jährigen an, gefolgt von 60-79 Jährigen.</li> </ul> </li> <li>○ Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die DIVI-Skala ist relativ hell; zu beachten ist, dass die Skala sich täglich an die Werte anpasst, sodass ein</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<p>Vergleich der Abbildung nach Farbtönen nicht möglich ist. Im Westen und Süden werden mehr Fälle auf Intensivstationen betreut, im Nord-Osten ist die Anzahl von COVID -Fällen relativ gering.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt steigt die Anzahl.</li> <li>○ Monatliche COVID-19 Todesfälle pro 100.000 Einw.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenzen sind bei &gt; 90 Jährigen wieder am höchsten. Bei 80-89 Jährigen steigen Inzidenzen wieder an.</li> </ul> </li> <li>○ Vergleichsdaten von Blutspendern miteinzubeziehen wäre sinnvoll.</li> <li>○ Inwieweit wird im DIVI-Register die reale Situation abgebildet?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: DIVI-Register Team soll diesem Punkt nochmal nachgehen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gehen die Inzidenzen in jedem LK nur nach oben oder gehen in einigen LK die Zahlen wieder zurück?</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Handelt es sich bei den &gt; 80 Jährigen um Heimpatienten oder auch um im eigenen HH lebende Personen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Soll am Mittwoch vorgestellt werden, FF M. Diercke.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte die Bewertung in Community transmission geändert werden? Diese Entscheidung sollte nicht übereilt getroffen werden, hierfür muss ein guter Grund gegeben sein.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p>	



	<p>! Neuheiten zur CWA (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Symptom-Tagebuch. Positiv getestete Personen können erfassen, ob Symptome vorlagen (ja-nein) und wenn ja, wann Symptombeginn war (keine Erfassung der exakten Symptome).             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Moment werden alle informiert, die in den letzten 10 Tagen mit der pos. getesteten Person Kontakt hatten.</li> <li>▪ Ziel ist eine Verbesserung der Risikobewertung, eine adaptierte und verbesserte Berechnung der Risikobegegnungen.</li> </ul> </li> <li>○ Austausch von Schlüsseln mit anderen internationalen Apps             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FF EU Kommission, Ziel: sicherer Informationsaustausch</li> <li>▪ Bisher findet ein Schlüsselaustausch mit anderen Ländern mit dezentralem System statt: Dänemark, Irland, Italien, Kroatien und Tschechien.</li> </ul> </li> <li>○ Internationaler Austausch und Beratung             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ mit EU-Kommission, ECDC, WHO EURO und diversen Ländern mit ähnlichen Apps</li> <li>▪ zum Teil Wunsch nach fachlicher und technischer Beratung</li> <li>▪ Austausch mit Hr. Lauterbach und anderen Kollegen. Dieser dient eher dem Erwartungsmanagement, da vom BMG keine Gelder für weitere Funktionalitäten eingeplant wurden.</li> <li>▪ Kontakttagebuch als zusätzliche Funktion ist einer der Verbesserungsvorschläge, wurde vom BMG noch nicht entschieden.</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 (Sandra Beermann)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Kein Anpassungsbedarf.</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Letzte Woche viele Mails zu Maskenfragen bei Kindern, diese Woche Beschwerden wegen fehlendem Grippeimpfstoff</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Am Dienstag, den 03.01.11. findet eine Bundespressekonferenz mit Beteiligung von Hr. Schaade und dem Minister statt.</p> <p>! Hr. Schaade soll eine Einordnung der Lage leisten, im Sinne von „Wie schlimm ist es und woher wissen wir das?“. Hierfür dürfen nicht nur Meldezahlen betrachtet werden, sondern müssen auch andere Kriterien miteinbezogen werden. Die veränderten Testkriterien, die vom Minister am Wochenende freigegeben wurden, sollen kommuniziert werden.</p> <p>! Die Botschaft, dass nicht alle mit ARE nicht getestet werden,</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>sondern 5 + 2 Tage zu Hause bleiben sollen, könnte morgen veröffentlicht werden.</p> <p><i>ToDo: Abstimmung der Testkriterien zur Veröffentlichung mit Hr. Degen (BMG), außerdem Frage nach Vorschlag zum Home Office, FF Lagezentrum</i></p> <p>! Konzepte für Schutz von Risikogruppen hat RKI im Fokus. Einzig möglicher Schutz ist, dass die Zahlen niedrig bleiben. Bei Nachfragen kann sich Hr. Schaade dazu äußern, ist aber nicht als sein Thema vorgesehen. Falls Fragen zu FFP2-Masken für Risikogruppen kommen: diese können den Risikogruppen nicht auf Dauer zugemutet werden. Sind nur für die unmittelbare, medizinische Arbeit vor Ort und für einen begrenzten Zeitraum gedacht (nach 75 Minuten Tragen sollte eine 30-minütige Pause eingelegt werden).</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>BMG-Liaison</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Erklärung zum sinkenden R-Wert (Vorschläge <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ R-Wert geht zurück, aber R-Werte knapp &gt;1 bedeuten immer noch exponentielles Wachstum, wenn auch langsamer als zuvor.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Für eine Beschreibung spricht, dass der rückläufige R-Wert nicht als rückläufiger Trend interpretiert werden sollte. Im Moment gibt es keinen Anlass zur Entwarnung.</li> <li>○ „Exponentieller“ Anstieg kann auch missinterpretiert werden. Exponentieller Anstieg ist nicht gleichbedeutend mit schnellem Anstieg.</li> <li>○ Kommentierung des R-Wert ist zum aktuellen Zeitpunkt schwierig, besser sollte auf Effekte des Teil-Lockdowns gewartet und die Interpretation auf später verschoben werden.</li> <li>○ Einigung auf: „Die berichteten R-Werte liegen seit Anfang Oktober stabil deutlich über 1. In den letzten Tagen hat der</li> </ul>	<p>AL3 / Matthias an der Heiden / Alle</p>





	<p>R-Wert leicht abgenommen, liegt aber weiter über 1. Das bedeutet, dass die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiterhin zunimmt.“</p> <p>! Wäre es möglich MA, die im Lagezentrum arbeiten, niedrigschwellig zu testen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist nicht möglich. Nur wenn es einen Hinweis auf eine Exposition am Arbeitsplatz gibt, kann im Haus getestet werden. Eine Testung darüber hinaus wäre nur möglich, wenn bestimmte Bereiche als krisenrelevant ausgewiesen werden. Alle MA mit respiratorischen Symptomen sollen zu Hause bleiben. Das RKI muss sich an seine eigenen Empfehlungen halten. Bei beruflicher Exposition wird am RKI getestet, sonst nicht.</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Anpassung Abb. 1 im Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Karte wird zunehmend dunkelrot, Skala weist als Maximalkategorie &gt; 100 aus. Es soll eine Differenzierung mehr, &gt;200, ausgewiesen werden. Die Farbe hellgrün (keine Fälle) könnte aus Legende entfernt werden.</li> <li>○ Eine Erweiterung der Skala stößt auch allgemeine Zustimmung, umstritten ist, ob hellgrün aus der Legende entfernt werden soll.</li> </ul>	Abt. 3
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der KW 44 gingen 2.785 Proben ein, davon waren 553 positiv auf SARS-CoV-2.</li> </ul> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von 86 Proben waren 36 pos. auf Rhinoviren; 3 auf SARS-CoV-2.</li> <li>○ Motivationsschreiben wurde auf den Weg gebracht.</li> </ul> <p>! Hr. Mielke war am Freitag im Labor 28, diese vergleichen Labor-Antigenteste. Das Ranking von Antigentesten wird zunehmend einfacher. Die Antigenteste können durchaus eine Bereicherung für die Kapazität der PCR-Teste sein.</p> <p>! Eine Masterliste mit einer Übersicht über Einrichtungen, die SARS-CoV-2 Teste durchführen, wird in Abt. 1 geführt. Es gibt eine Übersicht auf den Seiten der KV, wo man sich testen lassen kann. Es gibt Testzentren, die nur Proben abnehmen und solche, die auch Teste durchführen.</p> <p><i>ToDo: Bitte um Weitergabe der über die ARS-Schnittstelle erfassten Parameter an Hr. Mielke, FF Fr. Abu Sin ! erledigt</i></p> <p>! Könnten Testzentren auch als Impfstellen fungieren? Ist logistisch schwierig, da sich dann symptomatische und zu impfenden Personen an einer Stelle treffen würden.</p>	ZBS1 FG17 AL1



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Beide Aspekte sollten getrennt werden. Sinnvoll wäre analog zu Schwerpunktpraxen für Testung, solche für Impfung zu generieren.</li> <li>! Es gibt viele unterschiedliche Pläne in den einzelnen BL, noch ist sehr viel im Fluss, AP ist Ole Wichmann.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul>	
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können.             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren, Koordinierung findet über RKI statt.</li> <li>o 6 Bundesländer, die hierfür besonders geeignet wären, sollen gesondert gefragt werden.</li> </ul> </li> <li>! Die eigentlich betreibbaren Betten im DIVI-Register sind nicht real. Viele KH kommen an ihre Kapazitätsgrenzen, obwohl noch freie Betten angezeigt werden. Ein Grund ist vermutlich, dass Betten finanziell entlohnt werden. DIVI hat hier nachgesteuert.</li> </ul>	<p>IBBS</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>13</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE spielt weiterhin eine Rolle, aber unter Niveau der Vorjahre</li> </ul> </li> <li>o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in allen Gruppen, flacher in jungen Altersgruppen. Die Inzidenz bei 15-20 Jährigen liegt über der Inzidenz der &gt; 20 Jährigen, die anderen Altersgruppen darunter. Der Anteil der Fälle bei 15-20 Jährigen nimmt kontinuierlich ab und ist beim Rest konstant.</li> </ul> </li> <li>o Ausbrüche in Kindergärten/Horte                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 35 neue, eher kleinere Ausbrüche</li> <li>▪ Größere Geschehen nur in BY mit jeweils 9 und in RP mit 8 Fällen.</li> <li>▪ Weiterhin 38 Ausbrüche, die nur ältere Jugendliche betreffen.</li> </ul> </li> <li>o Ausbrüche in Schulen                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In vielen BL waren Herbstferien. Anzahl der Ausbrüche ging zurück, Zahl der Betroffenen ist nicht so stark rückläufig.</li> <li>▪ Größte Geschehen in BY mit 22 bzw. 20 Fällen, in MV und SH mit 10 Fällen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Walter Haas)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ältere Kinder (11-14 und 15-20 Jahre) stehen im Vordergrund.</li> <li>▪ Ob ein Eintrag in die Schulen über Erwachsene oder ältere Jugendliche stattfindet, ist nicht bekannt.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	FG24
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ! Wegen ausgelasteter Server zunehmend Probleme im LZ mit Outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grund: Outlook ist nicht für einen gleichzeitigen Zugriff von vielen MA konzipiert.</li> </ul> ! 1 MA wurde pos. getestet. Es gibt einige Kontaktpersonen, die bisher alle neg. getestet wurden. Maßnahmen zum Infektionsschutz wurden intensiviert. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle MA wurden nochmal auf Hygienemaßnahmen hingewiesen und um Kontaktreduktion im privaten Bereich gebeten.</li> </ul>	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Pressekonferenz 03.11.2020	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	04.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Sarah McFarland
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

---

- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- ! BMG
  - Iris Andernach
  - Romy Kerber
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Protokoll
  - Janet Frotscher

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ca. 47,1 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,6%)</li> </ul> </li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ unverändert, lediglich Polen und Russische Föderation haben die Plätze getauscht</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 81 Länder auf der Liste</li> <li>○ Ein Land weniger als am Montag: Peru (Südamerika) nicht mehr dabei.</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Norwegen ist neu hinzugekommen</li> <li>○ Weiterhin nur 2 Länder, die die Inzidenz von 50 nicht überschreiten: in Estland und Finnland ist die Inzidenz &gt;40</li> </ul> </li> <li>! Zusammenfassung und News <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Europa: Anstieg um 58% im Vergleich zur Vorwoche in Italien und um 63% in Polen</li> <li>○ Japan (<a href="#">Folien 4-11</a>) hat die Krise bislang gut bewältigt, ca. 102.000 Fälle seit Beginn der Pandemie. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Clusters of cases“</li> <li>▪ Erster Fall am 16.01.2020 importiert aus Wuhan</li> <li>▪ 2. Welle ist vorrangig zurückzuführen auf jüngere Personen, Nightclubs und größere Veranstaltungen</li> </ul> </li> <li>○ <i>Diskussion: Was macht Japan besser als wir? Ist die Disziplin der Menschen ein Grund?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eine Strategie Japans: Cluster Response Teams fokussieren sich auf Übertragung von Superspreadern</li> <li>▪ CR-Teams haben bereits Erfahrung mit SARS</li> <li>▪ Es gibt keine Beweise/Studien warum, jedoch halten sich die Bürger stark und diszipliniert an Maßnahmen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 (McFarland)</p> <p>Präs</p> <p>FG34 (Bremer)</p> <p>FG34 (Haas)</p> <p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Glasmacher)</p>



	<p>(Druck society)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Großes Vertrauen in die Regierung</li> <li>▪ Masken waren vorab schon akzeptiert (notwendige Rücksichtnahme gegenüber dem Nächsten)</li> <li>▪ Verbeugungen statt Umarmungen bei Begrüßung</li> <li>▪ Geographischer Vorteil der Insel (Reisebeschränkungen)</li> <li>▪ Katastrophenschutzübungen</li> <li>▪ Benutzung von „Cluster-based“ approach</li> <li>▪ Hohe Compliance der Bevölkerung bei Empfehlungen /Maßnahmen (Scham der Weiterverbreitung)</li> <li>▪ Japanische Zahlen sind belastbar</li> <li>▪ Kommunikation der „three Cs“ (Folie 5) als politische Kommunikation – hat einen höheren Stellenwert für die Bevölkerung als beispielsweise eine Kampagne</li> <li>▪ Eventuell kann man in Deutschland „GGG“ statt „3G“ formulieren, um die Assoziation zum Mobilfunk zu vermeiden.</li> <li>▪ Ebenso wie „5G“ wird dies diskutiert, vor allem wegen der Analogie und der Assoziation zur schnellen Übertragung – sowohl Botschaften als auch virale Verbreitung</li> </ul> <p>○ <i>Diskussion: Wie funktioniert „Cluster-based“ approach?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cluster-based testing approach</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 577.593 (+17.214), davon 10.812 (1,9%) Todesfälle (+151), 7-Tages-Inzidenz 125,8/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=0,81; 7-Tage-R=0,92</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL weiter ansteigender Trend</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin,</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Präs</p> <p>ZIG (McFarland)</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Präs FG32 (Diercke)</p> <p>FG38 (Rexroth) FG37 (Eckmanns) FG32</p>
--	--	---



	<p>NRW und Hessen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Karte färbt sich immer rötter (Folie 3)</li> <li>▪ Nur noch 46 Landkreise mit 7-Tages-Inzidenz &gt;25-50 Fälle/100.000 Einw.</li> </ul> </li> <li>○ Altersgruppenspezifische Inzidenzen für hospitalisierte Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wochenvergleich MW 35-44</li> <li>▪ Fallzahlen / Woche deutlich angestiegen</li> <li>▪ Mittelwert des Alters steigt an</li> <li>▪ Geschlechterverteilung bleibt relativ ausgewogen</li> <li>▪ Anzahl der Hospitalisierten steigt deutlich an (Daten noch nicht vollständig)</li> </ul> </li> <li>○ Übermittelte COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlich mehr Fälle in KW 44 – ca. 400 Todesfälle</li> </ul> </li> <li>○ Fälle, die einem Ausbruch zugeordnet wurden, nach Infektionsumfeld (Setting) und Kalenderwoche (Zeitpunkt der Meldung des jeweiligen Falles) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten für KW 44 noch nicht vollständig vorliegend (möglicherweise können Gesundheitsämter nicht mehr so gut ermitteln)</li> <li>▪ Ergebnisse aus Blutspende-Surveillance werden am Freitag besprochen</li> <li>▪ Daten waren in den letzten drei Wochen relativ kongruent (Information von Frau Offergeld)</li> </ul> </li> <li>○ <i>Diskussion: Argument für Verzerrung?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schlechte Erinnerung</li> <li>▪ Fallkontrollstudie nicht genau</li> </ul> </li> <li>○ <i>Was bringt Infektionssetting?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Wahl Surveillance, dann mit Fallkontrollstudie bestätigen</li> <li>▪ Auffallend mehr Privatpersonen als in 1. Welle</li> </ul> </li> </ul>	<p>(Diercke)  Presse  (Glasmacher)  FG36 (Buda)</p> <p>FG36 (Buda)</p> <p>FG36 (Haas)</p> <p>FG37  (Eckmanns)</p> <p>FG38  (Rexroth)  Abt.1  (Mielke)</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoffen auf Aufstockung des Personals in GÄ</li>   <li>○ <i>Gibt es zur Attack Rate in Haushalten neue Daten?</i></li>   <li>▪ Attack Rates können nicht berechnet werden</li> <li>▪ Keine näheren Infos</li>   <li>! Syndromische Surveillance (<a href="#">Folien hier</a>)</li> <li>○ Der Wert (gesamt) lag in der 44. KW 2020 bei knapp 1.700 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,4 Mio. Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. (<a href="#">Folie 4</a>)</li> <li>○ ARE-Konsultationen bis zur 44. KW 2020 nur AG ab 15 Jahre: deutlich und besorgniserregend über starker Welle von 2017/2018</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 43. KW max. Verweildauer 1 Woche: dargestellt mit allen Hospitalisierten mit COVID-19 Diagnose (<a href="#">Folie 7</a>)</li> <li>○ Daten zu hospitalisierten Fällen in Folien zeigen hohe Dynamik der Welle</li>   <li>! Testkapazität und Testungen (<a href="#">Folien hier</a>)</li> <li>○ Weiterer Anstieg (7,5% Anzahl der Testungen)</li> <li>○ Positivenanteile pro Woche: fast 7,5% (<a href="#">Folie 1</a>)</li> <li>○ Positivenanteile nach Bundesland: Sachsen mit 12 % deutlich erhöht (<a href="#">Folie 2</a>)</li> <li>○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile Rehabilitation: Anteil pos. Tests bei 2%, Ausbrüche nehmen zu (<a href="#">Folie 3</a>)</li> <li>○ Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche: leichter Rückgang (<a href="#">Folie 4</a>)</li> <li>○ Zunahme des positiven Anteils in den verschiedenen Altersgruppen (<a href="#">Folie 5</a>): 0-4 Jährige sind davon ausgenommen (geringer Anstieg)</li> <li>○ Testverzug (<a href="#">Folie 6</a>): 0 Tage Testverzug (Tage zwischen Abnahme und Test – in hellem Blau dargestellt)</li> <li>○ Inzwischen wird etwas länger auf Testergebnis gewartet (1-2 Tage)</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Diskussion: Frage nach seriellen Testen in Bezug auf regelmäßiges Test, Formulierung einer Ausnahme?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abstimmung bezüglich eines Flussdiagramms, zurückhaltendes Vorgehen empfiehlt sich</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> ! Keine Themen zu besprechen  <b>Presse</b> ! Positive Berichte von der Bundespressekonferenz vom 03.11.2020 2020 (Teilnahme von Herrn Schaade) ! Keine weiteren Themen zu besprechen	BZgA (Thaiss)  Presse (Glasmacher)
<b>6</b>	<b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht besprochen	
<b>7</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>a) Allgemein</b>  <b>b) RKI-intern</b>  ! Erklärung zum sinkenden R-Wert:  Gestern lautete der Text in der Allgemeinen Einordnung vorne:  Vorschlag:  " In den letzten Tagen hat der R-Wert abgenommen; er liegt heute ungefähr bei 1. Das bedeutet, dass im Durchschnitt jede Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert ist, eine weitere Person ansteckt. Da die Zahl der infizierten Personen derzeit in Deutschland sehr hoch ist, bedeutet dies weiterhin eine hohe Zahl von täglichen Neuerkrankungen."  <b><u>Der Beschluss: Bleibt unverändert.</u></b>  ▪ rein fachliche Abhandlung ist nicht möglich  ▪ konservative Verhalten wird bevorzugt (sonst entsteht falsche	FG34 (an der Heiden)          Alle  Abt.1 (Mielke)  FG36 (Buda)



	<p>Botschaft zum falschen Zeitpunkt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zunächst Teillockdown erst einmal wirken lassen</li> <li>▪ starke Regionalität (dauert länger bis es ganz Deutschland erfasst hat)</li> <li>▪ Maßzahlen sind politisch</li> <li>▪ Es muss überlegt werden welche Maßzahlen – das war der Arbeitsauftrag von Herrn Schaade</li> <li>▪ Rechtzeitig Deeskalationskriterien überlegen</li> </ul> <p><i>ToDo: in Deeskalationsrunde nochmals diskutieren</i></p>	<p>Presse (Glasmacher) Präs FG36 (Buda) FG 34 (an der Heiden)</p>
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> ! Sensitivität des Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit MW 43 extrem niedriges Probenaufkommen – steht im Widerspruch zu Arztkonsultationen (Telefonberatung von Arztpraxen)</li> <li>○ Soll stärker aufgeklärt werden, denn ein repräsentatives Sentinel ist sehr wichtig!</li> <li>○ Hohe Zirkulation von Renoviren</li> <li>○ SARS-COV-2 Nachweise am Freitag (30.10.) und am Montag (02.11.): 1 Sentinel und 1 Krankenhaus-Surveillance (Berlin Buch)</li> <li>○ Überlegung den Service zu erhöhen, z.B. in Form von Kurierdiensten</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren (EWRS Verweis)</li> </ul> <p>! Konferenz mit den BL ! Patienten treffen in Tranchen ein: in dieser Woche werden 4 Patienten nach NRW verlegt, nächste Woche werden 10 Patienten nach Schleswig-Holstein verlegt ! Dynamik auf Intensivstationen ist hoch ! Prognose: einige BL könnten an ihre Kapazitätsgrenzen gelangen</p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Besteht die Möglichkeit mehr Informationen zu älteren Menschen zu erhalten, hierbei im Fokus der Vergleich zwischen zuhause lebende ältere Menschen / im KH oder</p>	<p>FG36 (Haase)</p>

	<p>Pflegeeinrichtung lebende ältere Menschen</p> <p>! Notwendigkeit ist deutlich, allerdings lässt sich diese Frage schwer interpretieren, denn es fehlt der Nenner (wie viele Menschen leben nicht in Altenheimen) – sehr zeitaufwendig</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Papier zu FFP2 Masken</p> <p>! DGHM Internetseite: Infektionsprävention durch das Tragen von Masken - eine Gemeinsame Stellungnahme von DGHM und GfV vom 4. November 2020, (<a href="#">Dokument hier</a>)</p> <p>! Fremdschutzmaßnahme von FFP2 Masken ist sehr unwahrscheinlich</p> <p>! Hinzu kommt: ohne begleitende Anwendung kein sicherer Schutz beim Laien!</p> <p>! BZgA verzeichnet deutlichen Anstieg von Anfragen auf FFP2 Masken (ob es sinnvoll ist diese generell zu ordern und im Unterricht zu tragen)</p> <p>! FAQ zu FFP2 Masken sind in Vorbereitung, damit können viele Fragen vorher „abgefangen“ werden</p> <p>! Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 (<a href="#">Dokument hier</a>)</p> <p>! Allerdings können nicht alle Berufsgruppen angesprochen werden (Aufgabe des Arbeitsschutzes)</p> <p>! Stellungnahme des DGKJ zur Maskenpflicht bei Kindern (<a href="#">Dokument hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Diskussion: sind Aerosol Videos von FFP2 Masken verfügbar (im Besonderen mit Hinweisen zu falscher Handhabung)?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ New York Times Animation</li> <li>▪ „Quarks“ Video</li> <li>▪ „Sendung mit der Maus“</li> </ul> </li> <li>○ <i>Diskussion: Kontakte zur Berufsgenossenschaft der Lehrer? Inwiefern gehören Lehrer zur Risikogruppe?</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herr Haas wird die Frage dazu in Telefontermin mitnehmen und zeitnahe Rückmeldung geben</li> <li>▪ Infos von Herrn Renard bezüglich der Krankenrate bei Erziehenden werden zur Verfügung gestellt</li> </ul> </li> </ul> <p>! Dashboard verzögert aktualisiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Dashboard ist ausgegraut bis aktuelle Daten zur Verfügung stehen, um Missverständnissen vorzubeugen</li> <li>○ Auf Display absolute Zahl</li> <li>○ Am 05.11.20 Diskussion mit ESRI</li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>BZgA (Thaiss)</p> <p>FG14 (Brunke)</p> <p>FG36 (Haas)</p> <p>Präs</p> <p>BZgA (Thaiss) FG14 (Brunke)</p> <p>Abt1 (Mielke)</p> <p>FG36 (Haas / Buda)</p> <p>FG32 (Diecke)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Faldefinition <ul style="list-style-type: none"> <li>o EpiLag: viele Antigentests sind nicht PCR betätigt</li> <li>o Eventuell sind Änderungen notwendig</li> </ul> </li> <li>! Datenbereitstellung Tessy (ECDC) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Übergangslösung gefunden</li> <li>o Bereitstellung von Testzahlen</li> <li>o ECDC Telefonkonferenz – europäisch einheitliches Vorgehen</li> </ul> </li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bitte an Herrn Wieler im Gespräch mit BMG nach Personal und Sachmitteln zu insistieren</li> <li>! Rückmeldung dazu von Präs/VPräs erfolgt zeitnah</li> <li>! Sprechzettel in Vorbereitung (Tendenzen des BMG beachten, FF Herr Minister Spahn)</li> </ul>	<p>FG38 (An der Heiden)</p> <p>Präs</p>
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wegen ausgelasteter Server noch immer Probleme im LZ mit Outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden</li> </ul>	<p>FG38 (An der Heiden)</p>
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gesundheitsausschuss, Herr Schaade</li> <li>! WHO IHR Review Committee, Herr Wieler (dienstags)</li> <li>! IANPHI lessons learned, Herr Wieler</li> <li>! Vorträge vor Rehaforum, Frau Diercke, Herr Eckmanns</li> </ul>	
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag, 06.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	06.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Sarah McFarland
  - Francisco Pozo Martin
  - Franziska Badenschier
- ! ZBS
  - Andreas Nitsche
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Djin-Ye Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Ruth Offergeld
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth

- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! Protokoll
  - Claudia Houareau





	<p>Variante nicht wirken könnte; Der Kontakt mit den dänischen Kollegen wird aufgenommen, um wichtige Details zu besprechen;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Des Weiteren wird Walter Haas über seine Netzwerke mit China Kontakt aufnehmen, um zu erfahren welche Erfahrungen beim Eindämmen von Ausbrüchen in Nerzfarmen besteht;</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 619.089 (+21.506), davon 11.096 (1,8%) Todesfälle (+166), 7-Tages-Inzidenz 128,7/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=x; 7-Tage-R=x (leider für heute noch nicht vorhanden)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL weiter ansteigender Trend</li> <li>▪ Flacht leicht ab; nicht steiler geworden</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, NRW und Hessen.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neue Kategorie mit Inz. Über 250 Fällen/100.000 Ew.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Update zur Serologische Untersuchung von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (SeBluCo; Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Hintergrund: Über gutes bundesweites Netzwerk des RKI mit Blutspendeeinrichtungen konnten schnell serologische Daten zur Abschätzung der Durchseuchung mit SARS-CoV-2 erfolgen;</p> <p>! Projekt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testung von ca. 170 anonymisierten Proben/Region alle 14 Tage ab KW 17</li> <li>▪ Testung auf Antikörper mit dem Anti-SARS-CoV2-IgG-ELISA der Firma Euroimmun (Target: S1)</li> <li>▪ Testung erfolgt im RKI (FG 22) für 13 Regionen</li> <li>▪ Testung erfolgt bei den Partnern für 15 Regionen</li> </ul>	<p>FG34 (Offergeld)</p>
--	--	-----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positive Proben werden im Plaque-Reduktions-Neutralisationstest (PRNT) untersucht</li> <li>▪ PRNT wird entweder im Konsiliarlabor oder in der med. Virologie der Universität Frankfurt nach gleichem Protokoll durchgeführt</li> <li>▪ Weitere Antikörperuntersuchungen möglich (z.B. weitere EIAs, Luminex)</li> <li>▪ Daten zu den Proben: Geburtsjahr, Geschlecht, 3stellige PLZ</li> </ul> <p>! 13 Blutspendeeinrichtungen, in 28 Regionen in Dtl.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gute Abdeckung; außer Saarland alle BL vertreten</li> </ul> <p>! Population:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ knapp 50T Proben analysiert:</li> <li>▪ Peak in jüngeren Spendern um 25-jährigen und bei 52-jährigen;</li> </ul> <p>! Kernergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ges.-Präv. (adjustiert) 1,35% (95%CI: 1,22-1,49%);</li> <li>▪ ohne Adjustierung liegt Präv. bei 1,8%;</li> <li>▪ Anteil der neutralisierten AK hat über die Zeit zugenommen;</li> <li>▪ Es wird daran gearbeitet wie alle effektiven AK ausgewiesen werden können;</li> </ul> <p>! Verteilung nach Alter u Geschlecht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Männer sind sign. häufiger betroffen als Frauen (1,66% vs. 0,96%);</li> </ul> <p>! Verteilung nach Region:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ unten rechts Spitzenreiter: Bayern; niedrigsten Präv. in Görlitz Dresden (Cave: Daten nicht ganz aktuell);</li> </ul> <p>! Trend über Zeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AK-Präv hat abgenommen; asymptomatische Gesunde werden getestet, denn jeder Spender kann erst 4 Wo. Nach einem Infekt spenden;</li> </ul> <p>! Diskussionspunkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ möglicher Bias durch Konvenienz-Sample;</li> <li>▪ Erkrankungsschwere nicht erhoben und schwer</li> </ul>	
--	---	--

	<p>betroffene sehr wahrscheinlich nicht unter Spendern;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unsicherheit bei der Testung, haben rechnerische dafür kontrolliert;</li> <li>▪ wenig ältere Personen;</li> </ul> <p>! Weitere Planung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pos. Proben mit anderen Methoden nachtesten;</li> <li>▪ Bev.-bezug durch PLZ möglich;</li> <li>▪ Prüfen, ob Daten für Modellierungen geeignet sind;</li> <li>▪ Antrag zur Fortsetzung der Studie bis April 2021 gestellt;</li> <li>▪ In Dänemark vergleichbare Studie. Leider bisher nur auf Dänisch veröffentlicht, Kontakt zu Dänen ist hergestellt</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Präsentation zu rapid review on contact tracing policies; snapshot (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! How it was done:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ still work in progress (=snap shot)</li> <li>▪ searched databases with broad search terms</li> <li>▪ inclusion criteria: <ul style="list-style-type: none"> <li>- the impact/ effect of contact tracing on any epidemiological measure,</li> <li>- the implementation/ process of contact tracing, or</li> <li>- the acceptability of contact tracing.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Inclusion of 104 studies</p> <p>! 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;</p> <p>! Snapshot of the evidence - simulation studies: some elements of success of contact tracing interventions; Bi-directional contact tracing: in Japan and Singapore;</p> <p>! Hintergrund dieser Auswertung: Wieler hatte diesen Review angeregt als OECD-Daten vorgestellt wurden, um internationale Erfahrungen zu sammeln: Contact tracing ist relevant!</p> <p>! Definition von contact tracing muss berücksichtigt werden</p> <p>! Herzlichen Dank für diese Auswertung;</p>	<p>ZIG2 (Pozo Martin)</p> <p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>FG37</p> <p>Präs</p>
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>	



	! Nicht besprochen	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Keine Themen zu besprechen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Bitte um Disclaimer für R-Werte im Lagebericht</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Auf der Website veröffentlichten neuen Testkriterien erzeugen durch eine Formulierung viele Nachfragen;</p> <p>! Einigung auf eine Umformulierung, damit Aussage klarer wird;</p> <p><i>ToDo: Walter Haas macht Formulierungsvorschlag, schickt diesen herum</i></p>	Präs
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Freitags werden Mobilitätsdaten über P4 geliefert;</p>	FG34 (Bremer)
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Keine Folien: Viel Work in progress</p> <p>! Impfsurveillance: Datenschutz über Bundesdruckerei überlegt, aber sehr kurzfristig alles;</p> <p>! Evaluation der Impfsicherheit in Diskussion mit dem PEI;</p> <p>! Kommunikation erfolgt über eine kleine Steuerungsgruppe unter Mitarbeit BMG, BZgA, FG33 (Wichmann);</p> <p>! STIKO Sitzung vom 04.-05.11.20: Gemeinsame Publikation mit Leopoldina; STIKO Bereitet erste Impfpfempfehlung für Mitte Dez. vor. Bekommen parallel von Herstellern Daten der Studien;</p> <p>! Herzlichen Dank</p> <p>! Anmerkungen: Wenn es möglich ist, Unterstützung über externe Dienstleister einbinden (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture);</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p> <p>Präs</p>
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Sensitivität des Sentinel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzten 4 Wo.: 174 Einsendung: 8 SARSCoV pos; 2 positive pro Wo.;</li> <li>○ 83 Proben waren Rhinovirus positiv;</li> </ul>	FG17 (Oh)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sind zzt. unter der durchschnittlichen Einsendung im Vergleich zu den Vorjahren;</li> <li>○ Motivieren Einsender Proben ans RKI zu geben;</li> </ul> <p>! Diskussion: Alarmierend, dass durch pos. Antigen-Tests oft keine Isolation durch die GÄ und Ärzte angeordnet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde auch bei AGI und EpiLag angesprochen. Hier war Konsens, dass Antigen-Tests Handlungen auslösen sollten;</li> <li>○ Fazit: Wieler schreibt Holtherm dazu an</li> </ul> <p>! 23% der Einsendung pos.; KOMO- Briefeinsendung 650 Proben; 2% pos.; insgesamt 20 positive; Antigen-Tests: PEI schickt BMG heute Validierungsstudie mit</p> <p>! Weltweite Produktion der Point-of-Care-Tests, inkl. Antigen-Tests, werden sehr wahrscheinlich Produktionsengpässe haben</p>	<p>FG37 (Eckmanns) FG38 (Rexroth)</p> <p>ZBS1 (Nitsche)</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Verlegung von 4 Pat. aus Frankreich nach NRW erfolgt nä. Wo; Anfrage für 30 weitere Pat. danach aufzunehmen schon eingegangen;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ viele Angebote von Krankenhäusern diese aufzunehmen;</li> <li>○ weitere Anfragen aus Polen, Tschechien, Griechenland;</li> <li>○ Anfragen laufen über verschiedene Kanäle;</li> <li>○ Bisher am effektivsten ist die TelKo mit allen zur Absprache;</li> <li>○ Bedarf zur Klärung der Kostenübernahme;</li> <li>○ Zustand der 4 Pat. ist stabil trotz der ITS-pflicht;</li> </ul>	<p>IBBS (Herzog)</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG36</p>
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! BMG stimmt weiteren Containment-Scouts Einstellung zu;</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Digitale Einreisemeldung startet offiziell am 08.11.;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ L1 FF mit den Verträgen;</li> <li>○ Clearing Stelle FG31 Hr. Claus;</li> <li>○ Es sind noch nicht alle GÄ angebunden;</li> <li>○ Software über Dienstleistern ausführen lassen (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture);</li> <li>○ Versucht über Amtshilfe durch Bundesdruckerei Unterstützung zu finden</li> </ul> <p>! ICC AOKpass;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Kollaboration stellt in einer App einen QR-Code-Pass aus, wenn man vor dem Flug von einem akkreditierten Labor/Klinik einen negativen Test innerhalb von wenigen</li> </ul>	<p>FG38 (an der Heiden)</p> <p>Präs</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Tagen fliegen will.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teilnehmende Fluggesellschaften aktivieren das Flug-Ticket nur, wenn man den QR-Code /pass hat.</li> <li>○ Zur Information: <a href="https://www.aokpass.com/en/media/">https://www.aokpass.com/en/media/</a></li> <li>○ Aber auch allg. Website: <a href="https://www.aokpass.com/">https://www.aokpass.com/</a></li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Int. Komm. ist weniger Belastet, mehr Personal entlastet;</p>	FG38 (an der Heiden)
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! ÖGD-Digitalisierung Tag: Von ÖGD, für ÖGD: RKI dabei</p> <p>! Mo. Treffen u.a. mit Prof. Gottschalk auch zur KoNa</p>	Präs
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 09.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	09.11.2020, 13-14:45 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
  - Alexandra Hofmann (Protokoll)
- ! FG 32/38
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS



- Christian Herzog
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Livia Schrick
- ! INIG
  - Sarah Esquevin
  - Sarah McFarland
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über ca. 49,9 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,5%)</li> </ul> </li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top3: USA, Frankreich, Indien</li> <li>○ Auf Platz 9 liegt Deutschland</li> <li>○ Rückläufiger Trend in Tschechien (Platz 10)</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 85 Länder auf der Liste mit über 50/100.000 Ew.</li> <li>○ Seit Freitag neu Botswana und Malediven</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finnland letzter unter 50</li> <li>○ Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten &gt;50 Fälle/100.000 Ew.;</li> </ul> </li> <li>! Afrika: 2% der Fälle und 3,6% der Todesfälle; Top 5: Marokko, Südafrika, Tunesien, Kenia und Libyen</li> <li>! 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</li> <li>! Asien: 16,3% der neuen Fälle und 19,5% der Todesfälle</li> <li>! 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).</li> <li>! Diskussion: BfR sollte involviert werden um dies zu prüfen</li> <li>! <b>SarsCoV-2 in Nerzen (Dänemark):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO hat dazu ein Rapid Risk Assessment (vertraulich) erstellt; es gibt eine Risikobewertung des Statens Serum Instituts; ECDC wird am 12.11. ein Rapid Risk Assessment dazu veröffentlichen</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	INIG S. MacFarland

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersverteilung 7 – 97 Jahre; 8 Fälle hatten eine Verbindung mit den Betrieben und 4 waren lokale Fälle</li> <li>○ klinischer Verlauf, Schweregrad sowie die Übertragung ähnlich ist wie bei anderen schon zirkulierenden Viren</li> <li>○ Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die Variante eine „moderately decreased sensitivity to neutralizing antibodies“ hat</li> <li>○ Bisher haben 6 Länder Nerze-assozierte-Fälle gemeldet: Dänemark, Italien, die Niederlande, Spanien und Schweden</li> <li>○ Maßnahmen in Dänemark: Alle Nerze im Land notgeschlachtet, Mass testing (PCR) in Nordjütland, erhöhte Sequenzierung des Virus sowie Teilung der Ergebnisse, Lockdown in Nordjütland</li> <li>○ Dänemark, Risikobewertung (03.11.): hohes Risiko, wenn die Nerzproduktion wie bisher fortgeführt wird</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! <b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 671.868 (+13.363), davon 11.352 (1,7%) Todesfälle (+63), 7-Tages-Inzidenz 139/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=1,09 (0,9-1,28); 7-Tage-R=0,98 (0,87-1,07)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg flacht leicht ab; nicht steiler geworden</li> <li>▪ Rückgang in Bremen und Saarland, deutlicher Anstieg in Sachsen</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Bayern und NRW</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 15 LK mit &gt;250 Fällen/100.000 Ew.</li> <li>▪ nur noch 7 LK unter 25&lt;100.000 Ew.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion: Sprachregelung zum Umgang mit zurückgehenden Zahlen vorhanden? Liegt das an den geänderten Testkriterien?</p> <p>! Sprachregelung sollte vorbereitet werden, jedoch zusammen mit dem in Kraft treten des neuen Gesetzesentwurfes.</p> <p>! Ist der Rückgang der Fallzahlen auf veränderte</p>	<p>FG32 M. Diercke</p>
--	---	----------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Testzahlen zurückzuführen? Werden mehr symptomatische als asymptomatische Fälle gemeldet? Dies soll diesen Mittwoch mithilfe der Testzahlen und der ausführlichen Analyse der Symptomangabe in den Meldedaten geprüft werden.</p> <p>! Gibt es weitere Testkapazitäten z.B. durch Veterinärmediziner? Es werden schon Tests für die Industrie durchgeführt und einige Zusammenarbeiten in den Ländern wurden etabliert, dies wird durch Testkoordinatoren der Länder koordiniert; Die Testkapazität ist aber auch da am Rande der Überlastung, was an fehlendem Testmaterial liegt. Das Thema steht auf der Agenda der AG Testkapazität.</p> <p><i>TODO Testzahlen vorab für die Krisenstabsitzung am Mittwoch vorbereiten (FF J. Seifried) [ID 2175]</i></p> <p><i>TODO M. Diercke bereitet Analyse zu Symptomen für Mittwoch vor. [ID 2176]</i></p> <p>! <b>Corona-KiTa-Studie</b></p> <p>! Grippe Web: jüngste Altersgruppe bleibt in KW 43/44 konstant; in allen anderen AG jahresübliches Niveau; geschätzt ca. 500.000 ARE in jüngster AG</p> <p>! Meldung in KW 45 noch vorläufig (Meldeverzug): weiterer Anstieg bei 15-20-Jährigen</p> <p>! Ausbrüche in KiTa's: 30 neue Ausbrüche in KW 44/45 im Median 3 Fälle je Ausbruch;</p> <p>! Ausbrüche in Schulen: 37 Ausbrüche in KW 44/45 (Ausbruchsermittlung verzögert); Weiterhin sollten konsequent Maßnahmen in Schulen umgesetzt werden um Ausbrüche zu verhindern z.B. die Verkleinerung der Klassen wird noch zu selten umgesetzt, dies führt womöglich dazu das KiTa's und Schulen nicht mehr lange offengehalten werden können.</p> <p>! Diskussion: Anzahl der Ausbrüche nimmt nicht zu, allerdings die Fallzahlen in den Ausbrüchen. Infektion erfolgt nicht außerhalb des Settings, sondern im Setting mit einer hohen Dichte und vielen Kontakten. Möglicherweise werden nicht mehr alle Ausbrüche aufgrund des Fallzahlenanstiegs in den GÄ dokumentiert.</p>	<p>FG36 W. Haas</p>
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! CWA: es fanden Vorstellungsgespräche für eine CWA Koordinationsstelle in der letzten Woche statt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Viele Labore und GA konnten in die CWA eingebunden</li> </ul>	<p>FG 21 P. Schmich</p>

	<p>werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wurde eine Zunahme der täglichen Nutzung der CWA festgestellt.</li> <li>○ Die Evaluation der CWA wurde vorangebracht</li> <li>○ SAP erstellt ein Dashbord, dass auch vom RKI für die Evaluation genutzt werden soll</li> </ul> <p>! Datenspende App: Ergebnisse aus App wurden in den Lagebericht integriert und werden nun jeden Donnerstag veröffentlicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Diskussion: Gibt es Erfahrungen zum Umgang mit den Warnmeldungen aus der CWA? Ist geplant pos. Antigentests aufzunehmen?</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Aktuelle Testkriterien gehen von symptomatischen Fällen aus. Asymptomatische Fälle (inkl. Meldungen der CWA) sind nicht enthalten. Wie Fälle mit einer CWA Warnung umgehen sollen wurde seit Mai nicht mehr den Empfehlungen angepasst, daher sollte das Flußschema geprüft werden und ggf. angepasst werden</p> <p><i>TODO: Flußschema der CWA prüfen und ggf. an neue Testkriterien anpassen/aktualisieren [ID 2177]</i></p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Besteht Änderungsbedarf an der aktuellen Risikobewertung?</p> <p>! Vorschlag: man sollte prüfen welche Entwicklung zu einer Überlastung führt: Ausmaß der Übertagung in der Bevölkerung? Entwicklung der Medizinsysteme? Entwicklung in den Intensivstationen? Anschließend sollte die Risikobewertung adaptiert werden. Dies könnte mithilfe eines neuen Prognose Tools betrachtet werden. MF4 soll diese Aufgabe übernehmen. Bis dieses Tool vorhanden ist, soll dies Aufgabe weiterhin von FG37 (FF T. Eckmanns) übernommen werden; L. Schaade hält mit L. Grabenhenrich zu dem Thema Rücksprache und meldet sich anschließend bei T. Eckmanns.</p> <p>! Die Textpassagen zu den Intensivpatienten sollten in der nächsten Krisenstabsitzung geprüft werden. Handelt es sich bei den DIVI Angaben tatsächlich um betreibbare Betten (inkl. Personal)? Laut DIVI ja, allerdings kann sich die Auffassung je Krankenhaus unterscheiden. Eine</p>	Alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gewisse Unschärfe ist daher bei den Angaben nicht auszuschließen. Es wird bei DIVI aktuell eine einheitliche Definition entwickelt.</p> <p><i>TODO: Vorstellung des Prognose Tools im Krisenstab und Klärung welche Daten dafür genutzt werden sollen; Sicherstellung eines möglichen Datentransfers von FG37 zu MF4 (FF FG37 / MF4) [ID 2178]</i></p> <p><i>TODO: Prüfung der Textpassagen zu Intensivpatienten (FF Krisenstab) [ID 2179]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Evaluation Schwankung R-Wert (Vortrag <a href="#">hier</a>)</b></li> <li>! Grafische Darstellung des Vergleichs von für einen Tag berichteten R-Werten (siehe Lagebericht) mit den im Zeitverlauf korrigierten R-Werten für diesen Tag.</li> <li>! 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.</li> <li>! Diskussion: Wie soll das bewertet und kommuniziert werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dieser Verzug sollte in die Modellierungen eingearbeitet und dafür korrigiert werden. Dies sollte auch in die Limitationen der Modellierungen aufgenommen werden. Matthias an der Heiden schlägt einen entsprechenden Text u.a. für den Lagebericht bis morgen Mittag vor.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>TODO: Textvorschlag für Lagebericht zu Erweiterung der Limitationen für die Modellierung des R-Wertes (FF Matthias an der Heiden). [ID 2182]</i></p>	<p>FG34 M. an der Heiden</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BZgA: Dank an RKI für die schnelle Beantwortung der Fragen zu FFP2 Masken <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell Beschwerden der Bevölkerung wegen mangelndem Influenza-Impfstoff;</li> <li>○ Es besteht Unsicherheit darüber was man als KP1 bzw. KP2 zu tun hat. Telefonhotlines des ÖGD bzw. Ärzthotline sind gerade überlastet. Ein Entwurf einer Orientierungshilfe wurde im Krisenstab geprüft. Diese Orientierungshilfe sollte noch grafisch aufbereitet werden. Dazu stand P1 in Kontakt mit FG36, FF Fr. Antao</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA H. Thais</p>

	<p><i>TODO: Lagezentrum soll prüfen wie der aktuelle Stand der grafischen Aufbereitung ist</i></p> <p>! Pressestelle: Hr. Wieler veranstaltet am Donnerstag ein Pressebriefing. Heute fand eine Bundespressekonferenz zusammen mit Hr. Mertens und der Leopoldina statt.</p> <p>! FG14 erhält aktuell viele Anfragen zu Nebenwirkungen von Masken. Sind dem Krisenstab Studien bei der Allgemeinbevölkerung zu dem Thema bekannt? Falls bekannt, bitte die Literatur dazu an FG14 weiterleiten.</p>	<p>Pressestelle S. Glasmacher</p> <p>FG 14 M. Brunke</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! nicht anwesend</p>	BMG
<b>7</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! nicht besprochen</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Online seit Sonntag: Digitale Einreiseanmeldung (DEA), Regelungen für Einreisende nach Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 (siehe auch <a href="https://www.einreiseanmeldung.de/">https://www.einreiseanmeldung.de/</a>)</p> <p>! Am RKI wurde eine Clearing Stelle dafür eingerichtet, für die Fr. an der Heiden zuständig ist. Sie arbeitet sich in das Thema ein, es ist allerdings unklar wie viele Anfragen eintreffen werden. FG 31 ist dafür zuständig Zertifikate zu erstellen. Das Thema ist ein Großprojekt das leicht zur technischen, personellen und fachlichen Überforderung des RKI führen könnte. Die Clearingstelle soll inhaltlich prüfen, welches Gesundheitsamt für die Einreisenden zuständig ist. Ein Outsourcing der Clearingstelle wird angestrebt.</p>	FG32 U. Rexroth
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! innerhalb von 2 Wochen erfolgten 110 Einsendungen, 49 wurden positiv auf Rhinoviren und 7 auf SARS-CoV-2 getestet. Aktuell ist wie im Sentinel ein Anstieg zu beobachten.</p> <p>! In der KW 45 wurden bei ZBS 1.840 Proben von GA</p>	<p>FG14 M. Brunke</p> <p>ZBS1</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>untersucht, davon 403 positiv. Zusätzlich wurden ca. 1.400 Como Proben mit vereinzelt positiven untersucht. Die Untersuchung ist noch nicht ganz abgeschlossen, da viele Proben erst am Wochenende eingetroffen sind.</p>	L. Schrick
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Letztes Wochenende wurde 1 Patient aus Frankreich nach Deutschland verlegt, heute folgen weitere 2 Patienten (alle stabil). Weitere 30 geplante Verlegungen nach Deutschland werden nun innerhalb Frankreichs verlegt.</p>	IBBS C. Herzog
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat ein Papier zu Besuchern von Pflegeheimen erarbeitet. Diesen Mittwoch findet dazu ein Austausch mit dem RKI statt.</p> <p>! Die Ärztekammer Berlin hat eine Stellungnahme zur Teststrategie geschrieben in der u.a. zu seriellen Testungen von Mitarbeitern mittels Antigentests in Pflegeheimen Stellung gezogen wird. Bei dem Papier zu Besuchern in Pflegeheimen sollte darauf geachtet werden dass auch andere Maßnahmen außer Antigentests betrachtet werden. Wichtig ist hier vor allem auch der Schutz Dritter.</p>	Alle FG37  Abt.1 M. Mielke
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>): siehe aktuelle Lage</p>	FG32 FG36
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b></p> <p>!</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (<b>nur freitags</b>)</b></p> <p>!</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! ZIG: Fr. Hahnefeld erinnert an den geplanten Austausch mit der französischen Regierung. In dem Rahmen sollen Interviews mit Mitarbeitern des RKI geführt werden. Entsprechende Einladungen erfolgten für den 12.11. von 16:00-17:30 Uhr an verschiedene Personen. Viele haben abgesagt, daher die Bitte an den Krisenstab an den Interviews teilzunehmen. Die entsprechende Einladung wird nochmal an den Krisenstab verschickt. U. Rexroth kann eventuell daran teilnehmen.</p>	Alle





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	11.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Iris Andernach
  - Eugenia Romo Ventura
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG36
  - Kristin Tolksdorf
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! IBBS
  - Michaela Niebank

- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! P4
  - Dirk Brockmann
- ! Bundeswehr
  - Katalyn Roßmann
- ! MF1
  - Stephan Fuchs
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)
- ! MF4
  - Linus Grabenhenrich



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über 50 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,48 %)</li> </ul> </li> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Statt Tschechien (Montag) Brasilien auf Platz 10;</li> <li>○ Top3: USA, Frankreich, Indien;</li> <li>○ Deutschland weiterhin auf Platz 9;</li> <li>○ Rückläufig sind nur Spanien und Brasilien;</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 83 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.;</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Finnland und Island als letzte Länder &lt; 50 Fälle/100.000 Ew.;</li> <li>○ Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten &gt;50 Fälle/100.000 Ew.;</li> </ul> </li> <li>! Zusammenfassung und News <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afrika: 2,3 % der neuen Fälle und 3,9 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahl der neuen Fälle nimmt weiterhin langsam zu</li> <li>▪ Zahl der neuen Todesfälle um 30% höher als in Vorwoche (hauptsächlich auf Anstieg in Südafrika, Kenia und Uganda zurückzuführen)</li> </ul> </li> <li>○ Amerika: 30,4 % der neuen Fälle und 30,5 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Größte Anstiege seit Vorwoche in Haiti, Saint Lucia, Belize, Kanada und USA</li> </ul> </li> <li>○ Asien: 16,1% der neuen Fälle und 18,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ China hat aus Deutschland (Bremen) importiertes Schweinefleisch aus Auslöser für neuen SARS-CoV-2-Fall in Tianjin ausgemacht</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 (Romo Ventura)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Laut BfR PM keine Infektionen mit SARS-CoV-2 über den Verzehr von Fleischwaren oder Kontakt mit kontaminierten Fleischprodukten oder Oberflächen bekannt</li> <li>▪ Coronaviren können sich nicht in oder auf Lebensmitteln vermehren. Grundsätzlich können sie von einer infizierten Person auf Wurst und Fleisch übertragen werden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Europa: weiterhin starke Zunahme neuer Fälle. 51,1% der neuen Fälle und 46,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Ozeanien: 0,09 % der neuen Fälle und 0,04 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen</li> <li>○ 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.</li> <li>○ <a href="https://www.nature.com/articles/d41586-020-03166-8">https://www.nature.com/articles/d41586-020-03166-8</a></li> <li>○ <a href="https://www.deutschlandfunk.de/newsblog-zum-coronavirus-13-363-neuinfektionen-in.2852.de.html?dram:article_id=472514">https://www.deutschlandfunk.de/newsblog-zum-coronavirus-13-363-neuinfektionen-in.2852.de.html?dram:article_id=472514</a></li> <li>○ Anm.: die Daten hätten peer-reviewed publiziert werden und nicht press-released werden sollen.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ SurvNet übermittelt: 705.687 (+18.487), davon 11.767 (1,7 %) Todesfälle (+261), 7-Tages-Inzidenz 138,1/100.000 Ew.</li> <li>○ R-Wert deutlich unter 1</li> <li>○ ITS nimmt weiter deutlich zu</li> <li>○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,92 (10.11.2020)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum</li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>FG 36</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In meisten BL derzeit auf Plateau</li> </ul> <p><i>To Do: Ggf. morgen im Lagebericht auf mögliches Plateau eingehen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Norden und Osten weniger stark betroffen</li> <li>▪ Einige (teils kleine) LK mit sehr hoher 7-Tage-Inz.</li> <li>▪ V.a. Großstädte stark betroffen</li> <li>▪ Diffuse Ereignisse</li> <li>▪ Neue Kategorie mit Inz. über 250 Fällen/100.000 Ew. (16 LK)</li> </ul> </li> <li>○ Anteil asymptomatischer Personen (lila) seit KW 33 mit 35 % deutlich abgesunken auf 15 % in KW 44/45! Positiv-Getestete heute größtenteils auch symptomatisch</li> <li>○ Anteil hospitalisierter Personen (blau) z.Zt. ca. 5 % der Fälle, Untererfassung in Meldedaten möglich</li> <li>○ Anteil Verstorbener (grün): 6-7 % in KW 15 (Höhepunkt), Anteil Verstorbener weiterhin recht gering</li> <li>○ 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</li> <li>○ Anzahl Todesfälle nach Sterbewoche und AG (September-November 2020): größtenteils weiterhin vornehmlich &gt; 80 Jährige, jedoch auch Fälle &lt; 60 Jahre</li> <li>○ Diskussion: Abbildung „Asymptomatisch“ scheint kontra-intuitiv, Darstellung wurde gewählt aufgrund der Screenings und der Vielzahl an Anfragen zu Asymptomatischen</li> </ul> <p><i>To Do: Ggf. auch Anteil Symptomatischer darstellen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestrige BMG-Konferenz: Interesse an Maßzahlen für Schwere, Ausbruchssituationen in Kitas und Schulen geäußert, aber: Ausbruchsgeschehen werden somit nur in geringem Umfang dargestellt, andere Infektionssettings werden möglicherweise untererfasst, Aussagekraft und Interpretationsmöglichkeit fraglich; BMG wünscht jedoch Daten dazu;</li> <li>○ Referenzdaten zum Vorjahr bspw. bezüglich Übersterblichkeit erwünscht, Daten jedoch ca. 4-wöchiger Verzug</li> <li>○ Cave: Selektions-Bias (Kapazitätsgrenze: vornehmlich</li> </ul>	<p>(Haas)</p> <p>BZgA (Thaiss)</p> <p>FG 36 (Tolksdorf)</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p>
--	---	---

	<p style="text-align: center;">Symptomatische getestet)</p> <p><i>To Do: Bitte um Vorbereitung o.g. Daten</i></p> <p><b>! Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: ARE-Raten bis 45. KW weiter gesunken</li> <li>○ AGI Konsultationsinzidenz: deutlicher Anstieg in letzten Wochen, Inzidenz jetzt wieder gesunken, insgesamt recht hohes Niveau im Vergleich zu Vorsaisons</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 44. KW: 35- bis 59-Jährige (hellblau bzw. rot Folie 7): weiter angestiegen, noch nicht auf Niveau der Grippewelle, bei &gt; 60-Jährigen (dunkelblau bzw. rot Folie 8) Anstieg derzeit steiler, Niveau in etwa wie zu Beginn der Grippewelle</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 44. KW (Folie 9): derzeit ca. 50 % COVID-19-positiv</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – Positivenanteil bundesweit über 7,5 %, Kurvenanstieg flacht jedoch derzeit ab</li> <li>○ Testverzug nach BuLa: Tage des Zeitverzuges zwischen Probennahme und Labortest: vielfach 0 Tage Verzug, Bayern sehr stabil, SH wenig belastet, jedoch tendenziell leichte Zunahme, ggf. Anzeichen für Probenrückstau</li> <li>○ 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</li> <li>○ Positivenanteil nach AG und KW: 0 bis 4-Jährige wenig Positivenanteil, aber &gt; 80-Jährige jetzt wieder stark</li> </ul>	<p>Leitung (Schaade)</p> <p>Abt. 3 (Seifried)</p>
--	--	---



	<p>zunehmende Anteile wie zu Beginn der Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ In Vorbereitung: Die dem Wochenbericht zugrundeliegenden Daten werden als Excel Datei in einem bearbeiteten Format zum download auf der Webseite zur Verfügung gestellt</li> <li>○ Diskussion:             <ul style="list-style-type: none"> <li>! Rückgang Positivrate wäre sehr aussagekräftig hinsichtlich möglichen Erfolges des Teillockdowns, sollte – ggf. auch pressetechnisch - berücksichtigt werden</li> <li>! Krankenhauseinweisung: typischerweise AG &gt; 50 Jahre, spiegelt große Teile der Allgemeinbevölkerung wieder, aber bei ARE nicht differenziert, ob Test bei Aufnahme oder während Aufenthalt</li> <li>! AG &gt; 80 Jahre: (prozentuale) Differenzierung zwischen Heimbewohner*innen und zu Hause lebenden Personen wünschenswert, Daten vorhanden, aber Bezug zu Meldedaten schwierig (Nachtrag von Frau Thaiss: rund 2 Mio Pflegebedürftige ab 65 Jahren werden zuhause versorgt, rund 760.000 vollstationär in Pflegeheimen)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Herrn Eckmanns um mögliche differenzierte Analyse- oder Darstellungsmöglichkeit hinsichtlich letzter beider Punkte</i></p> <p><i>To do: Bitte an Abt. 3 um Klärung des weiteren Umgangs mit den veränderten Variablen (Testkriterien, geringerer Anteil getesteter Asymptomatischer, neuer AG-NW versus PCR etc.): welche Parameter weiterhin relevant und aussagekräftig, Effekte abzubilden (Positivrate, Todesfälle, Hospitalisierung etc.)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Erfassung der SARS-CoV-2 Testzahlen und -Kapazitäten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datenquellen: deutschlandweit, freiwillige Angabe der Labore ! KEINE Vollerfassung</li> <li>○ keine detaillierten / regionalen Auswertungen oder Vergleiche mit gemeldeten Fallzahlen möglich</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einzellaborebene: webbasierte Plattform (VOXCO, RKI-Testlaborabfrage)</li> <li>○ Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands</li> <li>○ Aggregiert pro KW: Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), am RKI etablierte, laborbasierte SARS-CoV-2-Surveillance</li> <li>○ Bis KW 20, 2020: händische, ab KW20, 2020: App-basierte Zusammenführung der Daten</li> <li>○ Konsentierete IDs für die Labore labormed. Berufsverband / Voxco</li> <li>○ Bisher 253 Labore registriert (Daten von ca. 190-203 Laboren/KW übermittelt)</li> <li>○ Herausforderung: händische Vergleichsarbeit (Laboradressen, domains der E-Mail-Adressen, etc.), Fehleintragungen von Laboren! regelm. Data Cleaning, Labore kontaktieren, Korrekturen</li> <li>○ Erhobene Daten RKI-Testlaborabfrage (Voxco): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl durchgeführte PCR-Tests, Tests positiv/negativ, getesteter Patienten, Anzahl Patienten positiv/negativ</li> <li>▪ Maximal mögliche (NOTFALL)-Testkapazität/Tag</li> <li>▪ Anzahl regelh. Wochenarbeitsstage im jew. Labor</li> <li>▪ Reichweite in Tagen (=Reagenz vorhanden)</li> <li>▪ Anzahl durchgeführter serologischer (und NEU AG-)Testungen/positive/welcher Test wird genutzt, PCR-Bestätigung bei AG-Test ja/nein?</li> <li>▪ letzte Woche absolut am Limit; KW 25 war Tönnies-Ausbruch (siehe Folie 6)</li> <li>▪ Lieferengpässe/Besonderheiten</li> <li>▪ Probenrückstaus</li> </ul> </li> <li>○ Probenrückstau gutes Maß für Überlastung in Laboren</li> <li>○ Positivenquote auf Laborebene: in Sommerwochen in vielen Laboren unterhalb 1,5 %, viele Labore sogar 0 %</li> <li>○ Berichterstattung: Daten als Exceldatei im download</li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b>	





	! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> ! 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  <b>Presse</b> ! Vorbereitung Pressebriefing, viele Dokumente zu DEA auf RKI Seite zu stellen	BZgA (Thaiss)          Presse (Wenchel)
<b>6</b>	<b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht besprochen	
<b>7</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>a) Allgemein</b>  Risikobewertung aktualisieren, insbesondere hinsichtlich der Implikationen der aktuellen Lage für die Belastung des Gesundheitswesens.  <b>Aktualisierung Risikobewertung</b> (Dokument <a href="#">hier</a> )  <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemeinere Formulierungen verwendet, damit zeitunabhängig korrekt: „stark angestiegen“ anstelle von „mehr als verdoppelt“ (S. 1)</li> <li>○ „kann sehr schnell weiter zunehmen“ (S. 2, Verschärfung)</li> <li>○ Weitere Änderungen redaktioneller Natur</li> <li>○ Änderungsvorschläge angenommen</li> </ul> <i>To do: Bitte um Finalisierung und Weiterleitung an Webmaster</i>  <b>b) RKI-intern</b>  ! Nicht besprochen	FG 36 (Haas)

	<i>ToDo: Themenpunkt Strategiefragen für Freitag (Ute Rexroth)</i>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Besucherkonzept, Projekt des Pflegebeauftragten</li> <li>! Broschüre zum Konzept in Altersheimen –Sammlung von „best practice“-Beispielen, RKI gibt Experten-Input</li> </ul> <p><i>To Do: Zusammenarbeit von FG 14 und 37 zur Fertigstellung der Broschüre zu Anfang Dezember</i></p> <p><i>To Do: Bitte um Klärung bisheriger Kommunikationsverläufe dazu zwischen AG Testen bzw. BMG und ggf. RKI</i></p>	FG 37 (Eckmanns)
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Diese Woche bislang 55 Proben, Verdopplung der Probenzahl im Vergleich zu letzter Woche</li> <li>! Rhinoviren: ca. 40 bis 50 % der Proben positiv</li> <li>! Teillockdown vermutlich wenig Einfluss, da Schulen und Kitas weiterhin geöffnet</li> <li>! Bei jedem Durchgang SARS-CoV-2 in bis zu 3 % der Fälle nachweisbar</li> <li>! Vorige Woche ein PIV3-Nachweis</li> <li>! Bisher keine Influenza-Nachweise</li> <li>! Wirkung des Teillockdowns abzuwarten</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an das Labor um Einschätzung der Publikation in Science zu protektiven AK bei Kindern und Jugendlichen vor der Pandemie im Zusammenhang mit Nicht-Covid-Coronaviren und Vorstellung der findings</i></p> <p><b>Forschungsschwerpunkt Sequenzierung/BI-Pipeline/ Vorstellung neues Online Tool</b></p> <p>Tool1 – CovPipe: SARS-COV-2 Genome Reconstruction Pipeline</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ressourcen-schonend, reproduzierbar, transferierbar, automatisiert und zeiteffizient (48 Proben – ca. 5.5 min)</li> <li>! Human read exclusion</li> <li>! Automated negative control handling: automatisches Warnsystem wenn neg ctrl virale reads abdecken</li> <li>! Species filter statistics, Insert size estimation, Coverage distribution – html-basierter report</li> <li>! Pipeline läuft bereits, Coronavirus-Proben können gern über MF1 analysiert werden</li> </ul> <p>Tool2 – SARS-CoV-2 Spike Protein Analysis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kollaboration: HPI (Hasso Plattner Institut) - Bernhard Renard, de.NBI (Serverkapazität)</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG 36 (Haas)</p> <p>MF1 (Fuchs)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Frühjahr mit Entwicklung begonnen, Release diese Woche</li> <li>! Analyse verfügbarer Spike Protein Daten hinsichtlich Variabilität</li> <li>! Öffentlicher Webservice (unterstützt vom de.NBI)</li> <li>! Daten zukünftig über CovRadar Domain abrufbar</li> <li>! Nutzung öffentlich verfügbarer Daten (bspw. embl) sowie GisAID-Daten (intern zugänglich, passwortgeschützt)</li> <li>! Derzeit 19.000 Spike Protein Sequenzen, aligniert! ca. 16.500 Duplikate</li> <li>! Nach Land oder Zeitpunkt filterbar</li> <li>! Farbliche Kennzeichnung zeigt Variabilität</li> <li>! Insertionen in multiplen alignment sichtbar, Anzahl der einzelnen, von der Mehrheit der Virussequenzen abweichenden bzw. variablen Virussequenzen darstellbar</li> <li>! Zeigt Gesamtvariabilität oder alle Variationen im Vergleich zum „first case“</li> <li>! Workflow: Berechnung 1x die Woche, Suchfunktion als nächstes geplant</li> </ul>	
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>DIVI Intensivregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Darstellung kumulativer Anzahl an COVID-19-Fällen nach Meldezeitpunkt inkl. Neuzugänge und Abgänge:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Absolute Anzahl der Fälle zum 10.11.2020 mit ca. 3.000 deutlich über Stand April mit ca. 2.800</li> <li>o Anzahl Neuaufnahmen tägl. ca. 400, rel. stabil in letzten zwei Wochen, ggf. Abflachung ersichtlich</li> </ul> </li> <li>! 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)</li> <li>! 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)</li> <li>! Darstellung Betriebseinschränkung nach Ursache: Verfügbarkeit von Raum, Verbrauchsmaterial und Beatmungsgeräte wenig limitierender Faktor, sondern vielmehr das Personal</li> </ul> <p>Prognosetool ITS-Betten SPoCK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wöchentliche Prognosemodellierung (versch. Datenquellen)</li> <li>! Derzeit: bei Projektion in nächste Wochen hinein im Bundesdurchschnitt ggf. akzeptabel, aber nach BuLä Fortschreiten deutlich engerer Kapazität ersichtlich</li> <li>! Mittels Tool Kreisebenen regional einsehbar = hochregionale Geschehen</li> <li>! Relativ großes Unsicherheitsintervall begründet sich darin, dass teils relativ stabile Situation im Sommer bzw. nur aktuell verfügbare Daten als Grundlage dienen können</li> <li>! Vorschlag differentieller Erfassung weiterer Parameter wie</li> </ul>	<p>MF4 (Grabenhenrich)</p>

	<p>konkreter Maßnahmen (bspw. zeitliche Verlegung elektiver Eingriffe), die zu Kapazitätsanstiegen führen können</p> <p>! Kann ggf. für Lagebericht aktuell generiert werden</p> <p>! Deutlich steigender Informationsbedarf zu Webseminaren und Beratungsleistung seitens Fachpersonal</p>	IBBS (Niebank)
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen (nur montags)</p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Nicht besprochen (nur freitags)</p>	
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Nicht besprochen (nur freitags)</p>	
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Freitag: TelKo Länderkoordinatoren von Testkapazitäten, Moderation BMG</p> <p>! Freitag: TelKo zur Abverlegung von Patienten – Frage der Kontagiosität, auch aufgrund schwerer Verläufe, Relevanz des Laborstandards /des Ct-Wertes</p> <p><i>To Do: Bitte um Austausch zu Entlassungskriterien im Vorfeld</i></p>	Abt. 1 (Mielke)
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 13.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	13.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Eugenia Romo Ventura
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Claudia Houareau (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher

- Ronja Wenchel
- Marieke Degen
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- ! P4
  - Dirk Brockmann
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss









	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW45: Positivenquote 7,9%</li> <li>! Differenz Inzidenz zur Vorwoche aller LK (Stand KW45) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jeder Punkt ein LK;</li> <li>○ Grüner Punkt zeigt den Abfall in Inzidenz;</li> <li>○ Roter Punkt steht für Anstieg der Inzidenz;</li> <li>○ In KW45 zeigt beides: vermehrter Rückgang, aber auch deutlicher Anstieg;</li> </ul> </li> <li>! Anzahl der LK mit Anstieg/Abfall in Inzidenz zur Vorwoche (Stand KW45) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie vorherige Folie als Säulen-Diagramm</li> </ul> </li> <li>! Nachfragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Änderung der Testkriterien zum Herbst/Winter (vornehmliches Testen von Symptomatischen, Vulnerablen und Ausbruchsgeschehen) wird durch weitere Instrumente berücksichtigt;</li> <li>○ Herr Meyer-Hermann (DZI) stellte Daten vor zum Effekt der bisherigen Maßnahmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bis 29.10. zeigte sich ein linearer Anstieg; genau danach flachte dieser ab;</li> <li>▪ Diese Ergebnisse decken sich mit jenen des Mobility Report von Herrn Brockmann;</li> <li>▪ Vermutung: Bevölkerung hat schon bei Ankündigung des lockdown light die Kontakte reduziert;</li> <li>▪ Fraglich, ob bis Weihnachten mit diesen Maßnahmen die Inzidenz unter 50 Fälle/100.000 Ew. gehen wird;</li> <li>▪ Daher Diskussion, ob Schulschließungen erfolgen sollten;</li> <li>▪ Hohe Inzidenz bei 10-19-Jährigen zu sehen;</li> <li>▪ Brauchen mehr Daten zum Infektionsgeschehen in den Schulen und vor allem welche Maßnahmen in den Schulen der BL mit absteigender Inzidenz umgesetzt wurden.</li> <li>▪ Bemühungen laufen bereits eine Übersicht der Maßnahmen in den Schulen, sog. Tableaus, von der Kultusministerkonferenz zu halten;</li> </ul> </li> <li>○ Im WHO Situation Report sind wir als Land mit Cluster-Übertragung angegeben; Warum nicht zur community</li> </ul> </li> </ul>	Heiden)
--	---	---------

	<p>transmission übergehen?</p> <p><i>ToDo:</i></p> <p><i>-FG36 (Kröger) passen die FAQ zur Teststrategie an, damit deutlich wird, dass aktuelle Anpassung kein Strategiewechsel ist;</i></p> <p><i>-Bitte am Montag Wechsel zum community transmission auf die Agenda nehmen;</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! An dem Gespräch mit der Delegation von Macron haben Frau Rexroth, Herr Eckmanns und Frau Hanefeld teilgenommen;</p> <p>! Es wurde u.a. zu folgenden Themenausgetauscht: Erhöhung von Testkapazitäten, Föderalismus, Bedeutung der KoNa; interessanter Austausch;</p>	<p>FG38 (Rexroth) FG37 (Eckmanns)</p>
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Äußerungen zur Nationaler Teststrategie über Website mit BMG (Frau Korr) abgestimmt</p> <p>! Neu und in telefonischer Beratung viel angefragt ist die Unterstützung bei Suizidalen; Dies auf der Website zur Psychischen Gesundheit;</p> <p>! Es häufen sich Anfragen zu Schulen und Kitas: Was ist zu tun, wenn Quarantäne in Schule/Kita angeordnet wurde; Es dauert bis zu 6 Tage bis GA sich bei Einrichtungen und Eltern melden. Viel Unruhe bei den betroffenen Eltern;</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Gestern sind überarbeitete FAQ, ans LZ geschickt worden; Bitte um schnelle Rückmeldung dazu;</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Schulschließungen:</p> <p>Sind oben schon diskutiert worden (s. Top 1 Nationale Lage); Mehr Infos/Daten sammeln über die angefragten Tableaus;</p>	



	<p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! ECDC Falldefinition, Ag Teste: Wird unter Top 12: Surveillance besprochen;</p> <p>! Quarantänekürzung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In AGI wurde eine Kürzung der Quarantäne diskutiert;</li> <li>○ Anfrage beim Krisenstab, ob dies unterstützt wird;</li> <li>○ Aktuelle Quarantäne-Regelung: Bei Einreise aus Risikogebiet: 10 Tage Quarantäne; bei KP1: 14 Tage Quarantäne;</li> <li>○ AGI schlägt eine Vereinheitlichung der Quarantäne-Dauer auf allg. 10 Tage vor;</li> <li>○ Viel Diskussion, da wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Folgen einer Verkürzung der Quarantäne gegenüber dem Wunsch die Compliance der Bevölkerung nicht zu verlieren;</li> <li>○ Fazit: Zunächst keine Einigung auf Verkürzung;</li> </ul> <p><i>ToDo:</i></p> <p><i>-Quarantänekürzung auf die Agenda für Montag.</i></p> <p><i>- Diskussion zu Schulschließungen auf die Agenda für Montag</i></p>	<p>FG38 (Rexroth)/ Alle</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Dokumente: Orientierungshilfe zum Kontaktpersonen Management in der Herbst- und Wintersaison 2020/21 (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziele: Effiziente Unterbrechung v. Infektionsketten, schnelle Erkennung und Isolierung von Fällen; Ausbreitung im Zusammenhang mit Risikogruppen oder med. Personal verhindern</li> <li>○ Triage, heißt Entscheidung, Einordnung</li> <li>○ Diskussion: Begriff_ Triage ungünstig; statt Triage, Bewertung und Entscheidung</li> <li>○ Bürger Info über BZgA und Dieses Dokument für GA-</li> </ul>	<p>FG 36 (Haas)/ Alle</p>

	Mitarbeiter mit Vorkenntnissen	
	<i>ToDo: Wierler gibt das Dokument frei, wird veröffentlicht</i>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Impfung gegen COVID-19 (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Studien zur Wirksamkeit erreichen Meilenstein beim mRNA Impfstoff von BioNTech/Pfizer;</li> <li>! Bisher nur als Presseinformation (PM), um Inside Trading an der Börse zu verhindern;</li> <li>! Valide Infos vom Hersteller in PM, kennen nicht die Daten im Detail;</li> <li>! Zum 15.12. soll Impfempfehlung von STIKO stehen;</li> <li>! Mehrere Impfstoffe in der Pipeline: AstraZeneca hatte Schwierigkeiten; nach Öffnung kann Impfstoff bei 2-8 Grad im Kühlschrank 5 Tage aufbewahrt werden</li> <li>! Nächste Woche wird Ole Wichmann Systematic Review zu den Impfrisiko vorstellen;</li> <li>! Impfung von Bewohnern in Pflegeheimen muss Vorort in den Heimen organisiert werden</li> <li>! Eines der ersten Ziele, die erreicht werden ist es Todesfälle in den Risikogruppen reduzieren</li> </ul>	FG33 (Wichmann)
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Virol. Surv, 239 Proben in der vergangen Woche untersucht</li> <li>! Reduktion der Testung für GA sind nicht mehr Leistbar. Meisten GÄ haben Verständnis</li> </ul>	FG17 (Oh)  ZBS1 (Nitsche)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Umgang mit Einreisenden, die bestätigte SARS-CoV-2 Fälle waren (Genesende) (Mail vom 12.11.2020 15:44) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Genesene müssen nicht mehr in Quarantäne jedoch ihre Symptome selber beobachten; aber gilt dies auch für Genesene bei Einreise aus Risikogebieten?</li> <li>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</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Text wird vorbereitet von FG38; unterstützt durch Haas;</i></p>	Alle FG38 (an der Heiden)



	<i>Zustimmung Abt.1;</i>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Vorschlag des ECDC zu einer aktualisierte Falldefinition, die auch die Antigentests aufnimmt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ keine Kommentare ans ECDC schicken, weil keine Probleme damit</li> <li>○ zweites Papier zur Validierung der Ag-Tests; entspricht im Grunde dem RKI Papier</li> </ul> <p><i>ToDo: FG32 macht Entwurf für Anpassung der Falldefinition (Diercke)</i></p>	FG36/32 (Diercke)
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! DEA: aktueller Stand, FF an Herrn Schmich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Funktioniert bei vielen gar nicht, dauert bis dies operativ ist</li> </ul> <p>Danke an Leitung für den Einsatz, dass Schmich FF hat</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>! Zur Erinnerung: Antworten auf Erlasse werden aus dem LZ verschickt und die Antwortenden NICHT cc genommen, ID bleibt in Betreff;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Damit BMG nicht direkt an die Bearbeiter zurück schreibt; ID im Betreff lassen beim Senden an BMG, dann kann man die Antwort auch im nCoV-Lage Postfach finden;</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 16.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	16.11.2020, 13:00 – 15:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF1
  - Max von Kleist
- ! P1
  - Mirjam Jenny

- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Polen hat bisher keine Ausbrüche in Nerzfarmen gemeldet.</li> <li>○ Ozeanien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0,06% der neuen Fälle, aber Alarmbereitschaft wegen Zunahme der Fälle</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 801.327 (+10.824), davon 12.547 (1,6%) Todesfälle (+62), 7-Tage-Inzidenz 143,3/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für Montag noch viel, aber weniger als letzte Woche.</li> </ul> </li> <li>○ 4-Tage-R=1,12; 7-Tage-R=0,97</li> <li>○ ITS: 3.385 (+60), invasiv beatmet: 1.923 (+47)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abflachung ist weiter sichtbar.</li> <li>▪ Wie ist der deutliche Rückgang in Bremen zu interpretieren, als Rückgang oder als Überlastung?</li> <li>▪ Rückgang in Berlin hat sich nicht fortgesetzt.</li> <li>▪ Inzidenz in MV und SH nimmt ab, KoNa aufgrund der geringeren Fallzahlen noch möglich.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ca. 120.000 Fälle; 252 LK mit Inzidenz &gt;100-250 Fälle und 23 LK mit Inzidenz &gt;250 Fälle.</li> <li>▪ Nicht mit sehr schneller Entspannung zu rechnen.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Bewertung der aktuellen Fallzahlen (erschöpfte GA-/Laborkapazität? Meldeverzug? Echter Rückgang?); Mail 16.11.2020; 10:55 Uhr an nCoV-Lage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Am Mittwoch TK zur KoNa anberaumt, um strategische Fragen zu besprechen. Bisher eher anekdotische Berichte, dass Kontaktpersonen nicht mehr informiert und getestet werden können.</li> <li>○ Sättigung bei ausbleibenden Laborkapazitäten zu erwarten. Der Rückstau am Wochenende wird vermutlich größer.</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG34 (an der Heiden)</p> <p>FG34 (an der Heiden)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positivquote ist ein wichtiger Parameter.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Mitnahme dieses Punktes in AG Diagnostik, FF Mielke</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt in ARS vermutlich zu wenige Daten, um spezielle Auswertungen über Bremen zu machen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wie groß ist Überlastung im Labor? Positivenrate zur Beurteilung heranziehen.</li> </ul> <p>! R-Wert (Abbildung <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In den letzten Wochen wurde das Geschehen eher unterschätzt, in letzten beiden Tagen leicht überschätzt, deshalb leicht nach unten korrigiert.</li> </ul> <p>! Heat-Map zur Differenz der Inzidenzen (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergleich nach BL             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Ab KW44 Start Lockdown light: Was geschieht in den Folgewochen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK mit hohem Geschehen reagieren mehr auf Lockdown. Bevölkerungsbezogene Maßnahmen wirken dort besser.</li> <li>▪ Kein systematischer Effekt bei Aufsplittung nach BL.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Was könnte ein kritischer Wert zum Aussteigen aus den Maßnahmen sein?</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p>	

	! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! CWA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Den Nutzern sollen weitere Informationen von der App zur Verfügung gestellt werden, um die Akzeptanz zu verbessern.</li> <li>○ Technisch funktioniert sie gut, ist aber stark von der tatsächlichen Nutzung abhängig.</li> <li>○ Idee: Esri-Board zu verlinken, R-Wert einzustellen um App attraktiver zu machen. Aufwendig wären die begleiteten Erklärungen.</li> <li>○ Qualitätsmanagement ist erforderlich. Eine schnellere Vermittlung der Laborergebnisse zu den Nutzern würde zu größerer Akzeptanz beitragen.</li> <li>○ Kann der Mehrwert der CWA zwischenzeitlich mit Zahlen belegt werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In welcher Dimension ist nach wie vor schwierig zu beantworten. Der Hauptmehrwert ist die Erreichung von Kontaktpersonen, die nicht über die GA erreicht werden.</li> <li>▪ Es gibt erste Modelle von Hr. Kirchner um Mehrwert zu errechnen. Noch wird überlegt, wie das am besten abgeschätzt werden kann.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Projekt digitale Einreiseanmeldung (<a href="https://einreiseanmeldung.de/#/">https://einreiseanmeldung.de/#/</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Nächste Woche kurze Vorstellung des Projekts</i></p>	ZIG1 (Schmich)
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht verändert</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Wird ab nächster Woche Kontakttagebuch zur Verfügung stellen, als pdf-Version zum Download und als gedruckte Version zum Bestellen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Evtl. soll am Donnerstag ein Pressebriefing stattfinden, in dem das Schulthema aufgegriffen wird.</p> <p>! Gemeinsame Kampagne von BMG und RKI ist geplant. Von COVID-19-Betroffene (unterschiedliches Alter, Hintergrund, Schweregrad) sollen in TV Spots und sozialen Medien vorgestellt werden. Die Geschichten werden wissenschaftlich begleitet und</p>	BZgA  Presse  P1 (Jenny)



	<p>in einen Kontext gesetzt. Die Kampagne beginnt Anfang Dezember und läuft voraussichtlich bis Februar.</p> <p>! Ist geplant die BZgA zu beteiligen? Nach Absprache mit dem Ministerium wird sich Fr. Jenny direkt mit der BZgA in Verbindung setzen.</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Anfrage zum Wechsel in WHO situation report von cluster zu community transmission</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wäre ein Wechsel zu community transmission sinnvoll?</li> <li>○ Kriterien:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Läuft die Infektion unkontrollierbar durch die Bevölkerung, dann müssten die Sentinel-Surveillancesysteme anspringen.</li> <li>▪ Wenn bei 80% der Personen keine Information über die Infektionsquelle vorhanden ist.</li> </ul> </li> <li>○ Wie machen das die anderen Länder? Es sollte das gleiche Maß wie in den anderen Ländern verwendet werden.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Beschlussvorschlag für die Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 16.11.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FFP2-Masken für vulnerable Gruppen. „Für einen bestmöglichen Alltagsgebrauch werden praktische Hinweise des RKI unter Beteiligung des BfArM entwickelt (Nr. 7; S.8)“.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Regierung möchte beschließen, dass an jede Risikoperson 15 Stück kostenlos abgegeben werden. Das RKI soll praktische Hinweise unter Beteiligung des BfArM entwickeln.</li> <li>▪ Kann noch interveniert werden? Es ist ungünstig und gefährlich, wenn Masken von Laien benutzt werden.</li> <li>▪ Deutsche Gesellschaft für Mikrobiologie und Hygiene hält FFP2-Masken, wenn sie nicht gut sitzen, für ein ungünstigeres Mittel als MNS, da sie Scheinsicherheit</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG38 (an der Heiden) Alle</p> <p>VPräs (Schaade)</p>

	<p>vermitteln. Auch BAMF und ABAS empfehlen die Masken für die private Nutzung nicht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einflussnahme eher nicht mehr möglich, die Beratungen finden zeitgleich statt, RKI wurde im Vorfeld nicht gefragt.</li> <li>▪ Falls so entschieden wird, sollte auf die Herausforderungen hingewiesen werden und eine Ausgabe mit Rezept nach vorheriger Beratung durch den Hausarzt empfohlen werden.</li> <li>▪ Der Hausarzt kann prüfen, ob ein kardiales oder pulmonales Risiko besteht, und kann im Gebrauch unterweisen.</li> <li>▪ Es wird kein 100% Dichtsitz sein. Vermutlich ist die Schutzwirkung ähnlich wie bei MNS, andere Schutzmaßnahmen dürfen nicht vernachlässigt werden.</li> <li>▪ Zunächst soll abgewartet werden, was beschlossen wird. Dann muss die entsprechende FAQ überarbeitet werden.</li> <li>▪ Fr. Brunke hat bereits Vorschlag für FAQ vorbereitet und zirkuliert und nimmt weitere Anmerkungen gerne entgegen.</li> <li>▪ Für Pflege wird gerade ein Dokument erarbeitet, in dem MNS empfohlen wird. Hier soll vor Veröffentlichung zunächst der Beschluss abgewartet werden.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SORMAS und DEMIS (Nr. 9; S. 9); <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist so nicht umsetzbar und schwächt unser System, keine unmittelbaren Handlungsfolgen.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Quarantänekürzung; Frage des Ministers zur Quarantäneverkürzung auf 10 Tage durch Ag-Test am Tag 10; Vorstellung aktuelles Modell von Max von Kleist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tool: CovidStrategyCalculator wurde erstellt. Das Dokument wird heute Abend auf einem Preprint Server (MedRxiv?) hochgeladen und auf der RKI-Seite verlinkt.</li> <li>○ Berücksichtigt Personengruppe (Kontaktpersonen, Reisende), Quarantänezeit, Isolierungsstrategien und Tests (PCR oder Antigentest) und berechnet Wahrscheinlichkeit infektiös zu sein, das finale Risiko sowie die Risikoreduktion</li> </ul>	<p>FG37</p> <p>FG38</p> <p>VPräs (Schaade) MF1 (von Kleist)</p>
--	---	---



	<p>der Maßnahmen. Auch Prävalenzschätzung ist möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde mit verfügbaren Daten validiert.</li> <li>○ Ein Antigentest an Tag 10 führt zu in etwa der gleichen Risikoreduktion wie eine 14-tägige Quarantäne ohne Test, wenn Antigentests sensitiv genug sind.</li> <li>○ Wie misst man Sensitivität? Die Tests von Abbott und Roche wurden mit klinischen Proben evaluiert.</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ <b>Ergebnis:</b> Verkürzung der Quarantäne auf 10 Tage mit Antigentest ist gerechtfertigt. Quarantäneempfehlung muss modifiziert werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wie kann das Kontaktpersonenmanagement ergänzt werden?</li> <li>○ Verkürzung der Quarantäne durch Tests hat eine andere Zielsetzung und ist nicht Teil des Kontaktpersonenmanagements. Aufgabe des RKI ist es fachliche Hintergründe darzulegen, das BMG kann eine Verordnung daraus machen.</li> <li>○ Der Minister führt Gespräche mit Experten mit dem Ziel die Quarantäne zu vereinfachen. Die Quarantäneempfehlungen müssen an einer Stelle leicht verständlich zusammengefasst werden. Der Unterschied zwischen dem Test an Tag 5-6 bei Einreisenden und dem Test an Tag 10 zur Verkürzung muss</li> </ul>	
--	---	--

	<p>deutlich werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In einem EpidBull Artikel zur Quarantänedauer wird beschrieben, unter welchen Bedingungen eine Quarantäneverkürzung möglich ist.</li> </ul> <p><i>ToDo: Überprüfung und Überarbeitung des EpidBull Artikels, FF FG36</i></p> <p><i>ToDo: In Vorschlag vom Freitag zum Kontaktpersonenmanagement wird in die Definition zur Quarantäne: 14 Tage nach letztem Kontakt, alternativ 10 Tage + Test aufgenommen.</i></p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anpassung FAQ zur Teststrategie (Vorschlag <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Umformulierung der FAQ wurde zugestimmt.</li> </ul> </li> </ul>	Alle FG36 (Kröger)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auf Mittwoch verschoben</li> </ul> </li> <li>! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von 185 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 67 pos. auf Rhinoviren getestet; 1 auf Parainfluenza und 11 auf SARS-CoV-2. 5 der 11 Proben waren von Kindern und Jugendlichen.</li> <li>○ Es fand eine TK mit Dänemark zu SARS-CoV-2 bei Nerzen statt. Ein Isolat wird ans RKI geschickt werden.</li> </ul> </li> </ul>	FG17 (Wolf)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Entisolierung nach ITS (Vorschlag <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es besteht der Wunsch aus den Intensivstationen nach einer klaren Definition der Entlasskriterien, wann entisoliert werden kann.</li> <li>○ Durch die zunehmende Belegung der Intensivstationen sind diese unter Druck Patienten, die nicht mehr intensivpflichtig sind zu verlegen. Die aufnehmenden Einrichtungen fordern jedoch einen negativen PCR Test. Auch sind Kriterien für Symptombefreiheit bei beatmeten Intensivpatienten schwer zu definieren.</li> <li>○ Der aktuelle Standard ist vom Juli, nun scheint der richtige Zeitpunkt für eine Änderung zu sein.</li> <li>○ Ein Textvorschlag unter möglichst großer Beibehaltung der bisherigen Empfehlungen wurde von Hr. Mielke bereits an Hr. Nitsche und Hr. Herzog gesendet.</li> <li>○ CT-Wert soll durch etablierten Standard ersetzt werden.</li> <li>○ Eine nachhaltige Verbesserung der COVID-Symptomatik muss erhalten bleiben.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Abstimmung des Textes auf Fachebene (Mielke, Nitsche, Herzog, Ruehe); daran anschließend Abstimmung mit STAKOB, Fertigstellung in</i></p>	IBBS / AL1 (Mielke)



	<p>1,5 Wochen geplant  <i>ToDo: Zirkulieren des Textes vorab zur Kenntnis an Verteiler Krisenstab durch nCoV-Lage</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine allgemeine Empfehlung elektive Operationen abzusetzen gibt es im Moment noch nicht, ist Entscheidung der KH.</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  ! Nicht besprochen</p>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Anfrage beim ECDC läuft <ul style="list-style-type: none"> <li>○ auf Mittwoch verschoben</li> </ul> </li> <li>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiter unter Niveau des letzten Jahres</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil übermittelter Fälle in fast allen Altersgruppen stabil.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 37 neue Ausbrüche, 19 in KW 45/46, betroffen sind Kita-Kinder, aber auch Betreuer</li> <li>▪ Ausbruch Oberhavel: 43 Fälle, davon 14 Kita-Kinder (8 davon asymptomatisch), 14 ErzieherInnen mit Symptomen, und 15 Externe (Eltern/Großeltern, Geschwister); nicht beschränkt auf Kita, Richtung nicht bekannt</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 44 Ausbrüche KW45/46, Anzahl Ausbrüche relativ konstant</li> <li>▪ 11-14 Jährige sind zu fast gleich hohem Anteil wie ältere Jugendlichen betroffen; Grundschüler im Trend weniger häufig.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36 (Haas)</p>
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Heute Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder</li> <li>! IfSG-Änderungen: Formulierungsidee, um Informationen zu Kontaktpersonen zu erhalten, wurde am Freitag ans BMG geschickt, noch keine Rückmeldung.</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b>  ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</p>	







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

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Lage:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum, Uhrzeit:</b>	18.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Virtueller Konferenzraum WebEx

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Regina Singer
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37

- Tim Eckmanns
- Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Jamela Seedat
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
- ! BMG
  - Christophe Bayer

<b>TOP</b>	<b>Beitrag/Thema</b>	<b>einggebracht von</b>
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle, Ausbreitung (<a href="#">Folien</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ca. 55 Mio. Fälle und ca. 1,3 Mio. Verstorbene (2,41%)</li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reihenfolge leicht verändert, an erster Stelle Vereinigte Staaten, dann Indien, Italien, Brasilien, Frankreich, Großbritannien, Russland, Polen, Deutschland und Spanien.</li> </ul> </li> <li>○ In 4 Ländern ist der Trend sinkend: Indien, Frankreich, Polen und Spanien.</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einwohner           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Botswana wieder in der Liste, zudem hinzugekommen Malediven</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In allen Ländern Inzidenz &gt;50, außer in Island und Finnland</li> <li>○ Weiterhin viele Fälle in LUX, Österreich,</li> </ul> </li> </ul>	ZIG 1/Regina Singer



	<p>Slowenien, Schweiz, Liechtenstein, Polen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neuinfektionen in Europa leicht regredient</li> </ul> <p>! Zusammenfassung und News:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit steigende Fallzahlen, prozentuale Verteilung: Europa 44,8%, Amerika 38%, Asien 14,8%, Afrika 2,3%, Ozeanien 0,07%</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Details zur Lage in Afrika: siehe nachgereichte Folien von ZIG (<a href="#">hier</a>)</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (<a href="#">Folien</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 833.307 (+17.561), davon 13.119 (1,6%) Todesfälle (+305), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ weniger als letzte Woche</li> <li>▪ ICU-Fälle steigen an</li> </ul> </li> <li>○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,95</li> <li>○ ITS: 3.517 (+81), invasiv beatmet: 2.010 (+39)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abflachung ist weiter sichtbar</li> <li>▪ Rückgang in Berlin hat sich nicht fortgesetzt</li> <li>▪ Bayern auf Plateau, Bremen zeigt Rückgang</li> <li>▪ Sachsen unter den TOP 5</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ca. 115.000 Fälle; 245 LK mit Inzidenz &gt;100-250/100.000 Fälle und 21 LK mit Inzidenz &gt;250-500/100.000 Fälle.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 32/M. Diercke</p> <p>alle</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spitzenreiter ist Berlin-Mitte mit 367,8/100.000</li> <li>▪ Heatmap: Höchste 7-Tagesinzidenzen bei den 20-29jährigen und &gt;90jährigen, bei den 0-9jährigen und 70-90jährigen niedrigste Inzidenzen</li> <li>▪ Fallzahlen ähnliches Niveau wie letzte Woche, Mittelwert bei 42 Jahren, kaum Änderung der Hospitalisierten im Vergleich zur Vorwoche</li> <li>▪ Trend der ansteigenden Todesfälle hält vermutlich nicht an</li> <li>▪ Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (10-19) wird intern nochmal differenzierter dargestellt, um Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen bessern darzustellen, aktuell höchste Inzidenz gemäß ARZ bei 10-14jährigein</li> <li>▪ Unterschied in Grund- und weiterführenden Schulen bei Inzidenzen?</li> <li>○ <i>Diskussion zur Erweiterung der Maßnahmen und Entwicklung der Fallzahlen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avisiertes Ziel von &lt;50/100.000 wird vermutlich bis Weihnachten nicht erreicht, Abflachung der Kurve ist langsamer als ihr Anstieg, Compliance der Bevölkerung kritischer Punkt</li> <li>▪ Ggf. weitere Auswertung der Großstädte: warum geht es in Bremen zurück, aber nicht in Berlin?</li> <li>▪ Ggf. kann Gruppe der 50-90jährigen mehr/besser Maßnahmen umsetzen da auch hier hohe Inzidenzen?</li> <li>▪ Limitationen der Heatmp: Heatmap spiegelt nicht Testhäufigkeit in Altersgruppen wieder, ggf. kann begrenzte Laborkapazität zur „Stabilisierung“ der Fallzahlen beitragen</li> </ul> </li> </ul> <p><i>TODO: Daten der altersbezogenen Inzidenzen der Kinder und Jugendlichen weiter nach Subgruppen stratifizieren (M. Diercke)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syndromische Surveillance (<a href="#">Folien</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grippeweb: Atemwegserkrankungen deutlich unter Vorjahresniveau mit sinkendem Trend</li> <li>○ Auch ARE-Konsultationen seit 2 Wochen deutlich unter Vorsaison und rückläufig, ca. 830.000 ARE-Konsultationen in der letzten Woche</li> <li>○ SARI-Fälle im ICOSARI-Sentinel: bei den</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 36/S. Buda</p> <p>FG 37/T. Eckmanns</p> <p>alle</p>
--	---	---



	<p>&lt;60jährigen kein Anstieg mehr, aber bei 35-59jährigen deutlich erhöhtes Niveau, hier bereits Niveau von Frühjahr erreicht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil der COVID-Fälle unter SARI-Fällen bei &gt;50%, unter 35-59jährigen bei 75% in der 44. KW</li> <li>○ ARS-Daten (<a href="#">Folien</a>): 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</li> <li>○ <i>Diskussion zu Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen sowie Maßnahmen an Schulen:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grundsätzlich ist Übertragung bei Kindern/Jugendlichen vergleichbar mit Situation bei Erwachsenen, kein Anhalt für geringere Betroffenheit von Kindern/Jugendlichen bis auf Kita/Grundschulkindern, ggf. aber auch viele undiagnostizierte asymptomatische Fälle in dieser Altersgruppe im Sinne von diagnostischem Bias</li> <li>○ Obwohl die aktuellen Maßnahmen sich nicht auf Schulen konzentriert kommt es nicht zu einem größeren Anstieg bei den Kindern/Jugendlichen</li> <li>○ Ziel bleibt, die Schulen offen zu halten aber mit verschärften präventiven Maßnahmen</li> <li>○ Konzentration auf BuLä, in denen es wenig Hygienekonzepte in Schulen gibt, ggf. erneut Stratifizierung der Daten nach Positivenrate nach BuLä</li> <li>○ Ggf. Empfehlungen zu Sport- und Musikunterricht anpassen, da diese bisher weiterhin stattfinden</li> <li>○ Gibt es wirklich einen diagnostischen Bias bei asymptomatischen Kindern oder ist niedriger Positivenanteil nicht etwa sogar unterschätzt aufgrund von Testung von eher symptomatischen Kindern?</li> <li>○ Unsere Empfehlungen sind aktuell aber werden leider bisher nur z.T. umgesetzt</li> </ul> </li> </ul>	<p>Abt. 3/O. Hamouda/alle</p> <p>U. Rexroth</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datengrundlage von Negativtests wird wegfallen, es bleibt nur ARS</li> </ul> <p><i>TODO: Dialog mit BMG über Kompensation von wegfallenden Daten über Ausweitung von ARS (Leitung/T. Eckmanns)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testkapazität und Testungen (mittwochs <a href="#">Folien</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> </li> <li>○ Austausch GA Offenbach (Rexroth) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Work in progress</li> </ul> </li> </ul>	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> !	ZIG
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	Schmich
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>  <i>TODO: bis Freitag Risikobewertung erneut anschauen so dass am Freitag diskutiert werden kann (alle)</i>	alle
5	<b>Kommunikation</b> ! Infomaterial zum Impfen wird angepasst und bis Ende der Woche finalisiert	BZgA
6	<b>Strategie Fragen</b> a) <b>Allgemein</b> ! Effekt vorliegender Grundkrankheiten auf das Outcome von COVID-19 Erkrankungen ( <a href="#">Folien</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umbrella Review (Meta-Synthese zu existierenden sys. Reviews, hier aus USA und Europa):</li> <li>○ Berechnung von Assoziation von Komorbiditäten und schwerem Outcome von COVID-19 (Risiko für Hospitalisierung bzw. Tod), insgesamt wurden 23 Komorbiditäten für Alter adjustiert &amp; analysiert, einzelne Vorerkrankungen ergebene unterschiedlich starke Schätzer, z.B. Herzinsuffizienz oder Z.n. Organtransplantation mit sehr hohen Schätzern für Hospitalisation</li> <li>○ Message: ab 70. LJ ist Risiko für schwere COVID-Erkrankung und inhospital-mortality adjustiert für Komorbiditäten erhöht, ab 80. LJ deutlich erhöht</li> <li>○ Daten werden STIKO hinsichtlich Impf-</li> </ul>	FG 33/Th. Harder



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Priorisierung vorgestellt</li> <li>○ Schwere der Herzinsuffizienz bzw. Einstellung des bestehenden Diabetes werden leider nicht in Primärdaten berücksichtigt</li> </ul>	
7	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! KP-Management soll überarbeitet werden: Reduktion auf 10 Tage Quarantäne? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muss erneut dem Ministerium vorgelegt werden und kommende Woche finalisiert werden</li> </ul> </li> </ul> <p><i>TODO: erneute Rücksprache mit BMG hinsichtlich Verkürzung der Quarantäne auf 10 Tage (Leitung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gibt es noch Rückmeldungen zur „FAQ FFP2-Masken“? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „Grundsätzlich“ handelt es sich um Einwegmaterial, sollte mit aufgenommen werden</li> </ul> </li> </ul>	<p>S. Kröger</p> <p>M. Brunke</p>
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG33
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Diskrepanz zwischen hohem COVID-Positivenanteil und regredientem Rhinovirenpositivenanteil zu bemerken, vermutlich hinken COVID-Nachweise nach?</li> </ul>	FG17/ Dürrwald
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Internationale Anfragen zur Verlegung von Patienten nach Dtl. haben sich erledigt, nationales Gremium für Verlegung von Patienten innerhalb Deutschlands tagt regelmäßig, Ansprechpartner Email-Adresse: <a href="mailto:ibbs-lage@rki.de">ibbs-lage@rki.de</a> für internationale Lage, email-Adresse für nationale Lage: GMLZ für Koordinierung bzw. Fachgruppe COVRIIN für fachl. Beratung</li> <li>! In DIVI leider nach wie vor keine Differenzierung in wirklich betreibbare Betten vorgenommen</li> </ul> <p><i>TODO: Optimierung des DIVI Registers hinsichtlich betreibbarer Betten ausstehend</i></p>	IBBS C. Herzog/alle
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! entfallen</p>	Alle
12	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Ergebnis Anfrage beim ECDC <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC berechnet 7-Tagesinzidenz selbst nach einem anderen Algorithmus als RKI, RKI-Daten vermutlich etwas unterschätzt</li> </ul> </li> </ul>	FG32/ M. Diercke



	<p><i>TODO: bitte erneute Kontaktaufnahme mit ECDC und Bitte um Kohärenz zu unseren Daten (M. Diercke) und erneute Rückmeldung an BMG</i></p> <p>! Morgen tritt 3. „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ in Kraft, alle Dokumente müssen aktualisiert werden, insbesondere zur Meldepflicht etc.</p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</p>	
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG38
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Expertenbeirat Influenza (Do 19.11.)</p> <p>! Austausch mit Frankreich (Fr 20.11. RKI ZIG Teilnehmer noch nicht klar), Teilnehmer aus AG Diagnostik ausstehend</p> <p><i>TODO: Rücksprache mit Frau Hanefeld, Herrn Aebischer, Herrn Mielke erbeten bezüglich ausstehenden Teilnehmers aus AG Diagnostik, um nicht allzu viele verschiedene Leute einzubinden (Maria an der Heiden)</i></p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag 20.11.2020, 11:00</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	20.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
  - Sebastian Voigt
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walther Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ! P1

- Esther-Maria Antao
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christophe Bayer



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle, Ausbreitung (Folien <a href="#">hier</a>): &gt;56,3 Mio. Fälle weltweit, &gt;1,3 Mio. verstorbene (2,4%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tendenz zunehmend: USA, Italien, Brasilien, Russland und GB zunehmend</li> <li>▪ Tendenz sinkend: Indien, Frankreich, Polen, Deutschland, Spanien</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktuell 82 Länder</li> <li>▪ Seit Anfang Oktober auch Anstieg in Afrika, dort werden Fallzahlen nun auch von nordafrikanischen Ländern getrieben (vorher v.a. Südafrika) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Viele Meldungen im Iran, Jordanien und Marokko, nach WHO EMRO werden Maßnahmen dort nicht gut eingehalten</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Island und Finnland alleine nicht über der 50/100.000 Schwelle</li> <li>▪ Frankreich, Spanien und Polen aktuell Vorreiter, Italien auch langsamer Anstieg</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ In Spanien dürfen demnächst wieder Restaurants, Bars und Kinos öffnen, Personenzahl Beschränkungen</li> </ul> </li> <li>○ Finnland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt 19.935 Fälle, 7-Tages-Inz. 28,8/100.000</li> <li>▪ Testrate hat im November abgenommen, Positivrate und Neuinfektionen sind gestiegen</li> <li>▪ Hybrid-Strategie, verstärktes testen, KoNa und Behandeln von Fällen! effektives Testsystem und Nachverfolgung von Übertragungen</li> <li>▪ Maßnahmen: aktuell mild, im März 2 Monate strikter Lockdown, ab Mai langsame Öffnungen</li> <li>▪ Es gab noch Depots mit Masken und PPE vom kalten Krieg, genug Material war verfügbar</li> <li>▪ Zentraler Bestandteil Strategie ist eine App, 45% der Bevölkerung nutzt sie (in DE 27%) und sie wird aktiv auch für die KoNa genutzt</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höchste Rate an Telearbeit in Europa (&gt;60%)</li> <li>▪ Keine Maskenpflicht, sind jedoch in Großstädten empfohlen und dies wird befolgt, generell befolgt finnische Bevölkerung Empfehlungen, es gibt ein großes Vertrauen in Regierung und Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personenzahl in Restaurants beschränkt, generell kein Volk großer Menschenansammlungen, auch sehr niedrige Bevölkerungsdichte</li> <li>▪ Nutzung alternativer Methoden bei Ankunft am Flughafen, z.B. Einsatz von Hunden auf freiwilliger Basis, dann PCR Test</li> <li>▪ Krisenkommunikation ist mehrschichtig (verschiedene Gruppen individuell adressiert) und modern, z.B. Einbindung von Influencern</li> <li>▪ Genaue Teststrategie soll nachgereicht werden</li> </ul> </li> <li>○ Südkorea und Taiwan: beide haben Epidemie-Erfahrung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Südkorea: 2015 MERS-CoV ! Umstrukturierung von Notaufnahmen, Maßnahmen zum Gesundheitsschutz</li> <li>▪ Taiwan: 2002-3 SARS</li> </ul> </li> <li>! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Afrika: Anstieg, aktuell v.a. in nordafrikanischer Region</li> <li>○ Europa: weiter größter Anteil neuer Fälle und Todesfälle</li> </ul> </li> <li>! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wichtig: Personalkapazität für KoNa im Verhältnis zu Fällen</li> <li>○ Geringere Fallzahl, besser zu managen, z.B. Superspreader im Nachtclub in Südkorea im Mai, starke Reaktion und Maßnahmen damals</li> <li>○ 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)</li> <li>○ RKI liefert Grundlagen hierfür inklusive Strategie und Kommunikation in den politischen Raum (inkl. Beratung von BKA), wir können nicht zu Handlung verpflichtet oder diese erzwingen</li> <li>○ Bundesländer gehen nicht immer mit den Plänen des Kanzleramts d'accord - siehe Schule</li> <li>○ 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)</li> <li>○ In DE gute Institutionen die Daten publizieren, HZ, Fraunhofer, OECD Bericht bestätigt dies</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



	<p>(gestern im Expertenbeirat diskutiert)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erfolg von Maßnahmen kann mit RKI-Daten nicht zufriedenstellend beantwortet werden, selbst mit lokalen Studien wird es nicht mit ausreichendem Detail erfasst</li> <li>○ Wir wissen, welche Faktoren die Inzidenz hochtreiben und kennen sinnvolle Maßnahmen, werden dies aber mit RKI-Daten nicht belegen können</li> </ul> <p>! Zielwerte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: wohin müssen wir, um wieder Kontrolle zu erlangen?</li> <li>○ Ende Oktober ging die Kontrolle verloren</li> <li>○ Aktuelles Ziel ist 7-Tage-Inz. &lt;50/100.000, dies entspricht 5.700 Fällen/Tag, eigentlich noch relativ viel, fraglich ob Lage dann unter Kontrolle ist?</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Basismaßnahmen befinden sich in der Anlage 2 des RKI-Strategiepapiers (<a href="#">hier</a>), klassische Infektionsschutzmaßnahmen, Ziel: keine/wenig wirtschaftliche und Lebens-einschränkungen und trotzdem keinen Inzidenzanstieg, manche Länder schaffen das (Finnland)</li> <li>○ Maßnahmen sollten stark hochfahren, wenn Zahlen steigen</li> </ul> <p>! StopptCOVID-Studie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Läuft seit einem Monat mit zwei Teilprojekten:</li> <li>○ 1. (Matthias an der Heiden, Viviane Bremer) Uni Bielefeld Monitoring der Maßnahmen und Vergleich mit Infektionszahlen, retrospektiv und prospektiv, aktuell Auswahl der Kreise (Sampling) und der Daten die genutzt werden</li> <li>○ 2. Fallkontrollstudie, Untersuchung von individuellem Schutz und Risikoverhalten, ist diese Woche gestartet, gewisse Tendenzen können herausgearbeitet werden</li> </ul> <p>! Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Schulen ist Maßnahmen-Umsetzung höchst unterschiedlich und eine Evaluierung derselben viel komplizierter, jede sieht anders aus (Lehrerschaft, Räume, Disposition, usw.)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Im Bereich der Veranstaltungen kann Evidenz einfacher herausgearbeitet werden</li> <li>○ Viola Priesemann hat test-trace-and-isolate (TTI)</li> </ul>	<p>FG12</p>
--	---	-------------



	<p>Kipp-punkte definiert, jenseits derer Kontrollverlust eintritt (<a href="#">hier</a>): es wird beschrieben, ab wann Kapazität der GA überschritten wird jedoch kein Zahlenwert genannt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Könnte kein Zahlenwert definiert werden?</li> <li>○ Matthias an der Heiden und Osamah Hamouda können sich mit diesen in Verbindung setzen um Möglichkeiten zu eruieren, ist eine Kapazitäts- und Priorisierungsfrage</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Auswertungen zu Übertragung in Haushalten wurden z.B. in Dänemark gemacht, sollte dies hier näher untersucht werden? (s. auch unter Strategie)</li> </ul> <p>! Fachliche Einschätzung mehrerer Publikationen zu AK bei Kindern und Jugendlichen (ID 2201) Sebastian Voigt (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zur Frage der Antikörper (Ak) Kreuzreaktivität zwischen endemischen Coronaviren HCoV und SARS-CoV-2 gibt es 4 Studien:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1. Science Paper (Ng KW et al., Science 2020):                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Controls: andere Gruppen und Kohorten</li> <li>▪ 1-15% der nicht-infizierten hatten neutralisierende Ak</li> <li>▪ IgG Reaktivität korreliert</li> <li>▪ Nur erkrankte haben IgG gebildet</li> <li>▪ Personen die nicht infiziert waren aber Ak hatten, hatten IgG aber kein IgM und IgA</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> <li>○ 3. Weisberg SP et al:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vergleich von Ak-titer von Erwachsenen und Kindern mit verschiedenen Krankenverläufen</li> <li>▪ Alle waren infiziert und mild oder schwer erkrankt (ARDS)</li> <li>▪ Bildung neutralisierender Ak eher Alters- und nicht Krankheitsschwereabhängig</li> <li>▪ Kinder vermehrt respiratorische Infektion ! mögliche Immunität aus Vorerkrankungen die sie gegen SARS-CoV-2 schützt, aber nicht erkannt wird</li> </ul> </li> <li>○ 4. Poston D et al: keine kreuz-neutralisierende Reaktion, keine Hinweise wie alt Personen waren (Kinder</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<p>dabei?)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Diskussion: Wie kann Altersabhängigkeit erklärt werden? Möglicherweise damit, dass Kinder häufiger Infektionen mit endemischen Viren durchmachen, höhere Infektionsrate, relativer Schutz korreliert, dies ist nur eine Vermutung, auch ist es möglicherweise saisonal abhängig (welcher CoV) Epitop liegt im C-terminus (S2), welches auch für T-zellen eine Rolle spielt</li> <li>○ Kommentar: Dasselbe wird auch bei Influenza beobachtet (Abhängigkeit von zirkulierenden Viren), aber es wurden keine neutralisierenden Ak gefunden</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Heute kein Änderungsbedarf oder Formulierungsvorschlag</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Gemeinsame Kommunikationskampagne zur COVID-19 Impfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit geraumer Zeit Aktivitäten hierzu</li> <li>○ Plakate dazu sollen nächste Woche dem BMG vorliegen</li> <li>○ Begleitet durch Dachkampagne inkl. Social-Media-Aktivität</li> <li>○ Auch Vorbereitung Datenmanagement/Monitoring von Impfakzeptanz</li> <li>○ Master-FAQ-Sammlung wird auf Corona Website veröffentlicht</li> <li>○ Nach RKI Einverständnis auch Entwicklung fremdsprachlicher Versionen</li> <li>○ Hotline, Medien, Monitoren in regionaler Presse unterschiedlicher Organe, Telefonaktionen, um bestimmte Zielgruppen besser zu adressieren</li> </ul> <p>! RKI Pressebriefing gestern: Erklärung des Unterschieds zwischen Isolation und Quarantäne sehr hilfreich, insbesondere in Bildungseinrichtungen häufig Fragen hierzu (was bedeutet es für Eltern, Betreuungspersonen, müssen diese in Quarantäne...)</p> <p>! Müssen bestehende Empfehlungen z.B. für Pflegedienste</p>	BZgA



	<p>angepasst werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Antwort RKI: Aktuell eher nicht, Maßnahmen sind klar beschrieben, Personen die von Haushalt zu Haushalt gehen sollen besonders auf Hygienemaßnahmen achten, Broschüre für Besucher in Altenheimen wird entwickelt, diese richtet sich nicht an die dort beschäftigten Personen</li> <li>! Wie der Antigentest in der Praxis gehandhabt wird, muss noch abgewartet werden</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gibt viele Fragen zu folgenden Themen, sollten diese in Lagebericht aufgenommen werden?             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Testzahlen nach Altersgruppen</li> <li>2. Schulen und Kitas, wie viele sind von Ausbrüchen betroffen?</li> </ol> </li> <li>! 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</li> <li>! Zu 2. Situation zu Kindern und Jugendlichen wird monatlich berichtet, montags vorgestellte Entwicklungen bei Schulen könnten ggf. für Lagebericht übernommen werden</li> <li>! Ausbrüche in Schulen sind nicht im Corona-Kita-Bericht (betrifft 0-5-jährige), könnten jedoch mit aufgenommen werden</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul>	Presse
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Community transmission (Wording anpassen?)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wurde bereits besprochen und entschieden, es in aktueller Situation (Lockdown) nicht bei der WHO anzupassen</li> <li>! Nicht ganz klar, woher TOP heute kam, sollte geklärt werden</li> <li>! Wenn es auf RKI-Webseite geändert wird, sollte dies auch international getan werden</li> <li>! Thema Verschieben</li> </ul> <p><b>Einreisequarantäne</b> (Text <a href="#">hier</a>)</p>	Alle





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>und digitale Alternativen im Wechsel, Einsatz von digitalen Medien) zu empfehlen/Empfehlung zu unterstützen, auch SchülerInnen in Quarantäne könnten hiervon profitieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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?</li> <li>○ Maßnahmen werden halbherzig umgesetzt, strikteres Angehen würde ggf. erlauben, schneller aus der Stagnation der Zahlen herauszukommen</li> <li>○ Ggf. sind weitere Veranstaltungen z.B. Gottesdienste ebenso riskant, auch hinsichtlich der spezifischen Teilnehmenden</li> </ul> <p>! Rechtsgrundlage wurde mit Streichung 7.4 entzogen (?)</p> <p>! Wie kann dies alles an die entscheidenden Stellen kommuniziert werden?</p> <p>! Eher Vorsicht/kein Bericht an das BMG oder Aufnahme in PB</p> <p>! Sammeln von Punkten, die als kritisch betrachtet werden und die die Wirksamkeit der Maßnahmen gefährden, niedrigschwellige Kommunikation an das BMG, z.B. BMG Morgenbriefing durch Osamah Hamouda</p> <p>! Eventuell auch breitere Kommunikation EpiBull Artikel, Thema aktuelle Lockdown Situation und kritische Punkte</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Presseinformation DGEpi - Stellungnahme zur Pandemiekontrolle im Winter</b></p> <p>! Surveillance und Abt 3 könnten die geplanten Indikatoren überprüfen um zu gucken, was tatsächlich davon umgesetzt werden kann?</p> <p>! AG Teststrategie soll sich hierum kümmern</p> <p><i>ToDo: AG Teststrategie Untersuchung und ggf. Vorbereitung einer Stellungnahme</i></p> <p><b>Anfrage Minister Spahn</b></p> <p>! Es herrscht die Auffassung, dass epidemiologische Situation nicht schlechter, sondern besser wird: mehr Tests werden auch durch Zusatz von Antigen-Testungen durchgeführt, positive Antigen-Tests werden durch PCR bestätigt! Positivenrate steigt, aber mit „guter Begründung“, wird interpretiert als „Situation entspannt sich in Wirklichkeit“</p> <p>! Wir wissen nicht, wie viele Antigen-Nachweise gemacht werden</p>	<p>FG38/VPräs/alle</p> <p>VPräs/alle</p>

	<p>! Information zum Testgrund steht Laboren nicht zur Verfügung, diese erhalten Testanfragen ohne Begründung</p> <p>! Testgrund könnte ggf. auf Bitte durch 1-2 Labore erfragt werden, ist aber ressourcenintensiv und im Alltag nicht möglich</p> <p>! Erfragung der Anzahl verkaufter Antigentests? Wäre als indirekte Messung eventuell interessant</p> <p>! Über ARS werden Antigen-Tests in Großlaboren erfasst, auch, ob Bestätigung durch PCR im gleichen Labor stattfindet</p> <p>! ZBS1: erhalten noch stets Proben zur Bestätigung von Berliner GA (~8/Tag), gute Kontakte zur Diagnostik, Anstieg Positivrate liegt eher nicht an Antigen Tests (keine 2-3-fache Erhöhung wie erwähnt), GA wurden gebeten besser zu kategorisieren und keine Proben mehr zur Bestätigung zu schicken</p>	
9	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! FG17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 297 Einsendungen in letzten 4 Wochen</li> <li>o 12 (4%) SARS-CoV-2 positive, 92 Rhinoviren</li> <li>o Insgesamt langsamer Anstieg des Probeneingangs, sicherlich auch weil FG36 Kontakt Praxen an Wichtigkeit der Probeneinsendung erinnert hat</li> </ul> <p>! ZBS1: GA schicken zum ersten Mal weniger Proben diese Woche, Erhalt von mehr Studienproben (Coala, CoMoLo, como...?), Zeitplan für weitere Evaluierung soll festgelegt werden</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen, ggf. Bericht zu DEA am Montag</p>	FG38
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	alle



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 23.11.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	
-----------	---	--



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	23.11.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS

- Bettina Ruehe
- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! Presse
  - Jamela Seedat
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg der Neuinfektionen in WHO Region EMRO; folge von verfrühten Lockerungsmaßnahmen, wenig Akzeptanz der Maßnahmen</li> <li>○ Europa <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin größter Anteil der neuen Fälle in letzten 7 Tagen; Neuinfektionen insgesamt etwas rückläufig, Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche weiterhin ansteigend</li> <li>▪ Zunahme der Neuinfektionen in Russland</li> <li>▪ ECDC RRA vom 19.11: Anstieg von tödlichen Fällen in Langzeitpflegeeinrichtungen</li> </ul> </li> <li>! Vorschlag: in Europakarte Inzidenzen farblich stärker variieren, als höchste Kategorie nicht nur &gt;50 Fälle ausweisen.</li> <li>! Anpassung der Musterquarantäneverordnung: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 929.133 (+10.864), davon 14.112 (1,5%) Todesfälle (+90)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 143/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,97</li> <li>○ ITS: 3.709 (+79), invasiv beatmet: 2.132 (+34)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bleibt bei Plateau, kein merklicher Rückgang</li> <li>▪ In einzelnen BL leichter Anstieg oder Abstieg</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenig Veränderung, nur wenige LK (38) überschreiten die Inzidenz von 50 nicht.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Es sollte in Erinnerung behalten werden, dass es nach wie vor eine steigende Tendenz bei den Verstorbenen gibt.</li> <li>! Liegen die hohen Fallzahlen in Grenzregionen sowohl im Osten</li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------



	<p>wie auch im Westen am Grenzverkehr?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur noch bei 1,4% der Fälle ist der Expositionsort im Ausland (geringer Anteil am Gesamtinfektionsgeschehen).</li> <li>○ Könnten bei der starken Betroffenheit von Pflegeeinrichtungen z.B. in Sachsen Berufspendler in medizinische Einrichtungen eine Rolle spielen?</li> </ul> <p>! Es fällt auf, dass es in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entgegen dem Trend keine Abnahme der Fälle gibt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher gibt es hierzu keine Rückmeldung aus den BL, M. Diercke wird nachfragen.</li> <li>○ Die Fallzahlen in diesen BL waren bisher niedrig. Vielleicht hinkt das Verhalten der Bevölkerung deshalb etwas hinterher.</li> <li>○ Könnte es an einem hohen Anteil von „Querdenkern“ liegen? Könnte für die Beantwortung dieser Frage die Befragung des sozioökonomischen Panels herangezogen werden? Abt. 2 wird klären, ob sich geeignete Variablen im Geda-Datensatz befinden.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 2. Usbekistan Mission ist abgeschlossen.</li> <li>! 1. Mission nach Ecuador geht zu Ende.</li> <li>! Ggf. wird es einen 2. Besuch in Namibia geben, um SARS-CoV-2 Testung zu unterstützen.</li> <li>! GHPP Corona Global: BMG bat ZIG die externe Begutachtung der Anträge zu organisieren, wird ein länger dauernder Prozess werden.</li> <li>! ECDC plant ab Dezember nur noch einmal pro Woche Daten zu veröffentlichen (an welchem Tag ist noch unklar).             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ab Dezember wird es deshalb nur noch einmal pro Woche ein Update der Internationalen Lage basierend auf den ECDC-Zahlen geben.</li> <li>○ Die anderen beiden Termine werden zur vertieften Vorstellung von Ländern oder Publikationen genutzt.</li> </ul> </li> </ul>	ZIG (Hanefeld)
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Auf Mittwoch verschoben</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>BZgA</p>	BZgA (Thais)

	<p>! Alles rund um Impfkampagne dominiert.</p> <p>! Corona-Kontakttagbuch: soll nutzerfreundlich sein, aber präzise für ÖGD, finaler Vorschlag am Mittwoch.</p> <p>! Fälle, bei denen akute Krisenintervention nötig ist, steigen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Es werden zunehmend mehr Artikel für das EpidBull von externen Autoren eingereicht. Themen sind z.B.: Testung, Vorkommen in KH, in Bevölkerung, in Schulen. Es musste einiges abgelehnt werden.</p> <p>! Ein Artikel zum Vergleich von Antigen vs. PCR-Testung aus der Stuttgarter Notausnahme wurde am Freitag in den Krisenstab geschickt mit der Bitte um ein Peer-Review.</p>	<p>Presse (Seedat)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Beschluss-Entwurf des MPK-Vorsitzlandes (<a href="#">hier</a>); und deren Auswirkung auf Empfehlungen und Flussdiagramm</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quarantänezeit kann bei Durchführung eines Tests verkürzt werden, soll am 01.12. verkündet werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Anpassung der Dokumente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlung: Bei Infektion eines Schülers in einer Klasse wird die ganze Klasse für 5 Tage in Quarantäne geschickt. Am 5. Tag nach Diagnose des Indexfalls erfolgt ein Antigen-Test. Bei negativem Ergebnis kann der Präsenzunterricht wiederaufgenommen werden. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Gründe für die Empfehlung sind pragmatische. Soll sich das RKI dazu äußern?</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Diese Haltung wurde gegenüber Kanzleramt und Minister klar geäußert. Eine weitere Klarstellung macht im Moment keinen Sinn. Zunächst soll abgewartet werden, was beschlossen wird. Auf Rückfrage sollten fachliche Argumente genannt werden.</li> <li>▪ Das Tool von Hr. von Kleist kann berechnen, welches größere Risiko durch eine verkürzte Quarantäne zu erwarten ist. Es wurde in der letzten Woche auf einem Preprint-Server publiziert und vom RKI</li> </ul> </li> </ul>	<p>VPräs / Alle</p>



	<p>getwittert, ab 23.11.2020 ist es auch von der COVID-Website des RKI verlinkt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beschränkung auf 5 Personen aus 2 Haushalten             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt Familien mit mehr Familienmitgliedern. Nicht die Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden Personen ist entscheidend, sondern wie viele Haushalte sich treffen und was als Haushalt definiert wird. Hr. Haas wird einen Satz hierzu vorformulieren.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Massentests in Gesamtbevölkerung oder bestimmten LK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Frage wird wieder aufs RKI zukommen, deshalb sollen Massentests basierend auf den neuen Erkenntnissen aus Südtirol und Tschechien nochmal neu bewertet werden.</li> <li>○ Es gibt von heute Morgen bereits eine Aufgabe von Minister Spahn zur Einschätzung der Teststrategie/ Untererfassung bei Reihenuntersuchungen. Hier gibt es zurzeit viele Aktivitäten. Aufnahmeuntersuchungen in Altenheimen und KH geben einen guten Einblick in die Situation. Reihentestungen in bestimmten Risikokonstellationen sind jedoch nicht das gleiche wie Massentests.</li> <li>○ Die Frage ist, wie sinnvoll ist es, die ganze Bevölkerung oder ab einer bestimmten Inzidenz einen ganzen Landkreis zu testen.</li> <li>○ Was sind die Ergebnisse z.B. aus Südtirol? Was ist das additional value? Gibt es einen Zusatznutzen für die Steuerung von Maßnahmen?</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Antigentests wurden an symptomatischen und nicht an asymptomatischen Patienten validiert. Auch hier kommen jedoch immer mehr Daten dazu.</li> <li>○ Es darf nicht vergessen werden, dass es sich um selbstselektierte Tests handelt und nicht um Zwangstests.</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>VPräs / Alle</p>
--	--	-------------------------

	<p>Stichprobe.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unerwünschte Wirkungen von Massentests sind das Zusammenbringen vieler Menschen an einem Ort und eine möglicherweise falsche Sicherheit nach negativem Test.</li> </ul> <p><i>ToDo: Bewertung von Massentests, Fr. Jenny: Erläuterung des Grundprinzips; Hr. Hamouda: Kontaktaufnahme mit Italienern; ZBS1: Güte der Tests</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Längerfristig werden sicher auch Selbsttests nochmal Thema werden.</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nerze: dänische Partner haben sich bereit erklärt Isolate zur Verfügung zu stellen.</li> <li>○ Weiterhin werden Antigentests evaluiert. Vom BMG kam die Frage, wie viele Tests im RKI und PEI wöchentlich evaluiert werden können?</li> </ul> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ FG17 bemüht sich weiterhin Isolate der Nerz-Mutanten aus Dänemark zu bekommen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Gibt es Hinweise auf Übertragungen bei anderen Tieren? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Studien dazu vorhanden. Hauskatzen, Großkatzen sind empfänglich, haben im Zoo das Virus aber eher über die Pfleger bekommen. Experimentell sind auch Waschbären empfänglich.</li> <li>▪ Nerze und Frettchen sind miteinander verwandt. Ob es Unterschiede in den Rezeptoren für SARS-CoV-2 gibt, ist nicht bekannt.</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZBS1 (Nitsche)</p> <p>FG17 (Wolf)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	



<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen Altersgruppen unter jahreszeitlichem Durchschnitt, abnehmende Tendenz.</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plateaubildung bzw. Rückgang</li> <li>▪ Anteil der Jugendlichen bleibt überproportional.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 52 neue Ausbrüche</li> <li>▪ 2/3 aller Ausbrüche in den letzten 1,5 Monaten</li> <li>▪ Bei ca. ¼ der Ausbrüche waren nur Erwachsene betroffen.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plateaubildung, 75 neue Ausbrüche</li> <li>▪ Größtes Geschehen in Hamburg mit 51 Fällen: 33 bei 0-10 Jährigen, 14 bei 11-14 Jährigen, 2 bei 15-20 Jährigen und 2 bei &gt;20 Jährigen.</li> <li>▪ Bei 2 weiteren größeren Geschehen in Thüringen und Sachsen-Anhalt (32 und 30 Fälle) sind in erster Linie 11-14 Jährige und Jugendliche betroffen.</li> <li>▪ Gibt es besondere Umstände bei Ausbrüchen mit hohen Fallzahlen? Hierzu sind keine näheren Informationen vorhanden.</li> </ul> </li> <li>○ Rückmeldung aus der Bevölkerung (BZgA): zeitliche Verzögerung, da viele Eltern mit Befunden allein gelassen werden und keine Information zum Verhalten erhalten.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Anregung zur Aufnahme der Ag-Tests in die Falldefinition (Bitten der GÄ; siehe Mail GA Düsseldorf an nCoV-Lage am 20.11.20, 15:10 Uhr) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde in AGI von Bundesländern ans RKI herangetragen.</li> <li>○ Wird zurzeit auch auf europäischer Ebene diskutiert. Die Änderung der ECDC-Falldefinition sollte abgewartet werden.</li> <li>○ Alle positiven Antigenteste zu zählen würde zu einer Übererfassung führen.</li> <li>○ Ein positiver Antigentest mit klinischer Symptomatik könnte als Fall gezählt werden.</li> <li>○ Bei asymptomatischen Fällen müsste der Test durch einen positiven PCR-Test bestätigt werden.</li> <li>○ Die Software müsste angepasst werden.</li> <li>○ Wenn positive Antigenteste übermittelt werden, muss geklärt werden, ob sie auch in den offiziellen Zahlen ausgewiesen werden sollen oder ob zwischen wahrscheinlichen und bestätigten Fällen differenziert werden soll.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Erarbeiten eines Entwurfs in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Abt. 3, FG36, FG38, Hr. Mielke, FF Fr. Diercke. Besprechung des Entwurfs im Krisenstab Ende dieser oder Anfang nächster Woche.</i></p>	<p>FG38</p>

13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Gestern sind beispielsweise 8.826 Anmeldungen eingegangen, 48,2% über die PostAG, 9,7% über die Clearingstelle und 42,1% über das digitale System.</li> <li>! Die Länder sind daran interessiert, dass das Verfahren mit der Post weiterläuft, bis das System reibungslos funktioniert.</li> <li>! Stichprobenhafte Prüfungen der Polizei ergaben, dass 20% der Anmeldungen fehlerhaft ausgefüllt wurden:  <a href="https://www.trtdeutsch.com/news-inland/corona-meldepflicht-rund-20-prozent-der-ruckkehrer-geben-falsche-daten-an-3634099">https://www.trtdeutsch.com/news-inland/corona-meldepflicht-rund-20-prozent-der-ruckkehrer-geben-falsche-daten-an-3634099</a></li> </ul>	FG38 (Maria an der Heiden)
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate</li> </ul>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	25.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung (entschuldigt)
  
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Senzikt
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Marjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
  - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Julia Hermes
  - Muna Abu Sin

- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Jamela Seedat
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christoph Beyer







	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg in Sachsen und Thüringen weiterhin unklar, auf Nachfrage keine klare offizielle Antwort</li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</li> <li>○ Wenig Veränderung, nur wenige LK (32) überschreiten die Inzidenz von 50 nicht.</li> <li>○ ein Landkreis zeigt keine Fälle an, aber er hatte nur technische Probleme, kein echter Fallzahlrückgang</li> <li>○ Skala musste nach oben angepasst werden, 1 LK &gt;500</li> <li>○ Insgesamt Lage unverändert, kein deutlicher Rückgang</li> <li>○ Inzidenz Alter: Darstellung wurde zunächst beibehalten, soll ggf. angepasst werden</li> <li>○ V.a. junge und hohe Altersgruppen betroffen, wenig Veränderungen</li> <li>○ KW 46/47 mittlere Altersgruppe steigt etwas an</li> <li>○ Veränderung über KW: Zunahme Anzahl Verstorbener steigt &gt;1.000 Fälle in KW 46/47, Anteil bleibt aber &lt;1%</li> </ul> <p>! <i>Diskussion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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;</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Grafiken (Folien <a href="#">hier</a>) zu Altersgruppen gezeigt, 20-39 Jahre und 80+ zeigen weiterhin hoher Anzahlen andere geringere</li> <li>○ <i>Syndromische Surveillance</i>(Folien <a href="#">hier</a>):</li> <li>○ Grippe deutlich niedrigeres Niveau gegenüber Vorsaison, Kinder steigen an, Arztbesuche niedriger gegenüber zur Vorsaison, SARI-Fälle 35-59 Jahre und älter steigen stark an,</li> <li>○ Anteil SARI mit Covid steigt stark an, liegt in KW 46 bei</li> </ul>	<p>Hamouda Eckmanns</p>
--	---	-----------------------------

	<p>59%, deutlich mehr als im Frühjahr, 35-59 Jahre sogar bei 72%, starker Anstieg und deutlich über Frühjahr bei allen (auch noch liegenden) SARI-Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Testkapazität und Testungen</i> (Folien <a href="#">hier</a>):</li> <li>○ 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,</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Leichter Anstieg des Positivenanteils</li> <li>○ Rückgang des Testverzugs</li> <li>○ Steiler Anstieg bei Anzahl der Testungen bei &gt;80 Jährigen</li> <li>○ <i>Diskussion:</i></li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b>	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage nach verändertem Textvorschlag, um Ältere hervorzuheben</li> <li>○ Sachliche Formulierung zu den beobachteten Zunahmen sinnvoll</li> <li>○ Im Lagebericht könnte das noch einmal deutlich dargestellt werden und Text entsprechend geändert</li> <li>○ Bessere Schutzausrüstung in Alten- und Pflegeheimen im Vergleich zum Frühjahr wird viel diskutiert aber löst sich nicht alles</li> <li>○ Eintrag wahrscheinlich doch oft über Personal, das ist eine kommunikative Herausforderung, erfordert nüchterne</li> </ul>	<p>Hamouda Mielke Bayer ad Heiden Buda Alle</p>



	<p>Darstellung ohne viel Interpretation im Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grafik (Folien <a href="#">hier</a>) 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,</li> <li>○ Zusammenhang zur Bevölkerungsdichte ist nicht so stark</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> Vorschlag für Risikobewertung wird von FG36 (Silke Buda) erarbeitet, mit Fokus Schutz der Älteren mit dem Hinweis, dass dies aber nur zu schaffen ist, wenn Zahlen insgesamt gedrückt werden. Lagebericht soll das aber schon aufnehmen, Datenlage nüchtern und sachlich schildern, sensible Kommunikation</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presseanfrage eines Investigativ-Verbunds mit Fragenkatalog zu SORMAS und DEMIS wird mit Medienanwalt beantwortet,</li> <li>○ Anmerkung es gab auch schon früher kritische Anfragen aus diesem Verbund und wird bestimmt noch mehr geben</li> </ul>	Presse
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beschlüsse Bundesregierung: Implikationen noch unklar</li> <li>○ MPK-Beschlüsse müssen abgewartet werden, da evtl. noch letzte Änderungen kommen könnten</li> <li>○ Diskussion: Impfungen und Implikationen für Empfehlungen, bspw. Maskenpflicht bei Personen mit Impfung.</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Als Vorbereitung auf die zu erwartende Diskussion sollte ein Text vorbereitet werden,</li> <li>○ Erste Frage wird sein, ob Geimpfte hinsichtlich Quarantänepflichten mit Genesenen gleichgestellt werden können</li> <li>○ Längerfristig sollten Maßnahmen aber bei sinkender Inzidenz auch angepasst werden und dies sollte aus psychologischer Sicht auch kommuniziert werden,</li> <li>○ Dabei sollte auch die Motivation zum Impfen berücksichtigt werden und "Lichtblicke" mitbedacht werden</li> <li>○ Impfen ist auch auf Populationsebene zu sehen, aber nicht für alle Menschen ist dies gleich bedeutend und verständlich</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> Erstellung einer Textvorlage siehe Punkte zuvor, Sammlung bei FG 33, in Zusammenarbeit mit P1</p>	Hamouda Rexroth Buda Alle
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokumente zur Kontaktnachverfolgung (Dokument <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Überarbeitung und Aktualisierung der Dokumente zur Handreichung im medizinischen und Pflegekontext, aktualisiert</li> </ul>	

	<p>optionale Handlungsempfehlungen zum Umgang bei medizinischem Personalmangel, KP3 rausgenommen sonst wenig Änderungen, Anpassung der aktuellen Formulierungen zur Quarantäne muss noch geschehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aussage zu Testung zur Verkürzung der Quarantäne sollte wenn möglich auf nationale Teststrategie verweisen</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Wichtig noch die Aufnahme, dass Personal symptomfrei sein muss</li> <li>○ Rückmeldung falls Änderungsvorschläge und Finalisierung nachdem Beschlüsse vorliegen</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> Anpassung durch FG 37, Freitag Finalisierung durch Krisenstab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufgabe ID 724 ARS Daten: Besprechung Disclaimer für Lagebericht, siehe Punkte zu Testkapazität und Testungen</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktualisierung der Entlass-Kriterien (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Änderung in Fußnote 2, zu Diagnostik, Testung und PCR-Befunden sowie Probenahme, Veröffentlichung geplant 26.11.</li> </ul>	IBBS M. Mielke / B. Ruehe
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlung für Personen, die vorher bestätigter COVID-19 Fall waren bzgl. Quarantäne</li> <li>○ 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</li> </ul>	FG36/FG32
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corona-KiTa-Studie (nur montags)</li> </ul>	FG36
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Freitag, 27.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	







## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	27.11.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Djin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Julia Schilling
  - Kristin Tolksdorf
  - Anna Stoliaroff-Pepin
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Meike Schöll (Protokoll)
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas

! P1

Esther-Maria Antao

! Presse

○ Ronja Wenchel

! ZBS1

○ Janine Michel

! ZIG1

○ Regina Singer



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der AFRO-Region wurde letzte Woche der höchste Anstieg an neuen Fällen (15%) und Todesfällen (30%) berichtet.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Europa: größter Anteil der Todesfälle in den letzten 7 Tagen.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.006.394 (+22.806), davon 15.586 (1,5%) Todesfälle (+426)</li> <li>○ 1 Mio. Fälle als Schwelle überschritten, Trend rückläufig laut internationaler Lage, aber eigentlich noch keine Entspannung sichtbar, neuer Rekord mit Todesfällen.</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 136/100.000 Einw. (leicht gesunken)</li> <li>○ 4-Tage-R=0,82; 7-Tage-R=0,93, jedoch schließt das Konfidenzintervall 1 noch ein.</li> <li>○ ITS (Datenstand 26.11.2020): 3.826 (+45), invasiv beatmet: 2.290 (+76) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach <u>Berichtsdatum (ohne nachträgliche Korrektur)</u>: kleiner Rückgang sichtbar, aber östliche Bundesländer (SN, TH, BB) mit steigenden Trends, nur MV stabil. Die Ursachen sind noch unklar, viele Ausbrüche in vulnerablen Gruppen werden beobachtet.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ LK Hildburghausen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Es wäre sinnvoll nachzufragen, ob vor kurzem vermehrt Schnellteste eingesetzt wurden oder ob es andere besondere Umstände gibt, die die hohen Fallzahlen erklären könnten.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37</p>
--	---	-------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen: im internationalen Vgl. milder Verlauf, leichter Anstieg seit KW41, Gesamtmortalität ebenfalls mit leichtem Anstieg, leicht über dem Durchschnitt der Vorjahre.</li> <li>○ Wöchentliche Hospitalisierungen nach Alter: Höhere Altersgruppen sind häufiger hospitalisiert als jüngere. Die Hospitalisierungsinzidenz erreicht in den hohen Altersgruppen knapp 50/100.000 pro Woche.</li> <li>○ Darstellung der wöchentlichen Todesfälle nach Alter zeigt ebenfalls in den hohen Altersgruppen höhere Inzidenz.</li> <li>○ Ausbrüche im zeitlichen Verlauf (Folie <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinterlegt sind alle Fälle ohne Hospitalisierte (graue Balken) und hospitalisierte Fälle (rote Balken), jeweils mit Bezug auf die rechte Skala.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Anzahl an Fällen beim Personal gemäß § 23 IfSG (hellgrüne Kurve) ist in der 2. Welle deutlich geringer als in der 1. Welle und bereits abfallend. Dies ist ggf. auf ein verbessertes Krankenhausmanagement zurückzuführen, wobei unklar ist, ob das Personal sich vor Ort angesteckt hat (sicherlich auch Reiserückkehrer darunter).</li> <li>○ 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).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>weiterhin schwierig zu sein (Personal ggf. weniger gut ausgebildet, überlastet, schlechter ausgestattet).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weitere Auswertungen zu den Ausbrüchen in Pflegeheimen wären ggf. sinnvoll (z.B. Anpassung an die Altersstruktur).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Es sollte geprüft werden, über welche zusätzlichen Kanäle die Pflegeheime am besten erreicht werden können.</li> <li>○ Ggf. könnte man die Frequenz von Personaltestungen in Pflegeheimen erhöhen.</li> <li>○ Auch international ist die Lage in Pflegeheimen schwierig. Ca. jeder 13. Bewohner eines Altenpflegeheims in den USA ist an COVID-19 verstorben.</li> </ul> <p><i>To Do:</i> FG37 nimmt Anregungen auf und überlegt, welche Hebel noch genutzt werden können.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell erfolgen die Abstimmungen zur neuen Ausweisung der Risikogebiete; dabei ist ein dynamischer Schwellenwert in Bezug auf das deutsche Infektionsgeschehen angedacht (bundesweite 7-Tage-Inzidenz plus 30). Dadurch würden viele Länder aus der aktuellen Liste der Risikogebiete herausfallen. Das Auswärtige Amt ist über eine mögliche Weihnachtsreisewelle besorgt.</li> <li>○ Es wird diskutiert, ob zwischen Ländern innerhalb und außerhalb Europas unterschieden werden könnte (außerhalb Europas sollten qualitative Parameter mitberücksichtigt werden, innerhalb Europas primär der dynamische Schwellenwert).</li> <li>○ Die Umsetzung erfolgt ggf. bereits in der kommenden Woche, dazu müssen Sprachregelungen zu Ländern, die keine Risikogebiete mehr sind, gefunden werden.</li> <li>○ In der Kommentierung der Vorlage ist der Begriff der „Freitestung“ gefallen, was nochmals kritisch aufgegriffen werden sollte.</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> Überarbeiteter Entwurf von FG 36 ! Verlagt auf Montag</p>	



5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Es gibt vermehrt Anfragen zur Vergleichbarkeit der Testzahlen. Da die Änderung der Testkriterien bereits einige Wochen zurückliegt, könnte ggf. der Hinweis angepasst werden.</p> <p><i>To Do:</i> Formulierungsanpassung bis nächsten Mittwoch durch Frau Seifried.</p>	Presse
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>Umgang mit den Beschlüssen der MPK vom 25.11. und Implikationen auf RKI-Dokumente? bes. Punkt 8: 5-tägige Quarantäne und Freitestung Erkrankter ab Tag 3</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach Maßgabe des GA sollen Gruppen für 5 Tage nach Diagnosedatum in Quarantäne und dann „freigetestet“ werden, auch positiv getestete sollen wiedertestet werden. Dies widerspricht der fachlich begründeten Meinung.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Der entsprechende Erlass liegt bereits vor.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen.</p>	
7	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul>	FG37
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Modellierung, Impfquotenerfassung (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfstoffentwicklung und Zulassung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Moderna: advanced purchase agreement, bei EMA rolling review eingereicht, unklar, ob es auf den deutschen Markt kommen wird, deutscher Markt lt. Hersteller prioritärer</li> </ul> </li> </ul>	FG33



	<p>Markt in EU.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AstraZeneca: Gesamteffektivität 70%, bei Unterkohorte mit kleinerer Dosierung 90% Impfeffektivität (Zufallseffekt), unklar, welche Konsequenzen dies für die Produktion hat (Stabilität des Impfstoffs?).</li> <li>○ 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 &gt;80-Jährigen.</li> <li>○ 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 &gt;80-Jährigen würde das Gesundheitssystem a.e. entlastet (weniger Hospitalisierungen).</li> <li>○ Weitere Aktivitäten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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).</li> <li>○ Digitales Impfquoten-Monitoring: 2 Firmen beauftragt (Accenture/Bundesdruckerei), Projekt erst seit 3 bis 4 Wochen am Start mit kurzer Frist bis Mitte Dezember.</li> <li>○ Surveys zu Impfquoten / Impftention / Impfakzeptanz: Datenschutzkonzept wurde eingereicht, Abstimmung im Steuerungskreis.</li> <li>○ Krankenhausbasierte Studie zur Impfeffektivität: Bewilligung liegt vor, in Kooperation mit PEI geplant.</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Zunächst sollen Impfzentren zum Einsatz kommen, später ist eine Überführung ins niedergelassene System geplant (wobei die Weiterführung der Impfquotenerfassung dort ggf. schwierig sein wird).</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinsichtlich der Impfquotenerfassung ist bekannt, dass einige Bundesländer (z.B. BY und RP) Alternativen im Rahmen eines Gesamtpakets suchen, in dem auch Einladungen und Impflistik erfolgen könnten.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die in der vorherigen Sitzung besprochenen Änderungen wurden umgesetzt; die Veröffentlichungen sind für heute geplant.</li> </ul>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es stellt sich auf Anregung des Bundesgesundheitsministers erneut die Frage, ob das RKI statt Alltagsmasken nicht MNS für die generelle Bevölkerung empfehlen sollte.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie und hosp. Fällen (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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).</li> <li>○ Zeitlicher Verlauf: In grau sind die Meldedefälle</li> </ul> </li> </ul>	FG36

	<p>dargestellt, diese fallen nach der ersten Phase ab KW 20 ab, steigen ab KW31 auf ein höheres Plateau an und steigen steil ab KW40 an. In blau sind die Fälle aus dem ICOSARI-Sentinel mit Bezug auf die linke Skala dargestellt. Im Sommer zeigte sich kein Anstieg, wohl aber ab KW40 auf ein höheres Niveau als im Frühjahr.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil hospitalisierter Fälle besonders bei den 70 bis 89-Jährigen hoch.</li> <li>○ In der Altersgruppe 15 bis 49-Jähriger bereits in der Herbstphase (nur 6 Wochen) schon mehr hospitalisierte Fälle als im Frühjahr (11 Wochen).</li> <li>○ Vergleichbar hoher Anteil Intensivbehandlungen wie in erster Welle.</li> <li>○ Unter jüngeren Fällen v.a. Säuglinge und Kleinkinder hospitalisiert (niedrigschwelligere Hospitalisierung).</li> <li>○ Im Sentinel: bisher noch keine Kinder unter 15 Jahren auf Intensivstation.</li> <li>○ Eine Veröffentlichung der Einteilung wird zeitnah begrüßt. Bisherige Zielstellung rein retrospektiv. Viele der Indikatoren werden auch in der Meldedaten-AG bearbeitet.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anpassung der Falldefinition (Entwurf <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der Falldefinition des ECDC sollen Antigennachweise zukünftig eine Rolle spielen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Eine Visualisierung wäre hilfreich.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ In der Praxis werden Antigenteste häufig nicht mehr PCR-bestätigt.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do:</i> Ankündigung des Entwurfs der Falldefinition in AGI/EpiLag sowie Entwicklung einer Visualisierung durch FG32.</p>	FG32
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laut eines Entwurfs neuer EASA/ECDC Empfehlungen zum Umgang mit Reisenden sei in der jetzigen Situation in Europa eine Testung und Quarantäne von Reisenden nicht sinnvoll, weil der Eintrag von Reisenden das Infektionsgeschehen vor Ort nur unwesentlich beeinflusse. Wenn ein Land ausreichend Testkapazitäten habe, dann könne man weitertesten. Eine Rückkehr zu vermehrtem Testen von Reisenden sei zur Vermeidung eines Re-Imports sinnvoll, wenn die Pandemie vor</li> </ul>	FG38



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Ort eingedämmt ist.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 (&gt;95%).</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Am 22.11.2020 erschien der 300. Lagebericht. Am 02.12.2020 steht der 175. Krisenstab an.</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Montag, 30.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	30.11.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Ute Rexroth

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Djin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Julia Schilling
  - Kristin Tolksdorf
  - Anna Stoliaroff-Pepin
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth

- Maria an der Heiden
- ! IBBS
- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1

Esther-Maria Antao

- ! Presse
- Ronja Wenchel
- ! ZBS1
- Janine Michel
- ! ZIG1
- Sarah Esquevin



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;62 Millionen Fälle, fast 1,5 Millionen Todesfälle (2,33%), stabiler Fall-Verstorbenen-Anteil</li> </ul> </li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder: USA, Indien, Brasilien, Italien, Russland, Polen, Deutschland, Großbritannien, Iran und Frankreich.</li> <li>○ Iran und Frankreich Plätze getauscht,</li> <li>○ zunehmende Trends in den Indien, Brasilien und Iran; abnehmende Trends in Italien, Großbritannien und Frankreich; v.a. Frankreich starke Abnahme</li> <li>○ Polen, Russland, USA und Deutschland mit leichter abnehmenden Trends.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 80 Länder überschreiten den Schwellenwert.</li> <li>○ Neu hinzugekommen Dominikanische Republik, Mexiko</li> <li>○ 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,</li> <li>○ In Frankreich gibt es seit Samstag Lockerungen, auch nicht essentielle Geschäfte dürfen wieder öffnen, Verlassen der Wohnung wieder einfacher,</li> <li>○ In anderen Ländern aber teils wieder Verschärfungen der Maßnahmen bspw. in Kroatien,</li> </ul> </li> <li>○ Zusammenfassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweite Verteilung der neuen Fälle in den letzten 7T: Amerika 42,3%, Europa 39,5%, Asien 15,8%, Afrika 2,4%, Ozeanien 0,04%</li> <li>○ Weltweite Verteilung der neuen Todesfälle in den letzten 7T: Europa 50,1%, Amerika 31,8%, Asien 14,4%, Afrika 2,9%, Ozeanien 0,02%</li> <li>○ Asien: Japan und Südkorea verzeichnen ihre 3. Welle</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Amerika: PAHO: Sorge um die 2. Welle in Mittel- und Südamerika. Die meisten Länder haben das Infektionsgeschehen noch nicht unter Kontrolle gebracht und sind nicht aus der 1. Welle raus. Erhöhte Übertragungen über die Feiertage und Ferien am Ende des Jahres erwartet.</li> <li>○ 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...)</li> <li>○ Frage nach dynamischem Grenzwert, es gibt dazu aber noch keine Entscheidung für heute</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.053.869 (+11.169), 16.248 (1,5%) Verstorbene (+125), Zahlen weiter auf hohem Niveau</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 138/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,91</li> <li>○ ITS (Datenstand 29.11.2020): 3.901 (+13), invasiv beatmet: 2.300 (-6)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang auf geringem Niveau, Sachsen und Thüringen steigen weiter stark an, keine offiziellen Rückmeldungen dazu,</li> <li>○ 2 Bundesländer mit &lt;50 Fälle/100.000 EW, alle anderen drüber, viele zeigen ein Plateau,</li> <li>○ LK mit 7-Tagesinzidenz &gt;500 haben geringe Einwohnerzahl,</li> <li>○ 1 LK ohne Fallübermittlung wegen technischer Probleme</li> <li>○ <i>Anmerkungen/Fragen:</i> Frage aus dem BMG zu den weiterhin hohen Fallzahlen, 1. warum gehen die Zahlen nicht mehr nach unten? 2. Warum sind die &gt;80 Jährigen so stark betroffen? 3. Was können wir empfehlen? 4. Gibt es meldestatistische Gründe? =&gt; Rückmeldung FG32: Dies kann ausgeschlossen werden.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 FG36 FG37 FG38 Abt. 1 VPräs Präs</p>
--	---	--





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 &gt;80 Jährigen zeigen, nach dem Sommer gab es einen Shift zu den älteren Gruppen, Lockdown scheint weniger effektiv als im Frühjahr, Problem der Compliance</li> <li>○ Vorschlag sich den Anteil der betroffenen &gt;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,</li> <li>○ 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,</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Pressebriefing könnte das nochmal aufgreifen,</li> <li>○ Schulen sind eher nicht die treibenden Quellen und Schulschließungen würden die Lage wohl noch eher verschärfen, allerdings müssten auch die Hygienekonzepte strikter umgesetzt werden</li> <li>○ Besserer Einsatz von Antigentesten wurde diskutiert, wichtig ist aber auch weiterhin zu betonen, dass Antigenteste ein Baustein sind aber andere Maßnahmen nicht ablösen sollten,</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Größe der Fallzahlen bei den Ausbrüchen weist ggf. eher auf Personal als auf Besucher hin,</li> <li>○ Finanzielle Situation in einigen Heimen verschärft die Lage, Personalmangel, Ressourcenknappheit, Rolle von Antigentesten müsste anhand von Daten überprüft werden, keine sehr gute Datenlage dazu,</li> <li>○ Kommunikation zu den Zielgruppen und Altersgruppen könnte intensiviert werden,</li> <li>○ Es gab einen Vorschlag der BZgA für eine zielgruppenspezifische Kampagne für Jugendliche, die dann aber nicht umgesetzt wurde</li> <li>○ Eintragung von Infektionen in Heimen müssten reduziert werden, geht über Testung aber auch über das Senken der</li> </ul>	
--	--	--

	<p>Inzidenz in der Bevölkerung, dieser Zusammenhang sollte immer wieder betont werden,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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,</li> <li>○ Zum Einsatz von Antigentests in Heimen ist eine Voxco Abfrage in Planung,</li> <li>○ Über die Träger könnten gewisse Infos zur Situation in den Heimen eingeholt werden,</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> Vorschlag für Antwort von FG37 und Beschreibung der Grafik mit den Alterskurven zur Abstimmung und Ergänzung von FG36 und FG14, parallel soll FG36 einen Formulierungsvorschlag erstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syndromische Surveillance (mittwochs)</li> <li>○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Digitale Ein- und Ausreisekarte: letzte Woche gab es ein Treffen mit BMG, Bundesdruckerei und RKI, Vertragsentwürfe wurden zirkuliert und werden diskutiert,</li> <li>○ Es gibt eine Clearingstelle, Plausibilität der Angaben von Einreisenden nicht immer so gut, viel händische Nacharbeit erforderlich,</li> <li>○ CWA: Bewegung und Priorisierungsverschiebung, Kontakttagebuch soll implementiert werden, Gespräche laufen,</li> <li>○ Dirk Brockmann war in einer Sendung, dort wurde eine App mit dem Ziel der einfacheren Kontaktnachverfolgung vorgestellt, die ein Berliner Unternehmen neXenio zusammen mit den Fantastischen Vier entwickelt hat.</li> <li>○ RKI prüft, ob das ggf. mitgenutzt werden könnte,</li> </ul>	FG21 Schmich
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Überarbeiteter Entwurf von FG 36</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktualisierungsvorschlag zur Diskussion (Dokument <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Vorschlag mit erneuerter Risikobewertung und Beschreibung der Trends,</li> <li>! Hinweis darauf, dass das Infektionsumfeld häufig nicht mehr ermittelt werden kann, meist aus Kapazitätsgründen bei den Gesundheitsämtern,</li> <li>! Hinweis, dass Schutz der Risikogruppen noch konsequenter betrieben werden sollte, wichtig ist, dass hier kein Strategiewechsel erfolgt oder neue Phase, Dokument noch</li> </ul>	FG36



	<p>sinnvolle Ergänzung sein</p> <p>Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers“ (verschoben auf Mittwoch)</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen.</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „Kontrollstrategie im Schulbereich“ aus MPK (Dokument <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Neues Vorgehen von Ministerpräsidenten beschlossen, Erlass des BMG mit der Bitte um Stellungnahme</li> <li>○ Beschlüsse sollen aufgelistet werden</li> <li>○ Bestehende Dokumente mit fachlichen Empfehlungen sollen nicht verändert werden,</li> <li>○ Verweis darauf, dass die sonstigen Empfehlungen grundsätzlich unberührt bleiben</li> <li>○ Begrifflichkeiten: sprachlich soll sich im Erlass am Beschluss orientiert werden,</li> <li>○ Rückverweis in anderen Dokumenten auf dieses Dokument soll nicht erfolgen</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG36 Präs VPräs Abt. 1</p>
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul>	<p>FG33</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht viel Neues seit Freitag,</li> <li>○ Angebot eines Kurierdienstes zum Probentransport für Praxen und Labore,</li> <li>○ Sequenzierung bestimmter Proben geplant</li> <li>○ 1287 Proben bearbeitet, 342 (26,6%) Positive, hoher Anteil, weil Labore aufgefordert wurden nicht mehr alle Proben zu schicken,</li> <li>○ Es wurden weitere Antigenteste getestet</li> <li>○ Frage nach Patienteneinwilligung für Proben aus Ausbrüchen diskutiert,</li> <li>○ Zur Ausbruchsauflklärung sind Proben nötig, es gab bei anderen Ausbrüchen kein Problem damit, es müsste klar werden, dass das Gesundheitsamt diese Proben weiterleitet und das RKI die Sequenzierung in Erfüllung der Aufgaben testet, ggf. braucht es einen anderen Schein</li> </ul>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Updates</li> </ul>	<p>IBBS</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Punkte</li> </ul>	<p>Alle</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Insgesamt wurden in SurvNet 369 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (&gt;= 2 Fälle) angelegt</li> <li>○ 285 (76%) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 15 Jahren, 40%</li> </ul>	<p>FG32 FG36</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>(724/1.818) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 84 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter</li> <li>○ Insgesamt wurden in SurvNet 636 Ausbrüche in Schulen angelegt (&gt;= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)</li> <li>○ 583 (92%) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 21 Jahren, 18% (6-10J.), 26% (11-14J.), 31% (15-20J.), 25% (21+)</li> <li>○ 53 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter</li> <li>○ 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,</li> <li>○ Teillockdown scheint dahingehend zu funktionieren, weniger ARE übertragen,</li> <li>○ Gruppe 15-20 sehr deutlicher Rückgang zu beobachten</li> <li>○ Ausbrüche in KITA und Horten, insbesondere Ältere und Betreuende sind betroffen,</li> <li>○ Anteil betroffener Kinder stärker angestiegen</li> <li>○ Hygienekonzepte müssen weiter konsequent beachtet werden, wenn Schulen offen bleiben sollen</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>	FG38
	○	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	FG38
	○	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>	Alle
	○	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>	
	○ Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Luisa Denkel
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe

- Claudia Schulz-Weidhaas
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Iris Andernach
- ! Protokoll
  - Janet Frotscher (RKI)









	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Wert (gesamt) lag in der 48. KW 2020 bei knapp 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner (Folie 4)</li> <li>○ Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 830.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen</li> <li>○ Rückgang der SARI-Fallzahlen in allen älteren Altersgruppen (Folie 6)</li> <li>○ die Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahre immer noch niedriger als üblich um diese Jahreszeit</li> <li>○ Alle Altersgruppen über 14 Jahre sind stark angestiegen</li> <li>○ Altersgruppen 35-59 Jahre und 60-79 Jahre liegen deutlich höher als in den Vorsaisons</li> <li>○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI ist stabil geblieben, liegt aktuell bei 58 % (Folie 10)</li> <li>○ Anteil COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) (Folie 11) 60 Jahre und älter: hier sind 255 Fälle zu verzeichnen</li> <li>○ Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel (Folie 13): alle Fälle, inkl. Liegende (noch vorläufige Diagnosen und noch nicht vollständig)</li> <li>○ auch hier: kein Rückgang in AG 80+, eher weiterer Anstieg (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Insgesamt Stabilisierung in allen Altersgruppen, nur 80+ Kurve steigt weiterhin an, hier muss frühzeitig auf Signale geachtet werden, um diese Altersgruppe zu schützen</li> <li>○ Systematische Untererfassung aufgrund telefonischer Krankschreibungen von einer Woche ?</li> <li>○ Telefonische Konsultationen werden mitberücksichtigt</li>   <li>○ <i>Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>):</i></li> <li>○ Leichter Rückgang Anteil pos. Testungen (Folie 1)</li> <li>○ Altersgruppe der &gt;80-Jährigen deutlich höher (Folie 2)</li> <li>○ Deutlicher Anstieg bei Anzahl der Testungen bei &gt;80-Jährigen (Folie 3), 0-4-Jährige werden weniger getestet</li> <li>○ Testverzug bleibt konstant (Folie 5)</li> <li>! <i>Diskussion:</i></li> <li>○ Anhand dieser Daten keine Untererfassung von Kindern erkennbar</li>   <li>○ <i>Testzahlerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>, Dokument <a href="#">hier</a>)</i></li> <li>○ Testzahlen und Positivenquote (Folie 1):</li> <li>○ KW 45: 1,6 Mio Testungen, KW 48: 1,3 Mio Testungen</li> <li>○ Anzahl der Testungen: -18 %</li> <li>○ Anzahl der abgenommenen positiven Befunde: -3%</li> <li>○ Abnahme der Positivenquote von 9,3 % auf 9,28 %</li> <li>○ Keine massive Untererfassung</li> <li>○ Probenrückstau: ertragbares Maß</li> </ul>	<p>Präs FG 36 (Buda)</p> <p>FG 37 (Haller)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	---

<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ○	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ○	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> Nicht besprochen	
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> ○ Dominierende Schwerpunkte bei Bürgeranfragen: Fragen zur psychischen Gesundheit und Fragen zur Impfung <b>Presse</b> ○ Pressebriefing am Donnerstag, 03.12.2020  <i>ToDo: Bitte Grafik „7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche“ (Folie 4 <a href="#">hier</a>) morgen im Pressebriefing zeigen</i>  ○ Hohes Aufkommen an Bürgeranfragen zur DEA	BZgA (Thaiss)  Presse (Wenchel)  Präs / FG 38 (Rexroth)  Presse (Wenchel)
<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> Nicht besprochen	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> ○ Nicht besprochen	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ○ Nicht besprochen	
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> ○ Wöchentlich ca. 80 Proben ○ 2-5 % Nachweis SARS-CoV-2 ○ Abwärtstrend bei Rhinoviren ○ Ausgesprochene Saisonalität der Coronaviren wird sichtbar (Januar/Februar 2021 könnte kritisch werden) ○ Nächste Saison wird es eine stärkere Influenzaaktivität geben ○ Besteht die Hoffnung, dass durch Covid-Maßnahmen Influenza „in Schach“ gehalten werden kann? ○ Die Maßnahmen spielen eine Rolle ○ Positiver Effekt durch Impfung+AHA+L ○ Durch mRNA-Impfstoffe kommt neuer Schub in Impfstoffentwicklung und -konzepte ○ Unterschied Influenza / Covid-19: Covid-19 braucht insgesamt viel länger  <i>ToDo: Bitte um Modellierung (was würde passieren, bei Lockerung von 10 oder 14 Tagen? R-Reduktion der letzten 4 Wochen, Auswirkung der verschärften Maßnahmen auf „R“)</i>  ○ Keine neuen Informationen bezüglich Nerz-Mutationen	FG 17 (Dürrwald)  FG 36 (Buda)  FG 38 (Rexroth) FG 17 (Dürrwald)  FG 36 (Buda)  VPräs  FG 17 (Dürrwald)



<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutlicher Anstieg</li> <li>○ Telemedizin (Hub) der Charité verzeichnet noch nie dagewesene Auslastung</li> <li>○ Bei Verlegungsdiskussionen unterstützen die RKI-Empfehlungen deutlich</li> </ul>	IBBS B. Ruehe
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starke Beunruhigung bei Präs aufgrund der möglichen Quarantäneverkürzung auf 7 Tage + Test</li> <li>○ Besorgnis auch ob des politischen Willens von vielen Kultusministern</li> <li>○ Starke Bedenken, dies aus rein pragmatistischen Gründen zu beschließen (Lockerung kann zu juristischer Aufarbeitung führen)</li> <li>○ Empfehlung 10 Tage + Test auf RKI-Seite wird nicht einheitlich umgesetzt</li> <li>○ Diskussion über Jugendliche als Treiber der Pandemie (Dokument <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Höchste Inzidenz bei 15-30-Jährigen</li> <li>○ Wie kann Gruppe der 15+-Jährigen erreicht werden, um Verantwortung für Eltern und Großeltern deutlicher zu machen</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte jegliche Informationen zur Quarantäneverkürzung sammeln</i></p>	Präs  VPräs  FG 38 (Rexroth)  Abt. 3 (Hamouda)  Präs
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (<b>nur freitags</b>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 03.12.2020 Pressebriefing</li> <li>○ 05.12.2020 Townhall-Meeting BMG mit Minister Spahn</li> </ul>	Präs
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Freitag, 04.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	04.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG24
  - Alexander Rommel
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Walther Haas
  - Silke Buda

- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Sebastian Haller
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Fälle, Ausbreitung, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): gestern &gt;64 Mio. Fälle, knapp 1,5 Mio. (2,3%) Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenige Veränderungen</li> <li>▪ Brasilien wieder auf Platz 2 aufgrund eines 22%-igen Anstiegs im Vergleich zur Vorwoche</li> <li>▪ Abwärtstrend in manchen europäischen Ländern, Italien (-23%), Deutschland, GB (-19%), Polen (-42%)</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 78 Länder (Mittwoch waren es 79)</li> <li>▪ Afrika: neu Cabo Verde</li> <li>▪ Amerika: Virgin Island und Dom Rep wieder dabei, Bermuda und Mexico Inzidenz unter 50/100.000/7T</li> <li>▪ Asien: nur noch 7 Länder, Kuwait und Qatar raus</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Veränderungen im Vergleich zu Mittwoch</li> <li>▪ Unter EU-Ländern nur Irland und Island mit Inzidenz &lt;50 Neuinfektionen/100.000/7T</li> </ul> </li> </ul> <p>! Washington Post Artikel am 01.12.2020 (<a href="#">hier</a>), Titel “Europe’s schools still open, still relatively safe, through the COVID-19 second wave”</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schulschließungen in Österreich, Tschechien und Italien, offen in zahlreichen anderen europäischen Ländern trotz 2. Welle</li> <li>○ Interessante Zahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Finnland: 20.000 von 1,2 Mio. Lehrern und Schülern in Quarantäne, nur 200 (1%) positiv getestet, Positivrate in Allgemeinbevölkerung 2,8%</li> <li>▪ Spanien: 87% von Indexfällen in Klassenzimmern führten nicht zu sekundären Fällen</li> <li>▪ Frankreich: nur 0,1% der Schüler und 0,2% Prozent des Personals an Schulen positiv getestet</li> <li>▪ 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%</li> </ul> </li> <li>○ Fazit: Fälle in Schulen treiben das Infektionsgeschehen nicht maßgeblich voran</li> </ul>	ZIG1

	<p>! NEJM Publikation zu WHO Solidarity Trials (<a href="#">hier</a>) neue Zwischenergebnisse, Fazit:</p> <p>! Remdesivir, Hydroxychloroquine, Lopinavir und Interferon-beta-1a kein/kleiner Effekt auf overall mortality, duration of hospital stay und initiation of ventilation</p> <p>! Zusammenfassung: Auf amerikanischem Kontinent keine Entspannung, in Europa teilweise stark rückläufiger Trend</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Hohe Anzahl neu gemeldeter Fälle (Donnerstagszahlen)</li> <li>○ Bei Besetzung von Intensivbetten nur langsamer Anstieg</li> <li>○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Anstieg in Sachsen und auch in Thüringen</li> <li>▪ Alle Altersgruppen sind betroffen</li> <li>▪ Ab nächster Woche epidemiologisch besser deutbare Darstellung hierzu</li> <li>▪ Inzidenz in Sachsen sieht dramatisch aus, in Nowcasting-Kurve nicht ganz so, diese sollte bei der Besichtigung der nationalen Lage mitberücksichtigt werden</li> </ul> </li> <li>○ Sind in Thüringen die Screenings in Hildburghausen sichtbar? Eher nicht (nicht abschließend besprochen)</li> <li>○ Altersgruppe über 80 ist überall stark betroffen auch wenn bei der Gesamtzahl der Fälle natürlich nicht so hoch</li> <li>○ Geografische Verteilung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sachsen überholt möglicherweise Bayern</li> <li>▪ Hohe Todesfallinzidenz in Sachsen obwohl BL noch nicht lange betroffen ist</li> <li>▪ Heute kein Kreis &gt;500, einige &gt;400, Bautzen, Zwickau, Sächsische Schweiz</li> </ul> </li> <li>○ Mortalität <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kleiner Anstieg in Deutschland</li> <li>▪ In EuroMOMO ist ein starker Anstieg in anderen EU-Ländern sichtbar</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul> <p>Diskussion</p> <p>! Langsamer Anstieg Intensivstationen – wie kann dieser begründet und wie soll vorgegangen werden? Situation in Krankenhäusern (KKH)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mögliche Gründe</li> </ul>	<p>FG32/FG38</p> <p>Alle</p>
--	---	------------------------------





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Restriktivere Handhabung oder Steady State der sich auf hohem Niveau einpendelt, deswegen täglich nicht mehr so viele neue Fälle</li> <li>▪ Es gibt immer einen zeitlichen Verzug bis zur Aufnahme in Intensivstation, aktuelle Situation ist eher ein Abbild des hohen Anstieges im Oktober</li> <li>▪ In manchen KKH kommen Patienten ab 85 Jahre nicht mehr auf die Intensivstation, dies ist nichts Offizielles, wurde aber von mehreren Krisenstabs-TN gehört</li> <li>▪ Es wird ebenfalls früher/mehr Sauerstoff gegeben, vielleicht deswegen auch weniger Personen auf IST</li> <li>▪ Hälfte der Personen die auf ITS kommen verstirbt – Fokus sollte noch mehr auf Vermeidung von Infektionen und nicht Behandlung von Fällen liegen</li> <li>○ Verteilung IST-Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt Möglichkeit der regionalen Patienten-Übernahme, wenn diese medizinisch noch möglich ist, wird dieses Prinzip auch genutzt?</li> <li>▪ Viele Diskussion hierzu, Prozess wird noch etabliert</li> <li>▪ Bisher keine Verlegung von Patienten in größerem Rahmen, lediglich Einzelverlegungen</li> <li>▪ Es sollte in jedem KKH eine Person geben, die weiß wie das Vorgehen ist</li> <li>▪ IBBS gibt dies erneut in die verantwortliche Gruppe</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht alle Intensivbetten sind durch COVID-19 Patienten belegt</li> <li>▪ Andere Gründe, z.B. nicht verschobene Operationen spielen mehr als im Frühjahr eine Rolle, dies ist wahrscheinlich nicht nur in Sentinel-KKH der Fall</li> <li>▪ Die Lage ist angespannt, aber aktuell gibt es keinen deutschlandweiten Mangel an Intensivbetten</li> <li>▪ FG36 reicht ICOSARI-Folien hierzu Montag nach, inklusive Altersstruktur auf Intensivstationen</li> <li>▪ In der IfSG-Novellierung sollte jetzt eine VO etabliert werden, die mittelfristig erlaubt ICOSARI weiter auszubauen</li> <li>▪ Herausforderung ist häufig fehlende Digitalisierung der KKH, zeitnahe elektronische Datenlieferung ist ein Problem</li> </ul> </li> <li>○ KKH-Situation variiert <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berliner Kliniken haben fast alle elektiven Eingriffe abgesagt</li> </ul> </li> </ul>	<p>VPäs/alle</p>
--	---	------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SH wartet auf Patienten, auch in NW ist die Situation anders als im Frühjahr</li> <li>▪ Es werden weniger elektive Eingriffe abgesagt gibt aber dennoch eine hohe Belastung</li> <li>▪ Finanzierungslücken wurden geschlossen</li> <li>▪ Eigenständige Entscheidung der individuellen Häuser wie vorgegangen wird</li> <li>▪ Ggf. sollte der Ethikrat angesprochen werden ob ein Update notwendig ist um Versteckentwicklungen zu minimieren und offene Diskussion zu ermöglichen</li> </ul> <p>! ECDC RRA zu Festtagen am Jahresende (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC Einschätzung, dass Lockerung über Feiertage nicht zu empfehlen ist, primär 2 Vorschläge</li> <li>○ <i>Vorquarantäne</i> vor den Feiertagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realistisch? Eventuell falsches Sicherheitsgefühl?</li> <li>▪ Zeitraum wurde scharf verhandelt und ist für echte Quarantäne zu kurz</li> <li>▪ Frage ist, wer danach zusammenkommt, wenn dann auch Personen ohne Vorquarantäne hinzukommen gibt es bei mangelnden Abstandsregeln eine Infektionsmöglichkeit</li> <li>▪ Unwahrscheinlich, dass Vorquarantäne auf effektive Art realistisch ist</li> </ul> </li> <li>○ <i>Social bubbles</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was ist die social bubble, wie wird diese übersetzt?</li> <li>▪ Jede Person hat ihre Kontakte, unwahrscheinlich, dass sich fortlaufend immer nur 2 Haushalte treffen und diese ansonsten keine anderen Kontakte haben</li> <li>▪ Sollte sehr kleine konstante Gruppe sein, die sich über die Weihnachtstage fortsetzt</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Beispiel aus England <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Modellierung der Daten der 1. Welle, Shielding von über 70-jährigen</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ England setzt social bubbles über Weihnachten für 3 Tage aus</li> <li>▪ Papier von Stefan Flasche, kommunikative Aufarbeitung, ganz strikt, ein anderer Haushalt und gesetzlich geregelt</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie soll RKI sich positionieren: nicht öffentlich, ggf. Bericht mit Vorausschau, wie könnten die Zahlen sich entwickeln, Anstoß zur Überlegung, Lockerung über Weihnachten unabhängig von den Zahlen nicht zuzulassen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gewisser Anteil an sozialen Kontakten ist wichtig</li> <li>▪ Nahe Bekannte/Verwandte werden als vertraut empfunden, AHA+L-Maßnahmen nicht so umgesetzt wie gegenüber Fremden, erneute Sensibilisierung sollte stattfinden</li> <li>▪ Unwahrscheinlich, dass während der Feierlichkeiten MNS/MNB getragen wird</li> <li>▪ Das Verhalten bei Zusammentreffen ist entscheidend und dazu muss gut kommuniziert werden</li> <li>▪ Auch bei kleinen Zahlen ist eine rasche Akkumulation von Übertragungen möglich! Visualisierung hiervon um Bevölkerung zu sensibilisieren</li> </ul> </li> <li>○ Bitte aus Flughafen TK gestern, dass RKI und BMG stark darauf hinwirken, dass wenig Reiseaktivitäten stattfinden</li> <li>○ 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)</li> </ul> <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>! FF FG36 oder jemand anderes, je nach Belastung</li> <li>○ 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)</li> <li>! FF P1</li> <li>○ 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)</li> <li>! moderierende FF P1, mit FG36 und FG37</li> </ul> <p><i>ToDo: s.u. Zusammenfassung</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. LZ Aufgabe Bericht an BMG</li> <li>2. P1 Risikokommunikation</li> </ol>	
--	--	--

	3. LZ Aufgabe Überlegung zu (zusätzlichen) Empfehlungen für Feiertage	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einsätze: kurze Nachfolgmission nach Namibia um regionale SARS-CoV-2-Testung zu etablieren</li> <li>! Risikogebiete: nach BMG-Bericht am Mittwoch noch keine Einigung zum dynamischen Schwellenwert bei Risikogebieten, Etablierung vor Weihnachten unwahrscheinlich</li> <li>! Internes Papier zu Reisen in Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfragen zur Rolle von Antigentestungen bei Einreise/Reise</li> <li>○ Antigennachweise wurden viel diskutiert, sie beschreiben in einer Momentaufnahme Infektiosität und nicht die Infektion</li> <li>○ Strategiediskussion, ob solcherart Nachweise erlaubt bzw. gefordert werden</li> <li>○ Anfrage aus AA, ob dies eine gute Möglichkeit wäre, weitere Welle aus West Balkan zu verhindern</li> <li>○ ZIG4 erstellt zsm. mit anderen OEs ein Optionpapier</li> <li>○ Risikogebiete werden hierdurch noch komplexer</li> <li>○ Impfnachweis für Reisende wird kurzfristig kein Thema sein, da zunächst Risikogruppen geimpft werden</li> <li>○ Einzelne Länder oder Fluglinien werden hierzu Entscheidungen treffen</li> <li>○ RKI sollte besprechen und kommunizieren, wie unsere Stellung dazu ist, um Muster Quarantäne VO und dann reaktiver Nacharbeit vorzubeugen</li> </ul> </li> <li>! Viel Überschneidung mit FG38-Arbeit zum Thema Transport <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzte Woche Diskussion mit BMVI zu Reisekorridoren</li> <li>○ Wie Reisen vor allem im Flugverkehr unter Nutzung von Testungen erfolgen können</li> <li>○ Wahrscheinlich folgt ein Auftrag vom BMG ans RKI</li> <li>○ Lufthansa hat bereits Antigen Testung für gewisse Strecken etabliert, funktioniert gut in München, in Hamburg weniger gut, viele falsch positive Ergebnisse und Flugverzögerungen</li> <li>○ 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</li> <li>○ Testkapazitäten müssen im Auge behalten werden</li> <li>○ Fazit: Sehr vorsichtig mit Testungen im Reiseverkehr</li> <li>○ Vorpositionierung unter Eindruck neuer Möglichkeiten soll durch ZIG und FG38 entwickelt werden</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG Entwurf des Optionpapiers unter Einbeziehung von FG38 (Maria an der Heiden)</i></p>	<p>ZIGL</p> <p>ZIGL/FG38</p>



3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Fragestellung: Einstufung von „Cluster of cases“ auf „Community transmission“ (WHO Situation Report)?</b></p> <p>! Ist mittlerweile Journalisten aufgefallen, sollte hochgestuft werden?</p> <p>! Wurde bisher nicht getan, da sich dies in der syndromischen Surveillance noch nicht so darstellt und aktuell der leichte Lockdown besteht</p> <p>! Krisenstabs-TN sind dafür, hochzustufen, fortgesetzte weitere Übertragungen trotz der Maßnahmen, Deutschland befindet sich auf einem mittleren Niveau der community transmission</p> <p>! Michaela Diercke setzt dies über Datenübermittlung an WHO um</p>	VPräs/alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht anwesend</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Neue Dashboard Darstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eingang von Rückmeldungen zum neuen Dashboard</li> <li>○ Positiv und negativ, wird generell als gut eingeschätzt da erfahrungsgemäß immer mehr negative als positive Kommentare eingehen</li> <li>○ Heute soll noch ein Disclaimer erstellt werden um die Änderungen zusammenzufassen</li> </ul> <p>! Jubiläum heute</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zum 1.300. Mal COVID-19-Übersichtsseite aktualisiert</li> <li>○ Zum 500. Mal die Marginalspalte aktuelles</li> </ul> <p>! Nächste Woche Dienstag Pressekonferenz Corona-Monitoring lokal in Straubing</p> <p><b>Tätige in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern – Fokus Weihnachtsferien</b></p> <p>! Wertschätzung Migrant*innen in Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern Länder-TK: in Deutschland sind mit 26% Migrant*innen überproportional in Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege tätig</li> <li>○ 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 zusammenbrechen würde</li> <li>○ Außerdem Wunsch nach Kommunikation, dass diese Weihnachten Reisen insgesamt unterbleiben sollten! soll</li> </ul>	<p>Presse</p> <p>FG38</p>

	<p>von Gruppe ergänzende Präventionsmaßnahmen aufgenommen werden</p> <p>! Mehrsprachige Kommunikation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI-Empfehlungen für Fachpersonal nur auf Deutsch verfügbar, Übersetzungen wären wünschenswert</li> <li>○ Es gibt Material, aber nicht speziell für in Einrichtungen Tätige, sollte mehr zugespielt werden in dieser Richtung</li> <li>○ Übersetzung der RKI-Empfehlungen soll an BZgA herantragen werden</li> <li>○ Maria an der Heiden und Marieke Degen sprechen sich ab</li> <li>○ IBBS lässt Grundübersetzung von BZgA vornehmen, diese werden durch freiwillige im RKI ergänzt/überprüft</li> <li>○ Übersetzungen sind wichtig, aber wie wird es an die gelangen, die die Informationen benötigen?</li> <li>○ 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?</li> <li>○ Beteiligung ethischer/sprachlicher Gruppen, Vorbereitung einer Handreichung für lokale Krisenstäbe</li> <li>○ Wen sollte man einbeziehen oder in die Pflicht ziehen, ggf. gibt es auch lokale Netzwerke</li> <li>○ RKI-Papier von Navina Sarma stieß auf Kritik, dass RKI mit diesem Papier selbst stigmatisiert, wurde jedoch im Dialog mit anderen Gruppen nicht bestätigt</li> <li>○ Eventuelle Erweiterung des bestehenden Papiers</li> <li>○ Nicht ganz abschließend besprochen?</li> </ul>	
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) Allgemein</p> <p><b>Schulkonzept Irland</b></p> <p>(Irischer Ansatz <a href="#">hier</a>, RKI-Zusammenfassung <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Nichts Besonderes wird dort anders als hier gemacht, physische Distanzierung, Hygienemaßnahmen und Schüler und Lehrer bewegen sich in ihren Klassen oder Kleingruppen und verlassen diese nicht</p> <p>! Lüften wird nicht erwähnt</p> <p>! Konzept wurde bereits Ende Juli vor der Wiedereröffnung der Schuleinrichtungen veröffentlicht zsm. mit einem Protokoll für die Umsetzung</p> <p>! Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung sind sehr viel strenger</p> <p>! Wöchentliche Publikation der Ergebnisse der Massentestungen, geringere Transmission in Schulen und</p>	ZIG1



	<p>Bildungseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Punkte wurden auch in RKI Empfehlungen adressiert, werden aber nicht so umgesetzt wie vorgesehen</li> </ul> <p><b>High Level Meeting zu Safe schooling nächste Woche</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Walter Haas wurde konkret auch zur Teststrategie eingeladen</li> <li>! Gleichzeitig gibt es den Ministerpräsidentenbeschluss der ein anderes Konzept vorsieht (Test am 5. Tag, dann kann noch stets ein Anteil erkranken, durchlässig für fortgesetzte Infektionsketten, wirkt offenhalten von Schulen entgegen)</li> <li>! Walter Haas würde fachliche RKI-Einschätzung kommunizieren und RKI-Konzept mit gezielter Teststrategie vorstellen</li> <li>! Wie soll mit dem MP-Beschluss umgegangen werden?</li> <li>! Reaktive Anerkennung der Existenz des MP-Beschlusses, nähere Fragen hierzu können nicht beantwortet/interpretiert werden</li> </ul> <p><b>Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers” Viola Piesemann (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einschätzung durch Matthias an der Heiden und Kai Schulze</li> <li>! Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grundidee des Papiers richtig und gut</li> <li>○ KoNa stabilisiert die Kontrolle der Epidemie ist aber teilweise nur begrenzt vorhanden, solange gewisse Fallschwelle nicht überschritten wird, ist dies gut</li> <li>○ Zahlreiche, willkürlich gesetzte Annahmen von Parametern die uns zum großen Teil nicht bekannt sind, Genauigkeit, die nicht messbar und unrealistisch ist wird vorgetäuscht</li> <li>○ Verschiedene Zustände werden beschrieben, stabiler Zustand und Zustand mit Fallanstieg, wie dies quantitativ auszurechnen und -werten ist, ist nicht klar</li> </ul> </li> <li>! Limitationen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Bei unbekanntem Einzelwerten zu Parametern (z.B. infektiöse Kontakte) kann kein Durchschnitt ermittelt werden</li> <li>○ Kapazität der GA zur KoNa ist nicht konstant, hängt von der Anzahl der KP der einzelnen Fälle ab, Größe der</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG34</p>
--	--	-------------------------

	<p>Ausbruchsgeschehen, KoNa-Kapazität, Altersgruppen, Regionen, Erreichbarkeit</p> <p>! Bei realer Politikberatung sollte dies alles mit einbezogen werden, für eine Modellierung genügt dies vielleicht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Relevanz für praktische Maßnahmen sehr begrenzt, offene Fragen nicht berücksichtigt (spielt Saisonalität doch eine Rolle? Vielleicht nicht im September/Okttober, aber vielleicht doch im November?), dies kann Kontrollstrategie durcheinanderbringen</li> <li>○ Autoren machen Kostenabschätzungen zu strengem Lockdown der günstiger wäre, sehr schwer zu rechtfertigen auf Basis der aktuellen daten</li> </ul> <p>! Fazit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie Maßnahmen wirken können wir aktuell nicht prognostizieren, Maßnahmenpriorisierung kann erfolgen, quantitative Beschreibung der Wirkung von Maßnahmen aber nicht</li> <li>○ Lösung ist entweder Eradikation oder gute Immunität</li> </ul> <p>! Einschätzung Tim Eckmanns (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beschriebene Zustände auf deutsche Situation angewandt <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ stable: HH, HB</li> <li>▪ unstable: ST, BB, TH, SMN</li> <li>▪ metastable: alle anderen, SH, MV stabil aber auch mit Maßnahmen zu hoch</li> </ul> </li> <li>○ Darstellung der Möglichkeiten und Last derselben für Gesellschaft und Wirtschaft: Durchseuchung, Containment, Eradikation (Süd-Korea, Taiwan, Vietnam, China, Neuseeland)</li> <li>○ Deutschland mit Containment Strategie relativ erfolgreich</li> <li>○ Lockdown ist aktuell nicht stark genug</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kontrollierbarer Zustand kann sehr plötzlich in unkontrollierbare Situation übergehen</li> <li>○ Durch test-trace-isolate wird Virus gut in Schach gehalten</li> <li>○ Saisonalität spielt eine Rolle, aber auch in anderen Ländern</li> <li>○ Ziel sind niedrige Fallzahlen, zu welchem Preis, was epidemiologisch verantwortbar sowie gesellschaftlich und ökonomisch akzeptabel ist, muss diskutiert werden</li> <li>○ 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</li> <li>○ Sachsen: zieht jetzt nach, u.a. viele Reisen von angrenzenden Ländern nach Sachsen für Einkaufstouren da hier Maßnahmen weniger streng sind, Interpretationsmöglichkeit der Modellierung wird überbewertet</li> <li>○ China: frühzeitig ein richtiger Schwerpunkt mit zahlreichen Containment Scouts auf Einwohner bezogen</li> </ul>	<p>FG37</p>
--	---	-------------





	<p>(6.000/10 Mio. Einwohner?), sehr guter Ansatz, über so etwas muss in der Zukunft nachgedacht werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Präs und VPräs haben im Sommer vor Kontrollverlust gewarnt, wurde damals nicht ernst genommen, Paper jetzt eventuell hilfreich um dies zu belegen und bei unserer Argumentation zu unterstützen, dass Fallzahlen niedrig gehalten werden müssen</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! UK hat erste Zulassung eines Impfstoffes</li> <li>! Biontech-Zulassung am 22.12. erwartet, ggf. früher</li> <li>! Moderna Impfstoff, auch mRNA, am 12.01.2021 erwartet</li> <li>! Astra Zeneca verschiebt sich, da weitere Daten gefordert wurden</li> <li>! STIKO-Sitzung gestern, Beschluss geht Montag in Stellungnahme-verfahren an Länder und Fachgesellschaften</li> <li>! 1. Priorität für Impfungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bewohnerschaft Altersheime</li> <li>○ Personen über 80</li> <li>○ Personal in Altersheimen und medizinisches Personal mit besonderen Tätigkeiten oder Einsatzorten (aerosolproduzierende Vorgehen, Kontakt Risikogruppen)</li> </ul> </li> <li>! Daten von Biontech (zu 48.000 TN) wurden STIKO vertraulich durch BMG zur Verfügung gestellt, in Bezug auf Sicherheit wie erwartet gut</li> <li>! Vorbereitung auf Umsetzung Impfen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Biontech hat Tiefkühlschränke, die zur Verfügung gestellt werden können</li> <li>○ Geimpften Personen sollen weiterhin Hygienemaßnahmen einhalten</li> <li>○ Quarantänehandhabung wie bei Personen, die Erkrankung durchgemacht haben! Immunität nach Impfung angenommen mindestens so gut wie nach durchgemachter Erkrankung</li> <li>○ Impfstoff in Emulsion aus Nanolipidartikeln eingebettet, wahrscheinlich kein Haifischprodukt</li> </ul> </li> </ul>	FG33

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nachweis über Impfung</li> <li>○ Wird gehandhabt wie bei jeder anderen geimpften Person auch, gelber Impfpass und Dokumentation</li> <li>○ Biontech plant Impfzentren Maschinen zur Verfügung zu stellen, die Aufkleber ausdrucken</li> </ul> <p><b>Quantifizierung und Risikostratifizierung vulnerabler Gruppen für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der Bevölkerung</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ziel: Überprüfung der Definition und Risikostratifizierung</li> <li>! Definition von zwei Gruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vulnerable Personen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personen mit Vorerkrankungen</li> <li>▪ Person &gt;65 Jahre</li> <li>▪ Hilfsbedürftige Personen &gt;55 Jahre (wenig Impact in Endergebnis)</li> </ul> </li> <li>○ Hochvulnerable Personen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ≥65 oder</li> <li>▪ Diabetes</li> <li>▪ Chronische Nierenerkrankungen</li> <li>▪ Adipositas</li> <li>▪ Manche Erkrankungen sind in den Daten nicht vorhanden aber wahrscheinlich über Alter oder comorbidity miterfasst</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Ergebnisse <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hauptvulnerable Gruppe 36 Mio., davon 21 Mio. hochvulnerable</li> <li>○ Alter: hohe Vulnerabilität etwas stabiler und auf niedrigerem Niveau, starker Anstieg vulnerable Gruppe mit Alter</li> <li>○ Bildung: sozialer Gradient bei beiden Gruppen</li> <li>○ Lebensform: Prozentsatz Alleinlebender nimmt mit zunehmender Vulnerabilität zu</li> <li>○ Regional nach BL: deutliche Unterschiede, höher im Osten und im Saarland, höchste Vulnerabilität im Saarland, Bayern geringste Vulnerabilität</li> </ul> </li> <li>! Diskussion: wie soll hiermit umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Terminologie: Vereinbarung der Terminologie medizinische Disposition für schweren Verlauf aus biologischen Gründen = <i>Risikogruppen</i>, Begriff vulnerable Gruppe kommt aus sozialpsychologischem Kontext, sollte angepasst werden</li> <li>○ Terminus Risikogruppen: deutliche Formulierung wichtig, „Risiko eines schweren Verlaufes von COVID-19 Erkrankungen“</li> <li>○ Analyse soll publiziert werden, basiert auf soliden Annahmen und Daten</li> <li>○ Frage nach Alleinlebenden, ggf. Einbau des Personen-Anteiles, bei dem Lebensform anders oder unbekannt ist, wo sind z.B. Personen, die pflegebedürftig sind?</li> <li>○ Dies ist in Surveydaten schwer abzugreifen, es sollte</li> </ul> </li> </ul>	FG24
--	---	------



	ggf. als Limitation hierauf hingewiesen werden, um Unterschied zwischen agilen, fitten und stark pflegebedürftigen älteren Personen zu machen	
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> ! FG17 Virologische Surveillance: 358 Einsendungen, 17 SARS-CoV-2 positiv, keine rückläufige Tendenz, 89 Rhinoviren, Einsendungen generell gestiegen ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1.044 Einsendungen, 215 positiv (21%), Woche noch nicht zu ende, von 2.200 Proben aus CoMoLo sind 21 positiv</li> <li>○ Panel für Antigenteste in Erstellung</li> </ul>	FG17 ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <b>EASA/ECDC Empfehlungen zur Testung und Quarantäne von Flugreisenden</b> ! Bereits oben besprochen unter Internationales	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 07.12.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	07.12.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
  - Patrick Schmich
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Luisa Denkel
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! P1

Mirjam Jenny

Esther-Maria Antao

Ines Lein

- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
  - Christophe Bayer
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung (Folien <a href="#">hier</a>)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 66 Millionen Fälle, &gt; 1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %)</li> </ul> </li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder: USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einw.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 79 Länder überschreiten diesen Schwellenwert</li> <li>○ Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko; Dominikanische Republik nicht mehr gelistet;</li> <li>○ Keine Änderung in Asien und Europa;</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur Island, Irland und Norwegen &lt; 50;</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19/Irland (Folie 5)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ca. 5 Mio Einw.; 73.948 Fälle (ECDC, 06.12.2020); 2.099 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 2,8 %); 7T-Inzidenz / 100.000 Einw.: 40,9; Fälle 7T: 2006; Ref 7T: 1,07;</li> <li>○ Zweite Welle zeitlich etwas früher als in D, Peak neuer Fälle bereits am 20.10.2020 erreicht;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Vom 22.10. bis 01.12. im Lockdown (= strengste Maßnahmen seit Mitte Mai):                                     <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nur Geschäfte zur Grundversorgung geöffnet, Restaurants etc. nur take-out möglich</li> <li>! 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),</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 (Denkel)</p>

	<p>Bewegung nur in einem Radius von fünf Kilometern vom Wohnort erlaubt;</p> <p>! Home-Office-Anordnung, Hochzeiten/Beerdigungen bis 25 Personen erlaubt, Schulen und Kindergärten weiterhin geöffnet</p> <p><a href="https://www.gov.ie/en/publication/2dc71-level-5/">https://www.gov.ie/en/publication/2dc71-level-5/</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Open Ireland (Folie 6): seit 30.11. schrittweise Öffnung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Vorfeld des Weihnachtsfestes sei mit einem erneuten Anstieg der Corona-Infektionszahlen zu rechnen, der Anstieg soll so gering wie möglich gehalten werden.</li> <li>○ Inzidenz derzeit wieder steigend (&gt; 40, Vorwoche ca. 35)</li> </ul> </li> </ul> <p><a href="https://www.irishtimes.com/news/health/exiting-level-5-what-will-be-allowed-from-december-1st-1.4421214">https://www.irishtimes.com/news/health/exiting-level-5-what-will-be-allowed-from-december-1st-1.4421214</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zusammenfassung und News <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit &gt; 80 % der neuen Fälle (7T) und Todesfälle aus Amerika / Europa; in vielen Ländern Europas Rückgang;</li> <li>○ 6-wöchiger Lockdown in Irland, Maßnahmen der jeweiligen Restriktions-Levels (1 – 5) bereits seit September bekannt; Maßnahmen sehr früh festgelegt, sehr transparent kommuniziert;</li> <li>○ Bahrain lässt als 2. Land Impfstoff von Pfizer/BioNTech zu</li> <li>○ 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</li> <li>○ Diskussion: Konzept der Social Bubbles in UK/Irland soweit verifiziert, wenngleich noch nicht publiziert</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Frau Denkel, die Folien zu zirkulieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stufenplan / Eskalationsstrategie auch für D relevant, ggf. als Phasen I-III mit entsprechendem Maßnahmenkatalog, Vorschlag findet breite Zustimmung</li> <li>○ 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)</li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genaue Definition der Trigger der jeweiligen Stufen nötig (cave: in anderen Ländern – UK, Australien – Politisierung der Stufen aufgrund finanzieller Auswirkungen)</li> <li>○ Kommunikation: Erläuterung der Maßnahmenumsetzung und der Kernbotschaften in Vorbereitung einer kampagnenartigen Ausarbeitung</li> <li>○ Doppelfederführung: Inhaltliche Ausgestaltung und Kommunikation</li> </ul> <p><i>To Do 1: Konkretisierung dieser Maßnahmen als Abbildung im Strategiepaper mit Stufen/ Triggerpoints und als Handreichung für Entscheidungsträger; Federführung: FG36 (Herr Haas) in Zusammenarbeit mit FG32 und FG37 [LZ: AufgabenID 2374_1]</i></p> <p><i>To Do 2: Kommunikation zu konkreten Empfehlungen; Federführung: P1 (Frau Jenny) in Zusammenarbeit mit zu bestimmendem Consultant Board (bspw. aus Universitäten oder des MPI &gt; verhaltenswissenschaftlicher Input), in zweiter Instanz mit BMG und BZgA (Frau Thaiss bietet Fachbeiratsexpertise zu Psychologie an) [LZ: AufgabenID 2374_2]</i></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.183.655 (+12.332), 18.919 (1,6 %) Verstorbene (+147), Zahlen weiter auf hohem Niveau;</li> <li>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;</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: in den meisten Bundesländern konstant bis zunehmend;</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 19 LK &gt;25-50; 99 LK &gt;50-100; 251 LK &gt;100-250; 33 LK &gt;250-500; 1 LK &gt;500-1000 Fälle/100.000 Einw.</li> <li>○ In den Top 10 fast ausschließlich sächsische LK zu finden</li> <li>○ Ursache des derzeit starken Fallzahlenanstiegs in Sachsen von &gt; 300/100.000 Einw. derzeit unklar</li> <li>○ Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen ebenfalls deutlich angestiegen, Ursachenfindung ist indiziert</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<p><i>Anmerkungen/Fragen:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern hat der Teillockdown keinen deutlichen Effekt, Fallzahlen erreichen eine Art „steady state“, sinken jedoch nicht &gt; aktuelle Maßnahmen reichen scheinbar derzeit nicht aus</li> <li>○ Effekte hingegen in Bremen, Berlin und Hamburg sichtbar</li> <li>○ Heterogenes Bild, keine pauschale Erklärung möglich, vermutlich eher auf LK-Ebene zu analysieren</li> <li>○ Vorschlag: Vergleich ausgewählter LK über längeren Zeitraum im innerdeutschen Vergleich</li> <li>○ Anmerkung: aktuelle Studie der Universität Bielefeld dazu zusammen mit FG34 (Maßnahmen versus Meldedaten)</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Frau Diercke um Weitergabe: im Lagebericht sollte bereits heute deutlich gemacht werden, dass in den letzten Tagen nach einem Plateau wieder eine Tendenz zu zunehmenden Fallzahlen zu beobachten ist (auch R-Wert sollte Berücksichtigung finden) [LZ: Wurde an Position Lagebericht kommuniziert]</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufnahme der CWA (CoronaWarnApp)-Evaluation nach Freigabe durch BMG</li> <li>○ Mehrere Dimensionen der Analyse hinsichtlich Effekten, Hürden, Akzeptanz und Teilungsrate von Testergebnissen (verhaltensorientierte Evaluation zwecks gezielterer Kommunikation)</li> <li>○ Ergebnisse seitens Fraunhofer wiesen darauf hin, dass Trennwände Einfluss auf die CWA haben, aktuelle Testergebnisse hierzu befinden sich in Auswertung</li> <li>○ 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</li> <li>○ Downloadanzahl derzeit bei ca. 24.5 Mio</li> <li>○ Projekt DEA: beteiligt: BMG, RKI, Bundesdruckerei; erste Vertragsverhandlungen letzten Freitag, als nächstes Klärung von Datenschutzaspekten, dann geregelter Übergang in Projektbetrieb</li> <li>○ <b>Luka</b> App: Aufbau durch Subunternehmen der Bundesdruckerei, möglichst aufwandarmer Anschluss der Gesundheitsämter wird diskutiert</li> <li>○ Chatbot – empfohlen durch ITZ Bund und BMI – derzeit in Prüfung hinsichtlich Umsetzbarkeit</li> </ul>	FG21 (Schmich)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Anschluss vor allem bei kleinen Laboren problematisch (Adapterlösung, IT-Anleitung zur Konfiguration sowie Beratung stehen jedoch zur Verfügung)</li> <li>○ 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</li> </ul>	FG32 (Diercke)
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> Kernaspekte dieser Woche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hinweise zum Selbstschutz in Social Media (Twitter u.w.)</li> <li>! Psychische Gesundheit</li> <li>! Impfen</li> <li>! Weihnachtsvorbereitungen</li> <li>! Rückmeldungen: viele Fragen zur Impfung sowie zur Logistik (Erreichen der Impfzentren durch ältere Personen ohne Unterstützung)</li> <li>! Herausforderungen bzw. heterogenes Bild in schulischen Kontexten, teils auch durch unterschiedliche Verfügungen (geringe Fallzahlen der Schulen teils nicht ganz schlüssig, sollten weiterhin beobachtet werden)</li> </ul> <p><b>Townhallmeeting</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ca. 2.000 Fragen im Vorfeld eingereicht</li> <li>! Wiederholung im Januar geplant</li> <li>! Priorisierung von Impfungen wird Kernthematik werden und vermutlich Kontroversen hervorrufen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Viele Anfragen zu Impfung, Stellungnahme der Fachgesellschaften soll vor Veröffentlichung abgewartet werden</li> <li>! Nachtrag: BMG hat Entwurf der STIKO-Empfehlung bereits vor Stellungnahme an „Die Welt“ herausgegeben</li> </ul> <p><b>Social Bubbles</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Präventionsbotschaften zu Weihnachten, daraus erklärende Grafiken zu Social Bubbles, textliche Erläuterung wird ergänzt, auch zu Kontaktpersonen</li> <li>! Informationen zur Vorquarantäne werden in gesonderter Grafik erstellt</li> <li>! Frau Jenny wird betreffende Personen der Abteilungen zwecks Feedback dazu persönlich ansprechen</li> </ul>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Präs</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Jenny)</p>





	<p>auszutauschen [LZ: AufgabenID 2375]</p> <p><b>b) RKI-intern</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veröffentlichung der Nationalen Teststrategie, Grafik wird mit Testverordnung in Einklang gebracht und morgen freigeschaltet</li> <li>○ Unklarheiten zu Testnotwendigkeit bei Warnung in der CWA: Querverweis zur CWA ist in nationaler Teststrategie jedoch deutlich enthalten</li> <li>○ Entlasskriterien Berlin:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vereinfachte Darstellung durch Herrn Brandt auf Bundesebene:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wording von Genomäquivalenten zurück auf Ct-Werte</li> <li>▪ Vorschlag, dass ein negativer PCR-Test ausreicht</li> <li>▪ PCR-Test wird diesbezüglich dem AG-Nachweis gleichgestellt</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte an IBBS um Klärung, ob eine solche Vereinfachung auch für uns möglich ist</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anm.: abhängig vom Setting – bei Freitestung wird Wiederholung gefordert, da hier quantitatives Bezugsergebnis anfälliger für Unsicherheit</li> <li>○ Leistungsfähigkeitsvergleich auf Ct-Basis nicht möglich, auf Kopiezahl-Basis schon</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Herrn Mielke, die inhaltliche Möglichkeit einer Vereinfachung zu überprüfen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ PEI-Homepage: nähere Informationen zur Validität der Teste</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte um Weiterleitung dieser Frage an AG Diagnostik</i></p>	<p>Alle Abt. 1 (Mielke)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG33</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>AGI Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In letzten zwei Wochen &gt; 3.000 Einsendungen, Verdopplung von einer Woche zur darauffolgenden (Ursache vermutlich verstärktes Anschreiben, Einsatz von Kurierdienst)</li> <li>○ Rhinoviren dominieren mit 18 %</li> <li>○ Teillockdown spiegelt sich auch hier wieder</li> <li>○ 14 SARS-CoV-2-positive Proben (= ca. 8 %), Höchstwert bislang</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gesamtstatistik: ca. 1500 Proben, davon ca. 350 positiv</li> <li>○ Anbindung an DEMIS noch nicht abgeschlossen, Frau Michel tauscht sich hierzu mit Frau Diercke aus</li> </ul>	ZBS1 (Michel)
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Updates</li> </ul>	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Punkte</li> </ul>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren</li> <li>○ GrippeWeb (Folie 4): Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche nimmt im Verlauf der Meldungen ab <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geschätzte ARE in KW 48:</li> <li>○ 0-5 Jahre: 341.000 ARE (7.200/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 44.000 mit Arztbesuch wegen ARE</li> <li>○ 6-10 Jahre: 177.000 ARE (4.800/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 23.000 mit Arztbesuch wegen ARE</li> <li>○ 11-14 Jahre: 18.000 ARE (600/100.000), davon 33% mit Arztbesuch = ca. 6.000 mit Arztbesuch wegen ARE</li> </ul> </li> <li>○ 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 %)</li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte (Folie 8) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Größte Geschehen KW 48/49:</li> <li>○ NI, Hildesheim, 12 Fälle: 5 (0-5), 7 (15+)</li> <li>○ RP, Rhein-Hunsrück-Kreis, 11 Fälle: 1 (6-10), 10 (15+)</li> <li>○ Insgesamt wurden in SurvNet 447 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (&gt;= 2 Fälle) angelegt</li> <li>○ 336 (75 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 15 Jahren, 40 % (837/2.083) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt</li> <li>○ 111 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen (Folie 9) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt wurden in SurvNet 749 Ausbrüche in Schulen angelegt (&gt;= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)</li> <li>○ 690 (92 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 21 Jahren, 18 % (6-10J.), 27 % (11-14J.), 31 % (15-20J.), 24 % (21+)</li> <li>○ 59 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter</li> <li>○ Trend zu Ausbrüchen in Schulen/bei Jugendlichen, nimmt aber auch bei Grundschulern zu</li> <li>○ Entsprechend der Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung/genereller Maßnahmen müsste sich die Lage in den Schulen ebenfalls stabilisieren, hier jedoch kein Einfluss zu beobachten</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion / Fragen</li> </ul>	FG36 (Haas) FG32 (Diercke)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfrage zu Gurgeln mit dazu gebräuchlichem Desinfektionsmittel: keine adäquate Präventionsmaßnahme da höchstwahrscheinlich nur sehr temporär wirksam</li> <li>○ Probenahme – Belastungsreduktion bei Probenahme bei Kindern durch Entnahme aus vorderem Nasenbereich und Mundraum (COALA)</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen.</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen.</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG33 wegen Retreat und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	09.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzikt
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Daniel Schmidt (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Kirsten Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - -

! BMG

- Iris Andernach
- Christophe Bayer





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung (Folien <a href="#">hier</a>)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;67 Millionen Fälle, &gt;1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %)</li> </ul> </li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder: (keine Änderung) USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen</li> <li>○ USA, Brasilien, Deutschland, Großbritannien Zunahme der Fälle, restliche Länder Abnahme der Fälle</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einw.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 78 Länder überschreiten diesen Schwellenwert</li> <li>○ Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko;</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur Island (34/100.000 Ew.), Irland (38/100.000 Ew.) und neu Norwegen (47/100.000 Ew.) mit &lt; 50/100.000 Ew;</li> </ul> </li> <li>○ <i>Zusammenfassung und News</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO Übersicht fast die Hälfte der kumulativen Fälle und kumulativen Todesfälle aus Amerika, 36% der Todesfälle der letzten 7 Tage,</li> <li>○ Europa 37% der neuen Fälle letzte 7 Tage, und 48% der Todesfälle der letzten 7 Tage,</li> <li>○ Afrika wenige 1% neue Fälle der letzte 7 Tage und der neuen Todesfälle der letzten 7 Tage</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)                             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.218.524 (+20.200), 19.932 (1,6 %) Verstorbene (+590), Zahlen weiter auf hohem Niveau;</li> <li>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);</li> <li>Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage;</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1 (Romo Ventura)</p>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maßnahmen in Schulen sollen in einem Projekt vom Helmhottzentrum untersucht werden;</li> <li>○ Diskussion um Anpassung der Risikobewertung: Vorschlag der Lagebericht sollte die Besorgnis über den Fallanstieg etwas deutlicher ausdrücken =&gt; „leichter Anstieg“ soll in „deutlicher Anstieg“ o.ä. geändert werden, siehe Weiteres unter Punkt 4 Aktuelle Risikobewertung;</li> </ul> <p><i>ToDo: nach erneuter vertiefter Diskussion ggf. für Freitag Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung FG36, FG32</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: akute Atemwegserkrankungen relativ stabil und deutlich unter dem Niveau der Vorsaison,</li> <li>○ ARE-Konsultationen: ebenfalls stabil und unter der Vorsaison, Der Wert (gesamt) lag in der 49. KW 2020 bei ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 830.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen;</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance: Anstieg der SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 15-34 und 35-59 Jahre, generell aber seit einigen Wochen relativ stabil bzw. pendelt auf hohem Niveau (über 35 Jahre) oder niedrigen Niveau (unter 15 Jahre); die Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahre immer noch niedriger als üblich um diese Jahreszeit</li> <li>○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI stabilisiert sich auf hohem Niveau, liegt aktuell bei 57 %</li> <li>○ 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)</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>) (72 Kliniken im ICOSARI-Sentinel)</li> <li>○ Phase mit hoher COVID-19 Aktivität: Anteil COVID-19 an SARI-Fällen &gt;10%, Positivenrate an Labormeldungen &gt;1,5%</li> <li>○ 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 =&gt; nur schwere Fälle, sentinel-weites Aufnahmescreening;</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37</p> <p>AL3</p>
--	--	------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID auf Intensiv fast 10% aktuell, vorher deutlich weniger;</li> <li>○ <i>Fragen/Anmerkungen:</i> Diese Daten in Bezug auf andere Erreger zeigen schon eine Compliance, sonst wären die Zahlen höher, Compliance reicht allerdings in Bezug auf Covid nicht aus;</li> <li>○ Anmerkung: über die Form der Publikation der Daten soll nachgedacht werden</li> <li>○ SARS-CoV-2 in ARS (Folien <a href="#">hier</a>), Anmerkung zur Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – bundesweit: negative Fälle häufig später als positive Fälle nachgemeldet</li> <li>○ Altersgruppen Heatmap: &gt;80 Jährige gehen hoch, 20-30 Jährige waren hoch gehen leicht runter,</li> <li>○ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche leicht zunehmend bei &gt;80 Jährigen, bei allen anderen Altersgruppen Abnahme;</li> <li>○ Positivenanteil: stark zunehmend bei &gt;80Jährigen, andere Altersgruppen leichte Zunahme;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Darstellung Abnahmeort in Kalenderwoche „Andere“ nimmt zu und Arztpraxen ab;</li> <li>○ <i>Diskussion:</i> Ggf. kommt es durch verändertes Testen und Antigenteste zu Überschätzung der Positivrate, es findet eine Vorselektierung statt, die zu höheren Positivenraten bei PCR führt;</li> <li>○ <b>Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlerfassung: Anzahl Testungen hat leicht abgenommen auf 1,3 Millionen, Anzahl Positive zugenommen auf 10,25%</li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten bei PCR zurück gegangen; es gäbe noch Kapazitäten, Probenrückstau nimmt ab, Verzögerung der Ergebnismitteilung vermutlich eher aus logistischen Gründen</li> <li>○ <i>Diskussion/Fragen:</i> es gibt Daten aus Österreich zu breiter Testung in der Bevölkerung mit Darstellung in einem Dashboard. Wie vergleichbar ist das mit unseren Daten, Umrechnung auf Inzidenzen möglich?</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle VPräs FG32 FG36 AL3 AL1</p>
--	---	---



	<p><i>To Do: Kontakt zu Kolleg*innen aus Österreich wegen der Daten zur Testung in der Bevölkerung aufnehmen und Frage nach den Auswertungen, Osamah nimmt Kontakt auf</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Diskussion/Fragen: Umgang mit Antigennachweisen (siehe auch Punkt zu Dokumente): Personen mit leichten, unspezifischen Symptomen mit Antigentest testen und dann ggf. PCR bestätigen soll dies in Teststrategie/Testkriterien aufgenommen werden?</i></li> <li>○ <i>Es ist ein Austausch mit der KBV und Fr. Ciesek, Hr. Drosten, Hr. Rabenau geplant, Vorgehen ist sicherlich sinnvoll und wird in vielen Praxen bereits so gemacht; Erweiterung auf leicht symptomatische wäre möglicherweise gut;</i></li> <li>○ <i>Hinweis FG36 (W.Haas): Freitest könnte falsche Sicherheit geben, spricht sich gegen eine Änderung der Kriterien aus;</i></li> <li>○ <i>Hinweis auf falsch-negative Ergebnisse: Klinikum Stuttgart hatte 62% falsch negative in der Notaufnahme bei nicht-symptomatischen Personen, 20% bei symptomatischen Patienten, dies erscheint demnächst auch im Epi Bull.</i></li> <li>○ <i>Frage nach dem Umgang mit den Antigentesten und Teststrategie steht und fällt mit Qualität der Teste</i></li> </ul> <p><i>ToDo: Schauen was die Gruppe KBV ergibt und dann erneut eingehender diskutieren; Anfang nächster Woche besprechen, ob FlusschemaTestkriterien angepasst werden sollte;</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eine Höherstufung von „hoch“ auf „sehr hoch“ wird in Erwägung gezogen,</li> <li>! 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,</li> <li>! Möglicherweise werden die Fallzahlen im neuen Jahr noch einmal hoch gehen, dann gibt es keine weitere Stufe nach oben mehr;</li> <li>! Anmerkung dazu: Die Risikobewertung und Abschätzung der Gefährdung hat aber auch einen vorausblickenden Charakter;</li> </ul>	<p>Alle Präs VPräs FG36 FG32 AL3 FG37</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Relativ klar ist aber auch, dass ab Montag wahrscheinlich neue Maßnahmen kommen werden, ggf. sollten diese zunächst abgewartet werden;</li> <li>! <i>Entscheidung</i>: hoch skalieren auf „sehr hoch“, dies soll vorab an das BMG kommuniziert werden, ein Änderungsvorschlag des Textes wird im Krisenstab diskutiert</li> <li>! Frage kommt auf warum die Zahlen weiterhin so hoch sind? =&gt; 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;</li> <li>! Compliance ist wichtiger Punkt, dafür wäre die Kommunikation ein Schlüsselpunkt; es gab dazu bereits einen Bericht an das BMG mit Empfehlungen,</li> </ul> <p><i>ToDo: Vorschlag an das BMG mit geänderter Risikobewertung, möglichst bis Ende dieser Woche online stellen</i></p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Degen)</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Allgemein</b></li> <li>! <b>RKI-intern</b></li> <li>! Basierend auf der relativ abstrakten Abbildung zur Stufenskalation in der Strategie für den Herbst-Winter (<a href="#">hier</a>) 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.</li> <li>! Empfehlungen f. die Feiertage und graph. Darstellung Social bubble (P1 v 04.12.) =&gt; wird Freitag besprochen</li> <li>! Ausbrüche Altenheimen weiterhin sehr hoch (Folien <a href="#">hier</a>); 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;</li> <li>! Über AGI soll herausgefunden werden, ob eine Begleitung und Messung der Effekte geplant ist;</li> </ul>	<p>FG36 VPräs</p> <p>FG36</p> <p>P1</p> <p>FG37</p>



	!	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anpassung der Falldefinitionen wurde mit Ländern diskutiert, es gibt keine Bedenken;</li> <li>○ ECDC hat angepasste Falldefinition bereit publiziert,</li> <li>○ Anfang nächster Woche soll neue Falldefinition nach Anpassung in Survnet veröffentlicht werden, Änderung wäre: positiver Antigentest mit Symptomen soll als positiver Fall gezählt werden,</li> <li>○ <i>Diskussion:</i> Diskrepanz zur Vorgabe der PCR Bestätigung, Sollte abgewartet werden mit Anpassung der Falldefinition? Wenn aber die Fälle nicht übermittelt werden, würde Information verloren gehen, bisher keine Information wie relevant der Anteil ist, positive PCR-Bestätigung wird erfasst aber nicht wenn PCR negativ; Daher besser Änderung der Falldefinition (was wir übermittelt bekommen) bei vorübergehender Beibehaltung der Referenzdefinition (was wir nach außen ausweisen)</li> <li>○ Punkt erfordert weitere interne Diskussion;</li> </ul> <p><i>ToDo: Änderung der Falldefinition und Übermittlung der Zahlen zur Beobachtung der Änderungen und Relevanz (erfordert auch Änderung im Meldesystem) aber noch nicht als bestätigte Fälle zählen;</i></p>	Alle FG32 AL3 FG36
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza: Entwicklung der Zahlen (NRZ) (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ 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;</li> <li>○ BMG Mittel sollen genutzt werden um Kurierdienst zu finanzieren;</li> <li>○ Probeneinsendungen liegen deutlich unter der möglichen Zahl von ~300 Proben/KW; Einbrüche v.a. zu Lockdown-Zeiten zu verzeichnen;</li> <li>○ KW 49: 166 Proben, 12% Positivenrate, KW 50: 39 Proben bisher 10% Positive</li> <li>○ Lockdown zeigt Effekte bei Rhinoviren als Maß für Maßnahmen um KW45;</li> <li>○ SARS-CoV-2 zeigt zunächst Rückgang, seit KW47 Anstieg;</li> <li>○ Vergleich der restlichen Coronaviren über die vergangenen Jahre deutet auf voraussichtlich anhaltende Zirkulation von SARS-CoV-2 in den nächsten Monaten hin</li> </ul>	FG17/ZBS1 Dürrwald FG32
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Updates</li> </ul>	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konkretisierung zur Abfallentsorgung in der Diagnostik in Bezug auf Antigenteste, Entsorgung soll über normalen KH-Abfall erfolgen, dieser geht direkt zur Verbrennung, keine</li> </ul>	Alle FG14 (Brunke)

	Entsorgung als infektiöser Sondermüll nötig;	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ○ Corona-KiTa-Studie ( <b>nur montags</b> )	FG36
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ○ Nicht besprochen.	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ○ Nicht besprochen.	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ○ FG33 wegen Klausur und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ○ Nächste Sitzung: Freitag 11.12.2020, 11:00 Uhr in geringerer Besetzung, ggf. Ausfall des Termins	FG37



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	11.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Ute Rexroth, Maria an der Heiden

### Teilnehmende:

- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzikt
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG17
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Kirsten Pörtner (Protokoll)
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Esther-Maria Antao
  - Ines Lein
  - Mirjam Jenny
- ! ZBS1
  - Janine Michel



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.272.078 (+29.875), 20.970</li> <li>○ (1,6 %) Verstorbene (+598), Zahlen auf neuem Höchstwert</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 156/100.000 Einw.; R-Werte ausstehend; ITS (Datenstand 10.12.2020): 4.339 (+61), invasiv beatmet: 2.505 (-16)</li> <li>○ Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen und Thüringen weiterhin führend, Aufwärtstrend aber bundesweit, auch z.B. in MV, Lage angespannt</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 2 LK &gt; 500-1000/100.000, 35 LK mit &gt; 250-500/100.000</li> <li>○ Mortalitätssurveillance hinkt hinterher, in KW 45 aktuell ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19</li> <li>○ Nachgemeldet wurden von gestern ca. 1000 Fälle aus NRW, kein qualitativer Unterschied, nur quantitativer</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul>	Ute Rexroth/Silke Buda



	Influenza	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	Schmich
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Folien siehe <a href="#">hier</a></p> <p>! Qualitative bundesweite Bewertung von „hoch“ auf „sehr hoch“ gestuft, wurde bereits dem BMG vorgelegt zur Kenntnis, wird heute umgesetzt, auch der Rest des Textes ist etwas angepasst, aus „deutlichem Anstieg“ wird „starker Anstieg“ im Lagebericht</p> <p>! Insgesamt wird in Unterüberschrift deutlicher auf Neubewertung und Verschärfung der Risikobewertung hingewiesen, heute auch im Lagebericht prominentere Darstellung geplant</p> <p>! Initiativbericht (Folien <a href="#">hier</a>) mit Verschärfung der Maßnahmen wurde erneut an Länder/AGI verschickt mit dem Hinweis, dass Punkt 7 revidiert wird (Schulen sollen neuerdings schnellstmöglich geschlossen werden)</p> <p><i>Diskussion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ausführliche Diskussion zur Rolle der Schulen ausstehend</li> <li>○ aktuell eher als Vorquarantäne (indirekter Effekt) gedacht, zudem ist eine Perspektive für nach Weihnachten noch zu formulieren</li> <li>○ Hygienekonzepte werden nicht umgesetzt (Stichwort Wechselunterreicht), ansonsten könnten Schulen vermutlich auch offen bleiben</li> <li>○ in anderen Ländern konnten Zahlen im Rahmen eines harten Lockdowns bei offenen Schulen gedrückt werden</li> <li>○ Rolle/Ausfall der betroffenen Eltern (die ggf. in Pflegeberufen tätig sind) wird nicht mitberücksichtigt</li> </ul> <p><i>Todo:</i> Walter Haas macht Ergänzungsvorschlag zum Initiativbericht, geht an Krisenstab und Leitung</p>	<p>Ute Rexroth/alle</p> <p>Im Auftrag der Leitung</p> <p>alle</p>
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Am Dienstag, 15.12. findet wahrscheinlich Bundespressekonferenz (u.a. mit J. Spahn und L. Wieler) statt, ob am Donnerstag RKI-Pressekonferenz stattfindet ist von RKI-Leitung noch nicht entschieden</p> <p>! Social Bubbles, Folien <a href="#">hier</a>: Handlungsempfehlung für Bevölkerung für die Vor-/Weihnachtszeit, innerhalb der social bubble kann im besten Fall auf AHA-L verzichtet werden bei wirklich strikter Vorquarantäne (keine Schule, kein Einkaufen oder ÖPNV) und fehlenden Krankheitszeichen, außerhalb aber auf keinen Fall, einfache Faustregeln werden zeitnah kommuniziert</p>	<p>Presse</p> <p>P1/Mirjam Jenny/alle</p>



	<p><i>Diskussion:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorquarantäne muss besser definiert werden um sich von aktuellem Verhalten abzuheben</li> <li>○ Lebensmittel nicht einzukaufen für einen langen Zeitraum ist nicht praktikabel aber Weihnachtsshopping kann z.B. gezielt gemieden werden</li> <li>○ Social bubble muss im Vorfeld festgelegt werden, wird aktuell wahrscheinlich von Bevölkerung noch nicht umgesetzt</li> <li>○ Besser nicht nur „Don'ts“ sondern auch „Dos“ vorgeben</li> <li>○ Ggf. Begriff „soziale Blase“ überdenken, vielleicht besser „Kontaktgruppe“ oder weniger technischer Begriff, der auch nicht auf das „soziale“ sondern das „körperliche“ abzielt</li> <li>○ Zeitplan: Kommunikation ab Montag, 14.12. gemeinsam mit BMG und über RKI-Homepage</li> </ul> <p><i>Todo:</i> Überarbeitung am Wochenende (Fr. Jenny, Hr. Haas, Leitung)</p>	
6	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Allgemein</b></li> <li>b) <b>RKI-intern</b></li> </ul>	Alle
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nach Veröffentlichung von interner Stellungnahme bezüglich Priorisierung in BILD-Zeitung erfolgte Flutwelle von Emails an FG33 mit hoher Arbeitsbelastung</p> <p>! Impfstoff-Zulassung voraussichtlich Ende Dezember</p> <p>! Erste Auslieferung Anfang Januar, ggf. erste Impfungen ab 04.01.2021, vorausgesetzt die Impfzentren sind bereit, zur Verfügung stehende Impfmengen sind jedoch niedriger als geplant</p> <p>! Allergische Reaktionen von HCW wurden vom PEI berichtet (2-3 Fälle in UK, dies wohl Personen mit heftigsten allerg. Reaktionen in Anamnese), Personen mit allerg. Prädisposition sollen nun hintenangestellt werden (Definition Prädisposition?)</p> <p>! Kontraindikationen sind prinzipiell noch nicht festgelegt, abschließende Bewertung der allergischen Vorfälle steht ebenfalls noch aus</p> <p>! Hamburg schickt ein Team nach UK zur weiteren Aufarbeitung und wird danach informieren</p>	<p>FG33/Ole Wichmann</p> <p>alle</p>
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1: Leichter bundesweiter Probenrückgang, Positivenquote bei 22%</p>	FG17/ZBS1



	! FG17: 564 Einsendungen, 129 Rhinoviren (25%) und 43 SARS-CoV-2 positiv (10%), Anstieg an SARS-CoV-2-Nachweisen zu vermerken	
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Hohe Auslastung der ITS-Stationen, strategische Patientenverlegung wird konzipiert, ggf. über Traumanetzwerk ! Weitere Therapiemöglichkeiten werden überarbeitet, wenig erfolgversprechend	IBBS/C. Herzog
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	Alle
12	<b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie ( <b>nur montags</b> ) ! Schulleitungen sind bei positivem Ag-Nachweis nicht für meldepflichtig befunden worden aber Diskussion läuft noch	FG38 FG36
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b> ! 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	<b>Information aus dem Lagezentrum (<b>nur freitags</b>)</b> ! Nichts besonderes	FG38
15	<b>Wichtige Termine</b>	Alle
16	<b>Andere Themen</b> ! Wie bereitet sich RKI auf Lockdown mit Konsequenzen für Mitarbeiter vor?  <i>Todo:</i> Konzept für RKI-Mitarbeiter für Lockdown (Leitung)  ! Nächste Sitzung: Montag 14.12.2020, 13:00 Uhr	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| ! Institutsleitung       | o Viviane Bremer           |
| o Lothar Wieler          |                            |
| o Lars Schaade           | ! FG36                     |
| ! Abt. 1                 | o Silke Buda               |
| o Martin Mielke          | o Stefan Kröger            |
| ! Abt. 3                 | o Walter Haas              |
| o Osamah Hamouda         | ! FG37                     |
| o Tanja Jung-Sendzikt    | o Muna Abu Sin             |
| ! ZIG                    | ! FG 38                    |
| o Johanna Hanefeld       | o Ute Rexroth              |
| ! L1                     | o Meike Schöll (Protokoll) |
| o Joachim-Martin Mehlitz | ! Presse                   |
| ! FG12                   | o Ronja Wenchel            |
| o Annette Mankertz       | ! IBBS                     |
| ! FG14                   | o Christian Herzog         |
| o Melanie Brunke         | ! P1                       |
| ! FG17                   | o Mirjam Jenny             |
| o Thorsten Wolff         | o Ines Lein                |
| ! FG21                   | ! P4                       |
| o Wolfgang Scheida       | o Dirk Brockmann           |
| o Patrick Schmich        | o Susanne Gottwald         |
| ! FG23                   | ! ZBS1                     |
| o Antje Gößwald          | o Janine Michel            |
| ! FG24                   | ! ZIG1                     |
| o Thomas Ziese           | o Eugenia Romo Ventura     |
| ! FG32                   | ! BZgA                     |
| o Michaela Diercke       | o Heidrun Thaiss           |
| ! FG34                   | ! BMG                      |
|                          | o Christophe Bayer         |

TO P	Beitrag/Thema	eingbracht von
1	Aktuelle Lage International	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 70,96 Millionen Fälle, &gt; 1,6 Mio. Todesfälle (2,3%)</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 82 Länder überschreiten diesen Schwellenwert</li> <li>○ Neu hinzugekommen: Südafrika, Namibia, Uruguay, Falkland Islands, Dominikanische Republik</li> <li>○ Länder herausgefallen: Botswana, Cabo Verde</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Veränderung seit 09.12.2020</li> <li>○ 3 Länder mit &lt;50/100.000 Einw. : Norwegen, Irland, Island</li> </ul> </li> <li>○ Zusammenfassung: &gt;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)</li> <li>○ Ab nächster Woche keine Präsentation zur internationalen Lage mittwochs mehr.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 176/100.000 Einw.;</li> <li>○ 4-Tage-R: 1,12 (0,96 – 1,33) , 7-Tage-R: 1,06 (0,98-1,17), R steigt an</li> <li>○ ITS (Datenstand 13.12.2020): 4.552 (+61), invasiv beatmet: 2.602 (+60)</li> <li>○ Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG37</p>
--	--	-------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Plateau im November, seit letzter Woche sichtbarer Anstieg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 7 LK &gt; 500-1000/100.000, 49 LK mit &gt; 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 &gt;100-250/100.000.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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 &gt;80-Jährigen ein hoher Anteil Verstorbener, allerdings muss berücksichtigt werden, dass schwere Fälle durch das Meldesystem besser als leichte Fälle erfasst werden.</li> </ul> <p>Amtshilfeersuchen des LK Main-Kinzig-Kreis (GA Gelnhausen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Am 11.12.2020 abends eingegangen, dazu wurde am 12.12.2020 Kontakt mit dem GA aufgenommen. Im LK besteht die zweithöchste Inzidenz in Hessen, das GA beschreibt mehrere Ausbrüche in Krankenhäusern (mit hohen Fallzahlen unter Mitarbeitenden) sowie eine angespannte Situation in den Alten- und Pflegeheimen. Tim Eckmanns und Anna Rohde unterstützen ab heute vor Ort, 2 mobile Scouts werden zusätzlich morgen dort eintreffen.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> Schnelle Datenerhebung (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! In Großbritannien werden verschiedene Studien durchgeführt, darunter REACT-1 und Covid-19 Infection Survey.</li> <li>! 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.</li> <li>! Mithilfe der RKI Infrastruktur wären Befragungen und Versendungen von Testkits denkbar über folgende Wege: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über Datenspende (nicht zufallsbasiert), weitere Erhebungen unterschiedlicher Art am RKI (z.B. GrippeWeb) oder Aufruf zur Teilnahme wären hohe Fallzahlen möglich, aber nicht repräsentativ.</li> <li>○ Verschiedene Samples verfügbar (z.B. GEDA, EMA-Stichprobe, Covimo Befragung, KiGGS, Corona Monitoring Lokal) mit</li> </ul> </li> </ul>	Schmich



	<p>insgesamt geringerer Fallzahl, aber Repräsentativität.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Hinsichtlich der Nutzung der Datenspende müsste das Datenschutzkonzept neu erstellt werden, aber dieser Weg wäre prinzipiell machbar.</li> <li>! 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.</li> <li>! Nach Erwähnung im Pressebriefing wurden 1.300 neue Teilnehmer*innen für GrippeWeb registriert; bei entsprechenden Aufrufen gäbe es sicherlich Teilnahmeinteresse in der Bevölkerung.</li> <li>! Es wäre sinnvoll, GrippeWeb auszubauen und sich langfristig dem Aufbau eines RKI-Panel zu nähern.</li> </ul> <p>Digitale Projekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Evaluation der CWA wurde auf Mittwoch verschoben (Robin Houben).</li> <li>! Die Verlinkung aus CWA auf ESRI-Dashboard ist problematisch.</li> <li>! 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.</li> <li>! In allen digitalen Projekten fehlen ausreichende Mittel zur Umsetzung am RKI.</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Am Freitag ist die aktuelle Risikobewertung neu eingestellt worden.</li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hinsichtlich der Möglichkeiten, Beschäftigte mit Migrationshintergrund gezielt anzusprechen und von Reisen abzuraten, sollte zwischen formellen und informellen Pflegearrangements unterschieden werden; z.T. ist eine erhebliche Reisetätigkeit zu erwarten. Die Kommunikation sollte über die Pflegedienste oder über die sozialen Medien erfolgen.</li> <li>! Das Kontakttagebuch ist jetzt online:  <a href="https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona/mein-corona-kontakttagebuch.html">https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona/mein-corona-kontakttagebuch.html</a></li> <li>! Für die morgige Bundespressekonferenz mit Herrn Spahn um 11:30 Uhr ist eine kurze Sprechzeit von Herrn Wieler vorgesehen; die Schulproblematik soll dort u.a. aufgegriffen werden.</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	wahrscheinlich machbar, weitere wären wünschenswert (z.B. Polnisch, Tschechisch) und könnten über die BZgA kurzfristig beauftragt werden.	
6	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b> Konzept Erhebungen/Instrumente Corona-AK-Status (Thomas Ziese, Abt. 2) – s.o.</p> <p>b) <b>RKI-intern</b> Veröffentlichung der Größe der Risikogruppen für einen schweren COVID-19-Verlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! Es wird angeregt, die Daten dem Dt. Ärzteblatt mitzuteilen und ins Pressebriefing zu Beginn aufzunehmen.</li> </ul> <p>Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eine Übersicht über national als auch international verfügbare epidemiologische Daten zu COVID-19 mit Links zu Quellen und regelmäßiger Aktualisierung findet sich hier: <a href="#">S:\Wissdaten\RKI nCoV-Lage\2.Themen\2.1.Epidemiologie\Daten Graphen Sammlung</a></li> <li>! Bei den nationalen Datenquellen werden Daten aus den Surveillance-Systemen (gesetzlich und Sentinel), andere Datenquellen und Studien aufgeführt, jeweils mit Aktualisierungsintervallen und Freigabe. Die Daten sind <u>z.T. ausschließlich für den internen Gebrauch</u> (entsprechend gekennzeichnet). Im Lagebericht finden sich z.B. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen.</li> <li>! Bei den externen Quellen handelt es sich z.B. um Aufbereitungen von Daniel Kriese, der sowohl die Meldedaten als auch Daten der Johns Hopkins University nutzt.</li> <li>! Bezüglich der Todesursachenstatistik kann nicht auf das DIVI-Intensivregister zurückgegriffen werden, da diese sich auf Todesfälle auf Intensivstationen beschränkt.</li> </ul> <p>Die Projektgruppe von Herrn Brockmann und das HZI (Hr. Meyer-Hermann) arbeiten zusammen, um grob abzuschätzen, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen werden, um eine Reduktion der täglichen neuen Fallzahlen zu erreichen.</p>	<p>FG24</p> <p>Abt. 3</p> <p>VPräs / Brockmann</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! FG17 ist erfolgreich an DEMIS angeschlossen und setzt auch Meldungen ab.</li> </ul>	FG17 / alle

	<p>! Während bei Influenza die Annahme bestand, dass ein positiver Fall im Sentinel für etwa 2.000 Einwohner*innen steht, ist eine ähnliche Ableitung für SARS-CoV-2 nur ein grober Anhaltspunkt, da sich Testvolumen und Sensitivität unterscheiden.</p> <p>! Zeitnah ist keine Änderung der Testkriterien sinnvoll; eine Ausweitung sollte zunächst die leichtsymptomatische Personen erfassen. Die Entlasskriterien werden in der AG Diagnostik diese Woche nochmals diskutiert. Testkapazitäten wurden stark aufgestockt, mittels Förderrichtlinie werden Produktionskapazitäten im Land gefördert; Massentestungen sind jedoch noch nicht umsetzbar.</p> <p>! Bei Massentestungen in Slowenien und Südtirol wurde deutlich, dass die Bevölkerung ein negatives Testergebnis als Schutz missverstanden hat. Dies sollte bei etwaigen Massentestungen beachtet werden. In Österreich gab es umfangreiche Testangebote, jedoch war die Teilnahme deutlich geringer als erhofft (13 bis 20% der Bevölkerung anstelle von 60%). Die dortigen Positivenquoten (PCR-bestätigt) lagen zwischen 0,14% bis 0,5%.</p> <p>! ZBS1: &gt; 1.100 Einsendungen, 308 positiv (23% Positivenrate). Derzeit weiterhin keine App oder DEMIS Anbindung laut IT möglich.</p>	ZBS1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Ab Mitte Januar 2021 sollen weitere monoklonale Antikörper bei frühen und milden Symptomen eingesetzt und über das Apothekennetz verteilt werden.</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>o 6-10 Jahre: 81.000 ARE (2.200/100.000), davon 9% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE</li> <li>o 11-14 Jahre: 101.000 ARE (3.400/100.000), davon 7% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE</li> </ul> <p>! Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle nach Altersgruppe: Wiederanstieg bei den 15- bis 20-Jährigen, weniger bei den anderen Altersgruppen, es scheint kein besonderes Geschehen im Schulsetting vorzuliegen, aber durch die Bevölkerungssituation kommt es auch zu einer Betroffenheit bei den Kindern und Jugendlichen.</p> <p>! Ausbrüche in Kindergärten/Horten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Relativ konstante Situation in Kitas, etwa 57 Ausbrüche pro Woche in den letzten 4 Wochen.</li> <li>o Größte Geschehen KW 49/50: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RP, Ilm-Kreis, 15 Fälle: 6 (0-5), 9 (15+)</li> <li>▪ HE, Odenwaldkreis, 15 Fälle: 13 (0-10), 2 (15+)</li> <li>▪ ST, Magdeburg, 13 Fälle: 4 (0-10), 9 (15+)</li> </ul> </li> </ul> <p>! Ausbrüche in Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Anstieg der Zahlen auf hohes Niveau, größere Geschehen sind auf östliche Bundesländer zurückzuführen, der Anteil der Ausbrüche in den Grundschulen steigt an.</li> <li>o Größte Geschehen KW 49/50 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TH, Kyffhäuserkreis, Grundschule, 25 Fälle: 19 (6-10), 1 (15-20), 5 (21+). Betroffen sind mehrere Klassen (1, 3, 4). Es gibt Geschwisterkinder in anderen Klassen. Schule wurde geschlossen.</li> <li>▪ ST, Börde, Sekundarschule, 21 Fälle: 9 (11-14), 6 (15-20), 6 (21+)</li> <li>▪ MV, Vorpommern-Rügen, Gemeinschaftsschule (Klasse 1-10), 14 Fälle: 2 (6-10), 12 (11-14)</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion: Die Zeit des Lockdowns müsste man nutzen, um</p>	FG36



	<p>Empfehlungen zum Wechselunterricht mit digitaler Unterstützung umzusetzen; jedoch ist eine kurzfristige Umsetzung der Empfehlungen sicherlich schwierig.</p> <p><i>ToDo:</i> Pressestelle nimmt Botschaft fürs Pressebriefing auf.</p> <p>Änderung der Meldepflicht bei Antigennachweisen in Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Umsetzung der Meldepflicht sollte möglichst unbürokratisch sein.</li> <li>○ Eine Übergangslösung, z.B. über eine Verordnung, sollte geprüft werden, eine zeitnahe Änderung des IfSG ist wenig realistisch.</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> Joachim Mehlitz erstellt mit FG 32, FG36 und Abt. 1 einen Bericht, dass ein positiver Antigennachweis in Einrichtungen aus Sicht des RKI einen Verdachtsfall begründet und dass, falls das BMG diese Auffassung nicht teilt, eine dringende Anpassung des IfSG empfohlen wird.</p>	<p>FG32 / L1 / alle</p>
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen.</p>	
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen.</p>	
15	<p><b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen.</p>	

16	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch 16.12.2020, 11:00 Uhr	
----	---	--



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	16.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Maria an der Heiden**

### Teilnehmende:

- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG28
  - Claudia Santos-Hövener
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P4
  - Dirk Brockmann
  - Benjamin Maier
  - Frank Schlosser
  - Susanne Gottwald

- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  -
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
  - Sophie Müller
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.379.238 (+27.728), davon 23.427 (1,7%) Todesfälle (+952), 7-Tage-Inzidenz 180/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hohe Differenz zum Vortag, hoher Wert für Dienstag</li> <li>▪ schwierig zu interpretieren, da Sachsen vorgestern nicht und Bayern nicht alle Fälle übermittelt hat</li> <li>▪ hohe Anzahl an Verstorbenen (Todesfälle, die innerhalb eines Tages bekannt wurden, nicht die tatsächlich an diesem Tag verstorben sind)</li> </ul> </li> <li>○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,98</li> <li>○ ITS: 4.735 (+65), invasiv beatmet: 2.679 (+11) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ noch leicht ansteigend</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am 15.12. Knick in Inzidenz in Sachsen und Bayern aufgrund von Übermittlungsproblemen</li> <li>▪ Weiter steigender Trend in Sachsen und Thüringen</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ viele LK in Sachsen mit Inzidenz &gt;500</li> <li>▪ nur noch 12 LK mit Inzidenz &lt; 50</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ geringste Inzidenzen bei 0-4 Jährigen, höchste bei 20-50 Jährigen und bei &gt;80 Jährigen</li> <li>▪ 631 Fälle /100.000 Einwohner bei &gt;90 Jährigen, jedoch wenige Fälle</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19 Fälle, Anteil der Verstorbenen, der Hospitalisierten, der Fälle mit relevanten Symptomen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Woche 45 bis 49 hohe Fallzahlen, in Woche 50 nochmal deutlicher Sprung nach oben bei Fallzahlen</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (Diercke)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine großen Veränderungen bei anderen Aspekten</li> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Woche 48 und 49 deutlich über 2.000 Sterbefälle pro Woche</li> </ul> </li> <li>○ Wodurch ist der starke Anstieg in Woche 50 bedingt? Zeitweise Überlastung der GA? Nachträgliche Meldungen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dass die GA jetzt weniger belastet sind, ist eher unwahrscheinlich.</li> <li>▪ Beim Erkrankungsbeginn ist im Moment noch kein Anstieg zu sehen. Für Woche 50 ist Erkrankungsbeginn noch nicht vollständig, muss von den GA nachermittelt werden.</li> </ul> </li> <li>○ Wie hat sich die Vollständigkeit der Meldungen verändert? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten werden nachgetragen, immer Zeitverzug</li> <li>▪ Sehr heterogen in GA</li> <li>▪ Zunahme an unvollständigen Angaben, evtl. auch aufgrund von Änderungen bei SurvNet</li> <li>▪ in BW Vollständigkeit gestiegen, in BY gesunken, kein systematisches Problem</li> </ul> </li> <li>○ Warum sind mittlerweile mehr Frauen als Männer betroffen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muss noch genauer betrachtet werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance (mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb – ARE-Rate <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Woche 49 auf 50 leichter Anstieg, insgesamt deutlich niedrigeres Niveau als in Vorjahren.</li> </ul> </li> <li>○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ deutlich niedrigeres Niveau als in 2 Vorjahren</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterschied zum ambulanten Bereich: 35 Jahre und älter auf deutlich höherem Niveau als in Vorjahren, 0-4 Jährige auf deutlich niedrigerem Niveau.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	--	--



- ICOSARI - Anteil SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose
  - ca. 60%, stabil auf hohem Niveau
- ICOSARI - Anteil COVID-19-SARI-Fälle nach Altersgruppen
  - Gesamtanteil in 1. Welle: 19%
  - im Sommer: 4%, in allen Altersgruppen niedrig
  - Spätsommerlicher Anstieg auf 44%
  - Gesamtanteil in KW 49 mit 60% sehr hoch: bei 15-34 Jährigen: 74%, bei 35-59 Jährigen: 68%, bei 60+ Jährigen: 64%
- ICOSARI - COVID-19-SARI-Fälle, absolute Fallzahlen
  - Bis 34 Jährige fallen kaum ins Gewicht.
  - Der große Unterschied zwischen 15-34 Jährigen und 35-59 Jährigen fällt auf. Grund?

*ToDo: FG36 sieht sich Altersverteilung genauer an.*

**! Testkapazität und Testungen (mittwochs) (Folien [hier](#))**

- In KW 50 weiterer Anstieg des Anteils positiver Testungen, Gesamtzahl von Testen nicht geringer.
- Positivenanteile nach Bundesland und Woche
  - Deutlich führend ist Sachsen.
- Wie auch in Vorwochen großer Anstieg des Positivenanteils bei > 80 Jährigen, auch in allen andere Altersgruppen weiterhin ansteigend.
- Auswertung für Sachsen im zeitlichen Verlauf
  - Positivenanteil bei >80 Jährigen > 30%, bei 0-4 Jährigen auf vergleichbaren Niveau wie in anderen BL
- Gibt es bzgl. des Geschlechts Änderungen über die Zeit?
- Laborbasierte Antigenteste werden von 2 Laboren übermittelt und zurzeit analysiert (findet Nachtestung statt)?
- Wie kommt es zu dem sehr hohen Positivenanteil bei >80 Jährigen, obwohl Ältere sehr compliant bei den Maßnahmen sind? Liegt das an einer massiven Vorschaltung von Antigentests?
  - Aus Alten- und Pflegeeinrichtungen kommen

	<p>dramatische Signale, wenn Eintrag nicht verhindert werden kann, kommt es zu schneller Verbreitung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist bei &gt; 80 Jährigen nicht nur ein schwerer Verlauf wahrscheinlicher, sondern ist evtl. auch die Suszeptibilität erhöht?</li> </ul> <p>! <b>Testzahlerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zwischenzeitlich 32 Mio. Testungen erhoben.</li> <li>○ Positiven Anteil steigt stetig.</li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten scheint sich zu entspannen.</li> <li>○ Probenrückstau ist zurückgegangen, in KW50 geringfügig höher als in 3 Vorwochen.</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! Verlauf der Pandemie in Afrika (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anders als erwartet nur geringer Anteil an den weltweiten Fällen (3,4%), nur 3,6% der weltweiten Todesfälle.</li> <li>○ Höchste Inzidenzen in Südafrika, Libyen, Tunesien, Marokko.</li> <li>○ Woran liegt das?</li> <li>○ Hypothese I: Untererfassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ &lt; 0,5 Tests /1.000 Einw. täglich</li> <li>▪ Im Februar konnten nur 2 Länder PCR-Tests durchführen, zwischenzeitlich jedoch 43 Länder.</li> <li>▪ Vergleichbare Testzahlen mit Ländern ähnlicher Pandemiephasen, Positivquote: 9,8%.</li> <li>▪ An einer Untererfassung liegt es vermutlich nicht ausschließlich.</li> </ul> </li> <li>○ Hypothesen II: Faktoren, die Verlauf beeinflussen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Demographie: Medianalter 19,7 Jahre; Alter korreliert mit schwerem Verlauf (Immunoseneszenz, mehr NCDs)</li> <li>▪ Immunsystem: trainiert durch Wurmbefall, trainiert nach BCG-Impfung; Stärkung des regulatorischen Immunsystem (Hygienehypothese)</li> <li>▪ Demographie vermutlich relevanter, immunologische Hypothesen nicht eindeutig.</li> </ul> </li> <li>○ Hypothesen III: Faktoren, die die Ausbreitung beeinflussen können <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Umweltfaktoren: (angeblich geringe Stabilität des Virus ab 23°C), Erfahrung mit Epidemien, früher Lockdown, ländliche Gegenden mit kaum verschlossenen Gebäuden (gute Belüftung)</li> <li>▪ Cave Urbanisierung: hohe Bevölkerungsdichte, anderer Lifestyle</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG (Müller)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele Hypothesen, wenig Evidenz</li> <li>○ Warnung vor 2.Welle in Afrika, verursacht durch erhöhte Mobilität und Lockerungen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Anregungen: Zusammenarbeit mit African CDC, Durchführung von Serostudien, balancierter Lockdown</li>   <li>○ Inwiefern machen Maßnahmen aufgrund der Sekundäreffekte des Lockdowns überhaupt Sinn? Wie wird das auf Ebene des African CDC gesehen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geteilte Meinungen, 1. Lockdown sehr früh, zu diesem Zeitpunkt noch wenig über Schwere bekannt, viele Diskussionen hierzu.</li> </ul> </li> <li>○ 1.Welle: Afrikanische Regierungen haben hart gehandelt, nun viel differenzierteres Verhalten. Befürchtet wird eine 2.Welle durch die Mobilität über Weihnachten.</li> <li>○ Gibt es Daten zu HIV? Unklare Daten zur Schwere von COVID-19-Erkrankungen bei HIV-Infektion. Behandlung von HIV erschwert.</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Keine Beiträge</p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Es wurde beworben: weshalb es wichtig ist, Kontakte zu reduzieren; Teststrategie; was zu tun ist bei Kontakt mit infizierter Bevölkerung.</p> <p>! Telefonberatung: vor allem Fragen zum Impfen und der erstpriorisierten Zielgruppe; an wen können sich ältere zu Hause lebende Menschen wenden. Außerdem Fragen rund ums Reisen an den Weihnachtstagen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! STIKO-Empfehlungen sind in Arbeit</p> <p>! Wird ausreichend kommuniziert, dass positiv Getestete zeitnah selbst Kontaktpersonen informieren sollen?</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>

	<p><i>ToDo: Fr. Wenchel recherchiert, inwieweit das kommuniziert wurde.</i></p> <p>! Ist der Bevölkerung die Strategieergänzung, auch bei leichten Symptomen zuhause zu bleiben, ausreichend klar? (AHA + L + bei Symptomen zu Hause bleiben)</p> <p>! Hat BZgA schon in erster Welle bei Hinweisen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer prominent platziert.</p> <p><i>ToDo: Nimmt BZgA mit auf Slider.</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Überblick über Ergebnisse von Modellierungen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neue Publikation zur Effektivität von Maßnahmen gestern in Science:  <a href="https://science.sciencemag.org/content/early/2020/12/15/science.abd9338">https://science.sciencemag.org/content/early/2020/12/15/science.abd9338</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulschließungen und Universitätsschließungen wurden zusammengefasst in Betrachtung, Vergleich zwischen den unterschiedlichen Ländern schwierig.</li> </ul> </li> <li>○ Modellierungs-Ergebnisse: Übersetzung von Fallzahlen in Kontaktreduktionen. Modell schätzt, wie die Kontaktreduktion über die Zeit ausgesehen haben muss, um diese Inzidenzen zu erhalten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Absolute tägliche Inzidenz im Modell gefittet.</li> <li>▪ Annahme: Menschen ändern Verhalten, wenn Inzidenz stark steigt. Verhaltensänderungen, die zur Abnahme der Inzidenz führen, nehmen im Laufe der Zeit ab (Pandemiemüdigkeit).</li> <li>▪ Länderspezifische Kurven: Kontaktreduktion über Zeit sieht in vielen BL sehr ähnlich aus, reicht trotzdem aus für Abnahme der Inzidenz.</li> <li>▪ Thüringen, ST und Sachsen: etwas stärker steigende Trägheit, was zu weniger starken Kontaktreduktionen führt.</li> <li>▪ Verläufe in Kurven wurden mit der Dynamik aus Cosmo-Umfragen zu Verhaltensänderungen und Kontaktreduktion verglichen und ähneln sich stark.</li> </ul> </li> <li>○ Ergebnisse einer Modellstudie: „Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19</li> </ul>	<p>P4 (Brockmann)</p> <p>P4 (Meier)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Bis 15.06. gab es mehr SARS-CoV-2 Infektionen in weniger deprivierten Regionen.</li> <li>○ Altersstandardisierte Inzidenz nach sozioökonomischer Deprivation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welle 1: höchste Inzidenzen in Gebieten mit geringster Deprivation, gleicht sich über die Zeit an.</li> <li>▪ Welle 2: Unterschied nicht mehr so ausgeprägt.</li> </ul> </li> <li>○ Case-Hospitalization Rate: in Kreisen mit höherer Deprivation erfolgten mehr Hospitalisierungen.</li> <li>○ Harter Lockdown hat Infektionsgeschehen in allen Regionen verringert, vor allem auch in sozioökonomisch privilegierten Regionen, die eine besondere Rolle im Übertragungsgeschehen spielten.</li> <li>○ Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen besonderen Infektionsschutz, da sie ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen.</li> <li>○ Im Moment ist keine Aussage auf Individualebene möglich, nur zu Regionen. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist im Rahmen von Corona-Monitoring lokal und auf Bundesebene geplant.</li> <li>▪ In Kupferzell und Bad Feilnbach handelt es sich um eine Bevölkerung mit niedrigem Index, interessanter ist Berlin Mitte.</li> </ul> </li> <li>○ Anmerkung BZgA: zielgruppenorientierte Kommunikation ist wichtig.</li> <li>○ Spielt Alter eine Rolle? Nicht unbedingt, Index ist altersadjustiert.</li> </ul>	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> ! Keine Beiträge	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b>	



	<p>! NRZ Influenzaviren (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probeneingang im Sentinel konnte durch Telefonate mit Arztpraxen und Einbeziehung eines Kurierdienstes erhöht werden.</li> <li>○ Anzahl der Einsendungen in KW 50 jetzt wieder auf Niveau der letzten Influenzasaison, mit Lockdown gingen Einsendequoten deutlich zurück.</li> <li>○ In KW 49 und 50 stimmen die Positivenquoten mit 11% bzw. 12% mit den übrigen Testungen überein.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Ungefähr gleichmäßige Verteilung der Einsendungen über die Altersgruppen, nur wenige Proben von &gt; 60 Jährigen. Die meisten SARS-CoV-2 Nachweise bei 35-60 Jährigen.</li> <li>○ Probeneingang je BL: fast alle BL sind vertreten, die größten Nachweisraten bei Proben aus Sachsen bei durchschnittlichen Einsendungen.</li>   <li>○ Anfrage aus Parlament: Gibt es einen Anstieg von CMV? CMV wird im Sentinel nicht untersucht.</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es gab Verunsicherung durch eine Pressemitteilung, dass in Sachsen Triage angewandt wurde (Bericht dazu: <a href="#">Link</a>).</li> <li>! Trifft im Moment nicht zu, die Plätze könnten in den nächsten 10 Tagen jedoch knapp werden.</li> <li>! 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)</li> <li>! Pressestatement geplant mit positiver Message, dass in Deutschland noch genug Kapazitäten vorhanden sind, für evtl. Engpässe in einer Region ist ein Konzept vorhanden.</li> <li>! Begriff Triage soll nicht verwendet werden, Priorisierung stattdessen.</li> <li>! Wird ein Aussetzen der elektiven Eingriffe umgesetzt? Es gibt Einzelmeldungen, dass elektive Eingriffe nicht ausgesetzt werden. Dies soll mit Druck der Landesregierungen durchgesetzt werden.</li> <li>! Gibt es Fortschritte beim klinischen Management im Vergleich zum Frühjahr, kann mit jetzigem Wissen häufiger auf Beatmung verzichtet werden?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hierzu gibt es bisher keine belastbaren Daten/Studien.</li> <li>○ Die Mortalität der intensivpflichtigen Hochaltrigen ist im Vergleich zum Frühjahr nicht geringer.</li> <li>○ Unterschiede gibt es zwischen großen Zentren und kleinen Kliniken.</li> </ul> </li> </ul>	<p>IBBS (Herzog)</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p>	



	! Keine Beiträge	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Keine Beiträge	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Keine Beiträge	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 18.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	18.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Nadine Litzba (Protokoll)
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG16
  - Anton Aebischer
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG23
  - Robin Houben
- ! FG24
  - Thomas Ziese
  - Martin Thißen
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
  - Sebastian Haller
  - Anna Rohde
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe

- ! P1
  - Mirjam Jenny
- ! P4
  - Benjamin Maier
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Luisa Denkel
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



- In den USA gibt es seit März dauerhaft eine Excess Mortalität:  
[https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess\\_deaths.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm)

### National

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

- SurvNet übermittelt: 1.439.938 (+33.777), davon 24.938 (1,7%) Todesfälle (+813), 7-Tage-Inzidenz 185/100.000 Einw.
  - ca. 3.500 Fälle aus BW wurden am Mittwoch nicht übermittelt und gestern nachübermittelt, demnach 2 Tage in Folge >30.000 Fälle
  - Übermittlungsprobleme aufgrund der notwendigen Stückelung der großen Datenmengen in Datenpakete
- 4-Tage-R=0,96; 7-Tage-R=1,05
- ITS: 4856 (+20), invasiv beatmet: 2.774 (+14)
- 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - Sachsen und Thüringen weiterhin sehr hoch, in Thüringen weiterhin Zunahme, insgesamt weiterhin auch in allen anderen BL leicht anziehender Trend
- Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
  - 1 LK <25/100.000 Einw., 10 LK >500/100.000 Einw.
- Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche des Falles)
  - Da über 800 Todesfälle an einem Tag gemeldet wurden aber laut DIVI die Intensivbelegungen nicht so stark gestiegen ist, wurde eine Auswertung zum Fall-Verstorbenen-Anteil und dem Hospitalisierungsstatus durchgeführt.
  - Insgesamt ist über die Zeit der Fall-Verstorbenen Anteil gesunken (durch bessere Testung und Erfassung).
  - Anteil der nicht hospitalisierten (sowie mit unbekanntem Status) unter den Verstorbenen ist ansteigend, große Unterschiede zwischen den BL, z.B. Thüringen großer Anteil der Fälle nicht hospitalisiert.
- Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland

FG37  
(Eckmanns)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leicht ansteigend, aber auch 4 Wochen verzögert</li> </ul> <p><b>! Bericht vom Einsatz in Main-Kinzig-Kreis</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anna Rohde und Tim Eckmanns sind vom 14.12. – 16.12. kurzfristig zur Unterstützung in den Main-Kinzig-Kreis gefahren</li> <li>○ Großer LK in Rhein-Main-Region, &gt;1000 Fälle pro Woche, Ausbrüche in mehr als der Hälfte der Altenheime und Hälfte der KH</li> <li>○ Im St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau größere Probleme, relativ spät reagiert, viele MA positiv, viele COVID-Patienten, Vorschlag das KH zu COVID-KH zu deklarieren</li> <li>○ Im Klinikum Hanau 2 kleinere Ausbrüche, schnell reagiert und gescreent, aber auch zuvor schon Screening alle 2-3 Wochen, alle elektiven Eingriffe eingestellt, klare Trennung positiv/Verdacht/negativ; eigentlich eine COVID- und eine Non-COVID-ITS, mussten aber Patienten des anderen KH übernehmen, daher nicht durchgehalten, wahrscheinlich nicht viele Übertragungen im KH; am WE Medienbericht, dass Kühlkapazitäten für Verstorbene im KH ausgelastet sind und Kühlcontainer auf dem Friedhof genutzt wurden</li> <li>○ Beginn des Geschehens Anfang Dezember in allen Wohnheimen</li> <li>○ Seniorenheim Theresa GmbH: alle Bewohner COVID-pos., an einem Tag 12 Rettungsdiensteinsätze, Rettungsdienst hat Triage durchgeführt und nur noch einen weiteren Patienten ins KH mitgenommen, Pflegeheim hat Bewohner z.T. selbst mit Sauerstoff versorgt</li> <li>○ Wohnstift Hanau: angewandte positive Schnelltests wurden zunächst nicht per PCR bestätigt, nun Screening bei allen MA und Bewohnern</li> <li>○ AGO Nidderau: Viel zu wenig Personal, Zeitarbeitspersonal risikoreich, da wechselnde Arbeitsstätten/Kontakte, Person von Zeitarbeitsfirma war positiv getestet</li> <li>○ Hinweise für das GA zu             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>IBBS (Ruehe)</p> <p>AL3/FG37</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	--	---

	<p>Untererfassung, die ein falsches Bild auch für Politik vermittelt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fokussierung: Team hatte in Pflegeheimen lange Diskussionen über vermeintlich fehlerhafte FFP2 Masken, Desinfektionsmittel (begrenzt viruzid vs. viruzid), Klimaanlage, Aussage der Ct-Werte, Einschleppung durch externe Personengruppen – Message: Wenn Hygienekonzepte konsequent umgesetzt werden und ausreichend Mitarbeitende vorhanden sind, ist der Schutz ausreichend</li> <li>▪ Prozessoptimierung</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Hinweise RKI: Empfehlungen vereinfachen, Ct-Werte/Test-interpretation sollten nicht in Pflegeheimen gemacht werden, DIVI-Register suggeriert Sicherheit, bildet nicht die Lage in den Pflegeheimen ab, Triage in Pflegeheim erfolgt, COVID-Bereiche sollten geschaffen werden, damit ein KH gut auf COVID reagieren kann, Testung ist gut, aber Hygienemanagement ist entscheidend</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Solche Einsätze sind wichtig, um die Lage vor Ort zu sehen und die Informationen zu erhalten</li> <li>▪ Entisolierung in Heimen auch Thema der AGI</li> <li>▪ Überarbeitung der Entlasskriterien, Kriterien für Pflegeheime angepasst, wird am Montag im Krisenstab vorgestellt, statt Ct-Wert wird Schwellenwert (orientiert am Std.) verwendet</li> <li>▪ Informationen sollten kommuniziert werden, T. Eckmanns und A. Rohde arbeiten an einem Bericht für das hessische Ministerium</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: T. Eckmanns und A. Rohde formulieren einen Initiativbericht ans BMG und informieren vorab Hr. Wieler.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenz &gt; 60J. auf der ersten Seite im Lagebericht zeigt nicht die Situation in höheren Altersgruppen (80+) da jüngere Altersgruppen mit sehr niedriger Inzidenz.</li> </ul>	
--	--	--



	<p><i>ToDo: Darstellung der Inzidenz der älteren Bevölkerung auf der ersten Seite des Lageberichts überarbeiten.</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Evaluation der CWA (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Überprüfung der Wirksamkeit, aber es fallen aufgrund des dezentralen Ansatzes wenig Daten zur Evaluation an</li> <li>! 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</li> <li>! Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften intensiviert und eingebunden</li> <li>! Es gab schon einige Befragungen, auch im Rahmen anderer Studien, aber keine hat bevölkerungs-repräsentativen Ansatz, daher Planung einer eigenen bevölkerungs-repräsentativen Studie</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>FG23 (Houben)</p>
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Telefonaktionen in Kooperation mit Tageszeitungen/regionalen Medien: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Expertenpanel, das Fragen der Leserinnen und Leser beantwortet</li> <li>o viele Fragen aus der Zielgruppe der zu Impfenden 80+</li> <li>o In Hamburg und Stuttgart z. B. hohe Reichweite</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Möglicherweise Pressebriefing am Dienstag</li> <li>! Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung und vieler neuer FAQs gestern</li> <li>! Baldige Zulassung des Moderna-Impfstoffs erwartet, Impfpfempfehlung muss dafür überprüft werden</li> <li>! Übermittlungsprobleme (+3500 Fälle) wurden gestern den Agenturen gemeldet, gut aufgenommen, aus Transparenzgründen wichtig und sollte auch in Zukunft so</li> </ul>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p><b>Presse (Glasmacher, Wenchel)</b></p>







	<p>(Demokraten vs. Republikaner)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wahlverhalten ist Proxi für weiteres Verhalten das damit verknüpft ist, insgesamt sollten vermehrt Meldedaten mit ökologischen Faktoren kombiniert und soziologisch betrachtet werden, Abt. 3 und Abt. 2 sind dazu im Gespräch</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b> ! Nicht besprochen</p>	FG38 (Rexroth)/ AL3
<b>7</b>	<p><b>Dokumente/weitere Studien</b></p> <p>! Kurzvortrag Projekt PHIRI (Population Health Information Research Infrastructure) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neues EU-Projekt am 01.11. auf europäischer Ebene gestartet</li> <li>○ 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</li> <li>○ FG24 leitet WP6 (Beantwortung von Forschungsfragen über Use Cases) und WP8 (Austausch von Praktiken, Richtlinien, Standards)</li> <li>○ Parallelstrukturen sollen vermieden werden, RKI-Abteilungen und FGs sollen einbezogen werden</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soll sich um Meta-/Dachprojekt handeln, soll auch für den ND-Bereich, idealerweise angekoppelt ans ECDC eine übergeordnete Struktur bilden</li> <li>▪ U. Rexroth und O. Hamouda in engem Austausch mit ECDC, Austausch läuft über Tessy</li> </ul> </li> </ul>	FG24 (Thißen)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! NRZ Influenzaviren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 670 Einsendungen, SARS-CoV-2 und Rhinoviren nachgewiesen, 12% Positivrate für SARS-CoV-2, über die Zeit angestiegen</li> </ul>	FG17 (Djin-Ye Oh)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Entlassmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird am Montag vorgestellt (s.o.)</li> <li>! Rückmeldung aus stationärer Patientenversorgung</li> <li>○ Kliniken stellen zunehmend elektive Eingriffe ein, aktuelles Beispiel Charité</li> <li>○ Sachsen: DIVI und COVRIIN haben nach Triage-Meldungen Pressemeldung herausgegeben – Ziel war Bekanntmachung des Kleeblattkonzepts für überregionale</li> </ul>	IBBS (Bettina Ruehe)

	<p>ITS-Patientenverlegungen, dessen Aktivierung noch nicht erfolgte, derzeit wird noch „Kleeblatt-intern“ verlegt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In allen 5 Regionen/Kleeblättern angespannte Situation, für nächste Woche aber keine überregionalen Verlegungen zu erwarten gemäß Einschätzung der regional Verantwortlichen</li> <li>○ 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)</li> <li>○ DIVI repräsentiert nicht die z.T. dramatische Lage in den Pflegeheimen</li> </ul> <p><i>To Do: Wenn Anfrage zu überregionaler Verlegung oder Verlegung aus dem Ausland (auch über die Feiertage) im LZ eingeht, Kontaktaufnahme IBBS unter -3233.</i></p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Kein Lagebericht am 25.12. und am 01.01.</p> <p><i>To Do: Personelle Ausstattung des LZ über die Feiertage (inkl. Ersatz für einzelne Positionen) sollte überprüft werden</i></p>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 21.12.2020, 13:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	21.12.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Ute Rexroth

- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Bettina Ruehe
- ! P3
  - Sébastien Calvignac-Spencer
- ! P4
  - Benjamin Maier
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



	<p>Virus weiterentwickelt und physische Kontakte reduziert werden müssen. Morgen im Pressebriefing wird darauf eingegangen: Appell Weihnachten zuhause zu verbringen, evtl. könnte die Variante miteingebaut werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie soll auf Anfrage des BMG zu Risikogebieten Stellung bezogen werden? Bis zur Klärung werden Reisebeschränkung für Südafrika und England befürwortet, für Dänemark und NL noch nicht. Dies sollte bei anderen Ländern ähnlich gehandhabt werden.</li> <li>○ Mit der Laborcommunity sollte sehr engmaschig kommuniziert werden, bisher noch keine Hinweise.</li> <li>○ Bereitet das Konsiliarlabor schon spezifische PCR vor? Telefonat mit Hr. Drosten: 200 Proben aus Frankfurt werden schon sequenziert.</li> <li>○ Bei Diagnostikempfehlung sollte einbezogen werden, zumindest bei einen bestimmten Prozentsatz diese PCR miteinzubeziehen.</li> <li>○ Die Kommunikation sollte in enger Abstimmung mit RKI beim Konsiliarlabor zusammenlaufen.</li> <li>○ In einem Steckbrief sollen Hinweise gegeben werden, wie man die Variante leichter erkennen kann.</li> </ul> <p><i>ToDo: Steckbrief morgen in AG Diagnostik und Mittwoch nochmal im Krisenstab besprechen, möglichst zeitnah</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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?</li> <li>○ PCR sind in ARS schon hinterlegt. Wenn es neue Diagnostik gibt, kann diese mit ARS erfasst werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: LZ soll Fr. Seifried kontaktieren, damit dies in die Laborabfrage integriert wird.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Beim Ausbruch in Marzahn hat Hr. Eckmanns vorgeschlagen, dass Patientenproben ans RKI geschickt werden.</li> <li>○ Grundsätzlich wird eine dezentrale Sequenzierung</li> </ul>	<p>IBBS (Herzog)</p>
--	---	--------------------------





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Sachsen und Thüringen weiterhin Anstieg</li> <li>▪ Auch keine Entspannung in den anderen BL, schwächerer Anstieg oder Plateau</li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur noch 10 LK mit Inzidenz bis 50</li> <li>▪ 81 LK mit Inzidenz &gt; 250</li> <li>▪ Sachsen sticht deutlich hervor.</li> <li>▪ Keine größeren Übermittlungsprobleme bekannt.</li> </ul> </li> <li>○ Datenvollständigkeit Variable Erkrankungsbeginn <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nimmt ab, erschwert Auswertung</li> <li>▪ In Hamburg und Hessen nimmt Datenvollständigkeit ab, sonst relativ konstant.</li> <li>▪ In Hamburg wird die Software Pandemiemanager eingesetzt, deshalb ist die Vollständigkeit in Survnet sehr gering.</li> </ul> </li> <li>○ Datenvollständigkeit Variable Kontakt zu bestätigtem Fall <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird aktuell eher vollständiger eingegeben</li> <li>▪ In NRW gar nicht erfasst.</li> <li>▪ Diese Auswertung wurde letzten Freitag an die BL geschickt.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Amtshilfeersuchen Berlin (UKB)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern Bitte um Unterstützung für Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn</li> <li>○ Kontaktaufnahme mit Hr. Werber, TK geplant</li> <li>○ Im Haus wesentlich mehr Fälle als gemeldet, viele Mitarbeitenden wohnen in Brandenburg, noch kein Überblick.</li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Datenspende <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittel für eine Weiterführung in 2021 sind in Aussicht gestellt.</li> </ul>	FG21 (Schmich)



	<p>! DEA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aktuell viele Fragen von Reisenden und Ämtern, ob Reisende darüber selektiert werden können.</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Alle Seiten auf Verhalten an Feiertagen ausgerichtet, Nutzung der App und Kontakttagebuch</p> <p>! Einsamkeit, Angststörungen, frühe Hilfen für Familien in Not -&gt; Hinweis fürs Pressebriefing wäre sinnvoll</p> <p>! viele Fragen zur Impfung</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Morgen, 22.12. um 10 Uhr Pressebriefing mit Kurztext zur neuen Virusvariante</p> <p>! Für FAQ UK Variante wird abgestimmter Text übernommen.</p> <p>! Sollte in Pressebriefing nochmal erwähnt werden, dass Kliniken elektive Operationen verschieben sollen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Bisher gibt es keine Entschädigung für leerstehende Betten. In Ländern mit knappen Betten werden elektive Eingriffe per Verordnung wieder ausgesetzt, aber nicht deutschlandweit.</li> <li>o Fixierung auf DIVI-Zahlen kann zu falschen Schlüssen führen. Dort werden immer noch freie Kapazitäten angezeigt. Dies erweckt den Anschein einer falschen Sicherheit. Es handelt sich nicht um ein reines Problem der Intensivstationen. Im gesamten KH ist eine niedrigere Belegung notwendig, um eine Trennung in 3 Bereiche (Covid, Verdacht, kein Covid) zu ermöglichen. Ein Bericht ans BMG hierzu ist auf dem Weg.</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Eckmanns formuliert Text für Fr. Degen für Pressebriefing.</i></p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p>	

	! Nicht besprochen	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Geimpfte und Infektionsschutzmaßnahmen (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diverse Anfragen zu: Wie soll mit Geimpften in Bezug auf andere Infektionsschutzmaßnahmen umgegangen werden?</li> <li>○ In allen Altersgruppen liegt die Wirksamkeit der beiden zur Verfügung stehenden Impfstoffe deutlich über oder fast bei 90%.</li> <li>○ Gute Daten in Bezug auf die Beeinflussung der Transmission liegen noch nicht vor, in nächsten 2-4 Monaten ist noch nichts Belastbares zu erwarten.</li> <li>○ 1. MNB sowie Hygiene- oder Abstandsregeln: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AHA + L Regeln sind auch bei Geimpften weiterhin anzuwenden.</li> <li>▪ Verhalten bei Symptomen (5 Tage zuhause bleiben) sollte auch für Geimpfte gelten. Soll in zusätzlichem Satz erwähnt werden.</li> <li>▪ Unabhängig von COVID-19 sollte die Krankheitslast in der Bevölkerung gering gehalten werden.</li> </ul> </li> <li>○ 2. Quarantäne: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geimpfte sollen wie bereits Erkrankte behandelt werden.</li> <li>▪ 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?</li> <li>▪ Thema wird auf EU-Ebene diskutiert, ein Europäisches Impfreister mit Zertifikaten ist angedacht.</li> <li>▪ Reicht es, dass geimpfte Personen, wenn sie mit vulnerablen Gruppen arbeiten, nur Masken tragen und nicht in Quarantäne gehen, wenn sie KP1 geworden sind?</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Ein pragmatisches Vorgehen ist zu favorisieren, da das Verhängen einer Quarantäne trotz Impfung nicht kommunizierbar ist.</li> <li>▪ Einigung auf: Wenn die Immunisierung abgeschlossen ist, egal, wo die Impfung zugelassen wurde, werden Geimpfte genauso wie Personen mit natürlicher Erkrankung behandelt.</li> <li>▪ Vermutlich wird irgendwann die Diskussion kommen, ob 2 Impfungen notwendig sind.</li> </ul> </li> <li>○ 3. Infektionsschutzmaßnahmen auf Bevölkerungsebene</li> </ul>	FG33 (Wichmann)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den nächsten Monaten gelten Infektionsschutzmaßnahmen weiter, da initial keinen hohen Impfquoten erreicht werden.</li> <li>▪ Es muss klar werden, dass es bei teilgeimpfter Bevölkerung zu einem Rebound-Effekt kommen kann. Rebound Effekt sollte erläutert werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Entwurf wird von Hr. Wichmann angepasst und ans BMG gesendet.</i></p> <p><i>ToDo: FAQ werden nach Rückmeldung von BMG angepasst, sollten am Mittwoch, vor Impfbeginn online sein. [Aufgaben ID 2462]</i></p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZBS1             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In KW 51 gingen 1.420 Proben davon waren über 36% positiv auf SARS-CoV-2. Bisher mit Abstand höchster Anteil.</li> <li>○ Bei wie vielen davor ein positiver Antigentest durchgeführt wurde, ist unbekannt (nur von 20 Proben bekannt).</li> <li>○ 1. Phase der Antigentest Validierungen wurde abgeschlossen. Daten dazu gibt es demnächst.</li> </ul> </li> <li>! Virologische Surveillance             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittwoch</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZBS1 (Krause)</p> <p>FG17</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Entlasskriterien aktuelle Version (<a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzte gemeinsam mit Intensivpflege erstellte Version wurde am 30.11. veröffentlicht. Kriterien sind für Pflegeheime sehr anspruchsvoll und wurden deshalb überarbeitet.</li> <li>○ Besondere Patientengruppen: Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen: mehr Klarheit in Bezug auf Zielgruppe Pflegeheime, keine Doppelbeprobung notwendig.</li> <li>○ Hinweise zur PCR-Untersuchung: was ist ein geeignetes PCR-Ergebnis: Text wird aufgrund von Verständnisproblemen nochmal verändert.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> <li>! Am 22.12. findet eine Pressekonferenz der DIVI zur Triage-Diskussion und der Auslastung der Intensivstationen statt.</li> </ul>	<p>IBBS (Ruehe)</p> <p>IBBS (Herzog)</p>

	! Patientenverlegungen zwischen Kleeblättern sind geplant, von Ost (Sachsen) nach Nord (MV), ZP ist noch offen.	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenzen bei 0-5 Jährigen leicht, bei jungen Erwachsenen deutlich angestiegen</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liegen etwas höher, ca. 40-50 Ausbrüchen pro Woche, gleiche Aufteilung zwischen betroffenen Erwachsenen und Kindern</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Eher etwas rückläufiger Trend, höchste Ausbruchszahlen bisher in KW 46</li> </ul> </li> <li>○ Wie kann adressiert werden, dass Vorbereitungen für eine sicherer Wiederöffnung der Schulen getroffen werden müssen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zusammenarbeit mit Familienministerium (Kitas) findet statt, es gibt jedoch keinen AP in Kultusministerkonferenz.</li> </ul> </li> <li>○ Frau Proll (Leiterin vom LI Hamburg) wäre Option.</li> <li>○ Vorschlag: offizieller Brief vom Präsidenten an Geschäftsstelle KMK (Vorsitz aktuell NRW Dr. Stefanie Hubig)</li> </ul> <p><i>ToDo: Briefentwurf von W. Haas, noch vor den Feiertagen [Aufgaben ID 2463]</i></p>	FG36 (Haas)
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	23.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P4
  - Dirk Brockmann
  - Benjamin Maier
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura

- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>! Internationale Lage (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung (korrigierte Werte v. 18.12.)</li> <li>○ 76.250.431 Fälle</li> <li>○ 1.699.230 Todesfälle (2,3 %)</li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: USA, Brasilien, Großbritannien, Russland, Deutschland, Türkei, Indien, Italien, Frankreich, Kolumbien</li> <li>○ <b>WHO Epidemiological Update</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neue COVID-19-Fälle und Todesfälle stiegen in vergangener Woche weiter an (6 % bzw. 4 %)</li> <li>▪ <b>Region Amerika:</b> erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle: &gt; 2,3 Mio. neue Fälle (Anstieg von 13 % im Vgl. zur Vorwoche, 50 % weltweiter Fälle) sowie &gt; 32.000 Todesfälle (Anstieg von 9 % im Vgl. zur Vorwoche, Fortsetzung des raschen Anstiegs der Todesfälle seit November) <ul style="list-style-type: none"> <li>– USA weiterhin steigende Anzahl neuer Fälle (&gt; 1,65 Mio. neuer Fälle; &gt; 5.000 neue Fälle pro 1 Mio. Einw. = höchste Inzidenz in der Region)</li> <li>– Fünf Länder mit höchster Anzahl neuer Fälle: USA, Brasilien, Kolumbien, Mexiko, Kanada</li> <li>– Fünf Länder mit höchster Anzahl an Todesfällen pro 1 Mio. Einw.: Belize (75), USA (54), Panama (45), Mexiko (33), Kolumbien (27)</li> </ul> </li> <li>▪ <b>Region Europa:</b> größte Anzahl neuer Todesfälle (36.286; 46 %), Anstieg neuer Fälle (2 %) und Todesfälle (3 %) ähnlich der Vorwoche <ul style="list-style-type: none"> <li>– Höchste Zahlen neuer Fälle (= ca. 33 % aller in Europa gemeldeter Fälle): Türkei, Russland, Deutschland</li> <li>– Höchste Zahlen neuer Todesfälle: Italien, Deutschland, Russland</li> <li>– 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</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 (Romo Ventura)



	<p>am 14.12.2020; Todesfallrate weiterhin niedrig (0,8 %), Testpositivitätsrate relativ hoch (11 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> <li>- Spanien: Rückgang 7. Woche in Folge, derzeit leicht (2 %), Todesfälle deutlich stärkerer Rückgang (-44 %), ca. 20 % der ITS-Betten mit COVID-19-Patienten belegt</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Region Afrika:</b> größter relativer Anstieg an neuen Fällen (27 %) und Todesfällen (34 %) im Vgl. zur Vorwoche (meiste Fälle: Südafrika, Nigeria, Äthiopien, Kenia, Uganda, Algerien)</li> <li>▪ <b>Westpazifische Region:</b> 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</li> <li>▪ <b>Region Südostasien:</b> Rückgang neuer Fälle um 14 % bzw. Todesfälle um 10 %, höchste Zahlen: Indien, Indonesien, Bangladesch, Myanmar, Nepal</li> <li>▪ <b>Östliche Mittelmeerregion:</b> Zahl der (Todes)Fälle 4. Woche in Folge zurückgegangen; höchste Zahlen: Iran, Pakistan, Marokko</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neue Variante des SARS-CoV-2 in der Republik Südafrika (Variante 501.2 V2) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genetische Veränderungen in Teilen vergleichbar – jedoch nicht identisch – mit denen der Variante VUI202012/01 der UK</li> <li>▪ 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 &gt; 10.000 gemeldete Infektionen pro Tag, Tendenz exponentiell und stark steigend)</li> <li>▪ Unklar – wie auch bei UK-Variante – ob südafrikanische Variante Ursache des steilen Anstiegs der Infektionszahlen, höherer Mortalitätsrate, leichter erneuter Infektionen, Einfluss auf entwickelte Impfstoffe</li> <li>▪ 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)</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------



	<p>Migrationswelle (Fremdarbeiter verlassen derzeit Südafrika)! starke Ausbreitung anzunehmen sowie c) anekdotische Berichte über vermehrtes Auftreten bei jüngeren Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ggf. zeitnahes Emergency Meeting seitens WHO</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! <b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 4-Tage-R=0,83; 7-Tage-R=0,92</li> <li>○ ITS: 5.216 (+49), invasiv beatmet: 2.726 (+36)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Noch kein deutlicher Rückgang, Anstieg in Sachsen verlangsamt, in Thüringen setzt sich Anstieg weiter fort, ebenso in BB, noch keine Entspannung der Situation</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11 LK &gt; 25-50 (Karte Umgebung Berlin: hell eingefärbte Areale: Potsdam &amp; Spree-Neiße Übermittlungsprobleme, entspricht somit nicht tatsächlicher Inzidenz, dazu derzeit gehäuft Anfragen, es werden nur die Fälle ausgewiesen, die übermittelt werden, zuständige Behörden sind informiert, aufgrund langwieriger Prozesse hier jedoch ggf. längerfristige Verzerrung denkbar)</li> <li>▪ 44 LK &gt; 50-100; 274 LK &gt; 100-250; 75 LK &gt; 250-500; 7 LK &gt; 500-1000</li> <li>▪ Regional stark betroffen: Sachsen, Thüringen, NRW, Bayern, BaWü; im Norden geringere Inzidenz</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Covid-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche (MW): bei &gt; 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</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>Presse (Glasmacher)</p>
--	--	--------------------------------

	<p>bei Beschäftigten in § 36- und § 23-Einrichtungen (grüne Kurven), lediglich in § 33-Einrichtungen (Schule, Kitas) Fallzahlen leicht rückläufig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Covid-19-Todesfälle nach Sterbewoche: für KW 51 vermutlich noch Nachmeldung ausstehend, in KW 50 jedoch bereits &gt; 3000 Todesfälle, deutlich höher als in erster Welle</li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zu Übermittlungsproblemen in BB: höchstwahrscheinlich kein Einfluss auf bundesweite Kennzahlen, zudem keine großflächigen Übermittlungsprobleme</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Derzeit wird ein allgemeiner Disclaimer zur Übermittlung an den Feiertagen (Weihnachten und Jahreswechsel) vorbereitet: Bundesländer werden sehr uneinheitlich übermitteln</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do 1: Bei der Erstellung eines allgemeinen Disclaimers Bitte um Berücksichtigung folgender Aspekte bzw. Verzerrungsfaktoren, die ggf. erklärend mitaufgenommen werden sollten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es sollte ggf. eine (nicht länderspezifische) Bewertung erfolgen, da die Zahlen zu großer Verunsicherung führen könnten, sowie</li> <li>○ 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</li> <li>○ ggf. dass nach höherer vorweihnachtlicher Testrate mit ggf. späterem Testrateneinbruch zu rechnen sein kann ! Einbruch auch bei Fallzahlen</li> <li>○ PCR-Bestätigung von AG-Tests einen erheblichen Einfluss auf die Positivrate haben kann</li> <li>○ Ggf. dass das RKI nicht nur die Meldedaten auswertet mit Verweis auf den Situationsbericht</li> <li>○ Weitere Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in der AG der 60-80-Jährigen ebenfalls</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Präs (Wieler)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---



	<p>bedenklich (Folie 4, türkise Linie), da</p> <p>a) diese AG einen sehr großen Bevölkerungsteil ausmacht, der</p> <p>b) einen großen Anteil der Hospitalisierten ausmacht,</p> <p>c) zu Weihnachten ggf. besonders exponiert sein wird,</p> <p>d) zudem in der Impfpriorität weiter hinten liegt und</p> <p>e) somit auch langfristig die Bettenkapazitäten beanspruchen wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mögliche Handlungsoption: derzeit bereits an vielen Stellen auf Maßnahmen und deren Einhaltung ausdrücklich hingewiesen, hier ist die Exekutive/stringente Umsetzung der Maßnahmenkataloge gefordert, jedoch ist die Compliance derzeit fraglich (siehe Beispiel der Diskussion um Stattfinden der Gottesdienste in manchen Bundesländern)</li> </ul> <p><i>To Do: Allgemeine Bitte um mögliche weitere Vorschläge zu denkbaren Handlungsoptionen, gern per E-Mail oder telefonisch</i></p> <p><b>! Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 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</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 50. KW (Folie 6): insbes. bei älteren AG &gt; 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;</li> <li>○ AG ab 80 Jahren (Folie 9): starker Anstieg um 35 %</li> <li>○ 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 &gt; Link wird im heutigen Influenzawochenbericht mitaufgenommen</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte um Aufnahme auch in den heutigen Lagebericht, Frau Buda reicht das Exzerpt weiter (Nachtrag: Tabelle und Grafik <a href="#">hier</a>)</i></p>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	---	---

- Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis KW 50 nach AG (Folie 11): nach Stabilisierung auf hohem Niveau leicht angestiegen, mittlerweile bei 68 %, dabei hauptsächlich in der AG ab 35 Jahre Anstieg zu sehen
- COVID-SARI-Fälle bis zu KW 50 - alle Fälle, auch noch Liegende (vorläufige Diagnosen, unvollständig) (Folie 14): weiterer Anstieg in AG der 60-79- und >80-Jährigen, stabile Zahlen in den AG 15-34- und 35-59-Jährigen in den letzten Wochen
  - Diskussion: Übersterblichkeit – Abbildung am Freitag im Bericht, SARS in ARS um 9 % über Vorjahresniveau, derzeit noch keine dramatische Entwicklung, aber 4 Wochen Verzug bzw. Nachmeldung besonders betroffener LK und BuLä müssen berücksichtigt werden

## ! Testkapazität und Testungen

### Testzahlerfassung am RKI (Folien [hier](#))

- Testzahlen und Positivquote: derzeit nahezu 12 % Positivquote, Gesamtzahl der Tests gesteigert auf ca. 1.5 Mio in KW 51 (cave: ab 03.11.2020 geänderte Testkriterien, Daten nicht direkt mit Vorwochen vergleichbar)
- Auslastung der Kapazitäten: Positivenanteile (rot) weiter steigend, stärkere Ausschöpfung der Testreserven, vermutlich auch aufgrund der AG-Test-Bestätigung
- Probenrückstau derzeit vergleichsweise gering

### Testungen und Positivenanteile (Folien [hier](#))

- Anzahl der Testungen derzeit noch steigend
- Positivenanteile nach Bundesland und Woche: Sachsen 20 %-Marke erreicht, steigender Trend setzt sich derzeit nicht fort, aber weiterhin hohes Niveau, ähnlich auch in anderen Bundesländern
- Anzahl Frauen und Männer mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Einw. nach KW: seit KW43/44 mehr Frauen getestet, weibl. Anteil überwiegt auch in pos. Inzidenz in Analogie zu Meldedaten
- Positivenanteile nach AG und KW: steigender Trend bei > 80-Jährigen setzt sich weiter fort, auch bei 60-79-Jährigen



	<p>sind Positivenanteile im Vergleich zu anderen AG gestiegen, Positivenanteile bei jüngeren AG stagnierend (5-14 J) bis ggr. abnehmend (15-59 J), kann sich jedoch durch Nachübermittlung noch verändern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Presseaktion in Sachsen-Anhalt: große Resonanz, Fragenschwerpunkt: wo finden die Impfungen statt, wo sind Informationen zur Impfung erhältlich und sind chronische Erkrankungen ein Ausschlusskriterium</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Sprachregelung zur neuen UK-Virusvariante soweit finalisiert und mit FG17 abgestimmt</p> <p>! Zur Überarbeitung des Internetauftritts hinsichtlich neuer UK-Variante: es werden zeitnah dazu neue Informationen seitens UK bereitgestellt, rasche Einarbeitung dann nötig, Text aufgrund des Feiertagsdienstes jederzeit überarbeitbar unter inhaltlicher Zuarbeit des Lagezentrums (Rufbereitschaft)</p> <p>! Überarbeitung hinsichtlich neuer Virusvariante aus Südafrika ebenfalls nötig, sollte bereits heute kurz mitaufgenommen werden, zumal beunruhigender als UK-Variante (s.o.), Herr Wieler sucht den Preprint raus und gibt ihn an Presseabteilung weiter</p> <p><i>To Do 1: Bitte an Herrn Wieler, Preprint zur südafrikanischen Virusvariante an Presse weiterzuleiten</i></p> <p><i>To Do 2: Bitte an Presse um Überarbeitung auch hinsichtlich neuer Virusvariante (Südafrika) und Übermittlung der Sprachregelung an Herrn Schaade</i></p> <p><i>To Do 3: Keine Situationsberichte am 25.12.2020 und 01.01.2021: dies muss zuvor im Situationsbericht und an den jeweiligen Tagen selbst im</i></p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Glasmacher, Wenchel)</p>





	<p>sind konsistent und müssen kaum vor- oder nachbereitet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussion:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wertvolles Tool zur Datenzusammenführung und Analysefähigkeit</li> <li>▪ Automatisierte Erstellung von Figures kann viel Effizienz schaffen, auch hinsichtlich Situationsbericht, sofern Datenverarbeitung automatisiert, P4 bietet hier gern Hilfestellung zwecks Entlastung an</li> <li>▪ Enge Abstimmung mit anderen Abt./FGs die mit Modellierungen/Grafiken arbeiten (v.a. Frau Diercke, FG32), MF4 (Herr Grabenhenrich) bereits involviert, Austausch jedoch in größerer Runde erforderlich, auch zu einem offiziellen GITHUB des RKI</li> <li>▪ Bei BMG-Anfragen steht P4 dem Lagezentrum bzw. Abt. 3 mit seiner Expertise gern zur Verfügung</li> <li>▪ Datenschutz vermutlich kein Problem bei Verwendung öffentlich zugänglicher Daten, Verlinkung genutzter Daten muss jedoch datenschutzrechtlich geklärt werden („backtracing“)</li> <li>▪ Klärung der Lizenzrechte muss noch abgeschlossen werden (bereits für viele Quellen geklärt, für einige ausstehend, daher Repository bislang privat)</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do1: Bitte um Austausch in größerer Runde mit Modellierung-nutzenden FGs und zur Implementierung eines GITHUBS für das RKI</i></p> <p><i>To Do2: Bitte an P4 um lizenzrechtliche Klärung noch ausstehender Quellen sowie um datenschutzrechtliche Klärung der Verlinkung genutzter Daten („backtracing“)</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Neue Virusvariante(n) mit vermutlich höherer Übertragbarkeit - weitere Möglichkeiten zu Infektionsschutzmaßnahmen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Ursächlichkeit sollte neue Überlegungen anstoßen: andere/weitere Faktoren, die ggf. andere Maßnahmen erfordern (Aerosolübertragung: Anpassung der PSA, ggf. FFP2-Empfehlung; längere Ausscheidung: Anpassung der Entlasskriterien; veränderte Infektionsdosis: Heruntersetzen der kritischen Kontaktzeit von derzeit 15 min. bei KP-Management und Anpassung der Isolation von Patienten; weitere Vorschläge von Fachgesellschaften möglich - STAKOB, DGI etc.)</li> <li>○ Cave bei strikteren Maßnahmen wie in anderen Ländern (komplette Lockdowns, härtere Kontaktverbote, Desinfektion von Umgebungen, Institutionelle Quarantäne</li> </ul> </li> </ul>	<p>VPräs (Schaade)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>
--	---	--



	<p>oder Isolation o.ä.) ggf. stark negative Auswirkungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Epidemiologisch-virologische Vorbereitung (Abt. 1 &amp; 3) für Ausbruchs-/Eintragsuntersuchung der neuen Variante: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abt. 1: Systematische Molekulare Surveillance, Hinweise zur Testung werden derzeit aktualisiert, Konsortien sind alarmiert, Labore sensibilisiert</li> <li>▪ Abt. 3: Vorbereitung epidemiologischer Untersuchung seitens Leitung notwendig (Cluster- bzw. systematische Untersuchung)</li> </ul> </li> <li>○ Auch die Untersuchung von Proben aus jeglichen „besonderen Ereignissen“ (wie bspw. in Sachsen) hilfreich, keine flächendeckende Analytik nötig, sondern sinnvolle Stichproben bei Hinweisen auf ein beschleunigtes oder intensivierte Infektionsgeschehen</li> <li>○ § 13 IfSG: VO seitens BMG in Vorbereitung zwecks Bereitstellung von Sequenzierdaten für das RKI bzw. deren Veröffentlichung</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><i>To Do: Herr Mielke kontaktiert Frau Michel zwecks Textbaustein, Aktualisierung soll noch heute finalisiert werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbruchsuntersuchungen in Alten- und Pflegeheimen sollten zukünftig die Impfeffektivität mitbetrachten</li> <li>○ Anfrage seitens DIVI und RWTH Aachen zu Modellierung von Szenarien der neuen Virusvariante für Deutschland soll an die UK verwiesen werden, da nach Rücksprache mit P4 bislang <i>in house</i> noch keine Aktivitäten dazu</li> </ul>	<p>FG14 (Brunke)</p> <p>VPräs (Schaade)</p> <p>FG37 (Abu Sin) IBBS (Herzog)</p>
7	<p><b>Dokumente/weitere Studien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Update Falldefinition: wird heute noch online gestellt</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p>



	<p>nötig, SOP wird nachfolgend finalisiert</p> <p>! Übersterblichkeit: derzeit in Sachsen 48 %, in Bayern Bevölkerungsschrumpfung, z.T. bereits Medienbeiträge dazu</p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! NRZ Influenzaviren (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 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</li> <li>o Diese Woche: bereits 30 Einsendungen, Nachweisrate SARS-Cov-2 bei 17 % (5 Proben)</li> <li>o Rhinoviren leicht ansteigend, aber weiterhin unter üblichem Niveau</li> <li>o Heute: 50 Proben aus Dresden, nach Weihnachten weitere aus Dresden und Chemnitz erwartet</li> <li>o Differenzierung von neuer Virusvariante derzeit nicht möglich, da keine spezifische PCR gegen das relevante Gen bzw. die die relevante Deletion abgreift! muss entwickelt werden</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte um Austausch von FG17 und ZBS1 zwecks Vorbereitung einer solchen PCR (Herr Mielke setzt sich mit Frau Michel in Verbindung)</i></p> <p>! IMS - ID2461Erlassbericht (Dokument <a href="#">hier</a>): Vorarbeit von Herrn Kröger in Zusammenarbeit mit Herrn Haas, Herrn Semmler, Herrn Fuchs und Herrn Mielke, Abstimmung ist erfolgt, soll heute Mittag rausgeschickt werden</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.1 (Mielke) FG38 (Rexroth)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Infektionsschutz bei Geimpften (s. email LS v. 23.12, 08:54)</p> <p>! Reaktion auf gestrigen Bericht an das BMG zum Infektionsschutz bei Geimpften: Herr Rottmann hatte mehrere Punkte angesprochen, die noch Klärung bedürfen,</p> <p>! Herr Wichmann eruiert nun mit Referat 614 (Frau Ziegelmann) welche Herausforderungen das BMG genau sieht, damit die Informationen mit Impfbeginn publiziert werden können</p>	<p>VPräs (Schaade)</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	

13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Schnelle Maßnahmen als Reaktion auf das Auftreten der neuen Virusvariante in der UK hat viele Probleme nach sich gezogen (Gestrandete im Transitbereit, Einsatz zu AG-Tests etc.)	FG38 (Rexroth)
14	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Ansprechpartner Statistiker/Modellierer vom 22.12.-3.1. (siehe Mail Mo 21.12.2020 15:18)! P4 steht für Modellierungsfragen zur Verfügung (siehe Punkt 6b) ! Nächster Krisenstab in den Feiertagswochen regulär montags und mittwochs, freitags im Notfall	FG38 (Rexroth)
15	<b>Wichtige Termine</b> ! Keine Beiträge	
16	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag 28.12.2020, 13:00, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	28.12.2020, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! AL1
  - Martin Mielke
- ! AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Marc Thanheiser
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Udo Buchholz
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG3
  - Maria an der Heiden
  - Ariane Halm (Protokoll)
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
- ! ZBS1
  - Livia Schrick

- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZGA
  - Heidrun Thaiss



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ <span style="float: right;">7-Tage-</span>Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ 4 LK &gt;500/100.000, große Anzahl von LK (&gt;300) &gt;100/100.000, vereinzelt (3-4) LK mit &lt;25/100.000</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ BZgA weist auf Berufspendler in östlichen Grenzgebieten hin, die Altersverteilung ggf. erklären könnten, nähere Information zu Demografie der Altersgruppe 50-60 könnten sind noch nicht verfügbar/ ausgewertet</li> <li>▪ Im Wochenvergleich: Rückgang gemeldeter Fallzahlen auch aufgrund von vermindertem Meldeaufkommen</li> </ul> </li> <li>○ Meldedaten zwischen den Feiertagen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Während der Feiertage gibt es generell eine verminderte Meldeaktivität die nicht der realen Lage entsprechen, dafür sind es relativ hohe Werte</li> <li>▪ Manche Kreise übermitteln aktuell nicht/kaum, z.B. hat Dahme-Spree-Kreis am 23.12. zum letzten Mal Fälle übermittelt</li> <li>▪ Skepsis ist geboten, evtl. kein reeller Fallzahlrückgang, Meldedaten erst im Januar interpretierbar</li> <li>▪ Der Hinweis auf vorsichtige Dateninterpretation im Dashboard soll weiterhin über den Jahreswechsel aufrechterhalten werden</li> <li>▪ In vielen Ämtern aktuell nur/maximal Notbesetzung</li> <li>▪ Außerdem verändertes Testverhalten (mehr als Kapazität), dieser Begriff sollte auch für Disclaimer genutzt werden</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>AL3</p> <p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ab dem 04.01.2021 müssen Rückstände aufgearbeitet und aufgeholt werden ! muss beobachtet und dementsprechend angepasst werden</li> <li>○ Welches sind die aktuell aussagekräftigen Parameter? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realistisches Bild aktueller Lage schwer zu erhalten</li> <li>▪ Verlässlichere Daten eher aus ICOSARI, Todesfallzahlen</li> <li>▪ Schlechte Beurteilbarkeit von Testverhalten, Fallzahlen, Positivraten; Testverhalten und -kapazitäten sind nicht auf normalem Level</li> <li>▪ Für alle Erhebungselemente steht aktuell weniger Personal zur Verfügung</li> <li>▪ Bei AG Influenza gibt es um den Jahreswechsel immer einen Knick nach unten da weniger Arztbesuche und Probennahme</li> <li>▪ Schwere Fälle landen dennoch im KKH, sehr schwere auf der ITS</li> <li>▪ Von DIVI sind gute ITS-Zahlen verfügbar, diese steigen in manchen BL steil an (s.u. klinisches Management)</li> </ul> </li> <li>○ Kanzlerin trifft sich im Januar mit MinPräs, RKI wird um Einschätzung gebeten werden, Text hierfür muss vorbereitet werden bis Montagabend/Dienstagmorgen</li> </ul> <p><i>ToDo: AL3 informiert LZ und Dashboard verantwortliche über Erhaltung des Hinweises auf vorsichtige Interpretation der Meldedaten zwischen den Feiertagen</i></p> <p><i>ToDo: Textvorbereitung zur Einschätzung der aktuellen Lage, inklusive möglicher/nicht möglicher Interpretation der verfügbaren Daten (AL3?) [Aufgaben ID 2480]</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p><b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG drängt zu Evaluation der CWA, heute Treffen in kleinem Kreise um die komplexen Anforderungen hierbei zu besprechen</li> <li>! Ursprünglich war geplant, alle CWA-Nutzenden mit roter Risikoexposition-Warnung zu bitten an einer online Befragung teilzunehmen, diese sollte auf RKI Voxco System laufen, jedoch ist die Anzahl dieser sehr hoch und das System nicht hierfür ausgerichtet, außerdem besteht die Möglichkeit einer Reidentifikation der an der Befragung TN</li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>DEA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aufgrund von Ausfällen, wegen der Personen sich nicht</li> </ul>	FG21



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>registrieren konnten, wurde kurz vor Weihnachten eine DEA Eskalationshotline eingerichtet</p> <p>! Die Systeme der Bundesdruckerei waren nicht klar und insbesondere gab es große Problem beim plötzlichen Einreisestopp aus UK</p> <p>! Nach wie vor gibt es keinen Vertrag, die administrativen Abläufe sind nicht einfach und der gewünschte Leistungskatalog unklar</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Reger Verkehr in der Telefonberatung über die Feiertage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Logistische Fragen zum Impfstoff, wie komme ich da ran</li> <li>○ Fragen zu Indikationen und Kontraindikationen der Impfung auch für Personen in Pflegeeinrichtungen, hier besteht Kommunikationsbedarf</li> </ul> <p>! Außerdem anlassbezogene Aktualisierung der Seite Übergewicht und Essstörungen</p> <p>! Impfkampagne startet heute, Plakate und Informationen sind jetzt über diverse Kanäle verfügbar</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Einige Anfragen zum Impfquotenmonitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Journalisten/Datenjournalisten wollen maschinenlesbare Excel Tabellen</li> <li>○ Anfrage von einer Klinik, die wissen wollte, wie sie ihre Imp fzahlen eingeben können, dies wurde mithilfe von Annette Siedler geklärt (müssen sich an BL wenden um Zugang zum Portal zu erhalten)</li> <li>○ Heute sollen erste Daten (absolute Imp fzahlen) auf der RKI-Seite veröffentlicht werden, eine Twittermeldung folgt</li> </ul> <p>! Anfragen zur neuen SARS-CoV-2-Variante halten sich in Grenzen, 1-2 Anfragen wie häufig sequenziert wird, hierzu gibt es eine Sprachregelung und Verweis an andere Labore, die sequenzieren</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Mögliche neue BMG Rechtsverordnung</b></p> <p>! BMG überlegt Rechts-VO zu erlassen, nach der alle SARS-CoV-2-Sequenzen in Deutschland dem RKI zugeleitet werden</p> <p>! Hierzu wird von Abt 1 und 3 ein Bericht vorbereitet, Motto:</p>	<p>VPräs/alle</p>



	<p>integrierte molekulare Surveillance (IMS) am RKI sollte weitergetrieben werden, eine automatisierte Übermittlung von Sequenzen an RKI ist wünschenswert, bei PCR-positiven Proben besteht routinemäßige Übermittlung, Sentinel-Surveillance und Untersuchung im Rahmen von Ausbrüchen sind darin erwähnt</p> <p>! Wieviel % der positiven Proben sollten sequenziert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In UK bis zu 10%, in anderen Ländern 5%, in GB besteht das intensivste Sequenzierprogramm</li> <li>○ 10% von 30.000 Fällen/Tag wären schwierig, wir können nicht mit GB-Ressourcen mithalten</li> <li>○ Was ist das Ziel? Um seltene Varianten zu finden ist eine hohe Samplingdichte notwendig, wenn nur ein grober Überblick gewünscht ist, weniger</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Meldeinhalte Sequenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei molekularer Surveillance von Antibiotikaresistenzen wurde sichtbar, dass gute Begleitinformationen entscheidend sind, dies wäre auch hier wichtig</li> <li>○ Im Bericht fürs BMG werden Minimalinformationen erwähnt, aber noch nicht abschließend definiert</li> <li>○ Sebastian Haller zirkuliert interessante/notwendige Metadaten aus ARS</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Es werden noch viele Details geklärt werden müssen, wenn die VO kommt</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Überarbeitete Entlasskriterien</b></p> <p>! Überarbeitete Entlasskriterien sind noch nicht veröffentlicht</p> <p>! Grafik von IBBS ist fertig, heute wurde kommentierter Text von AL1 an IBBS geschickt</p> <p>! IBBS hat außer kleiner Schreibfehler keine Anmerkungen zum Begleittext mehr, Dokument geht nach Krisenstab zurück an AL1, und kann dann an webmaster zur Veröffentlichung gehen</p>	<p>AL1/IBBS</p>



8	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Es wurden 54 Proben aus Dresden und Gießen analysiert, davon waren in der PCR 7 Proben S-negativ und E-positiv, diese Proben werden aktuell sequenziert</p> <p>! 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</p> <p>! 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</p> <p>! Integrierte molekulare Surveillance (IMS)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hierzu wurde heute eine Aufgabe verteilt, FF MF4 in Absprache mit MF1, FG17, FG36, Abstimmung/Schnittstellen- und Ablaufdefinition</li> <li>○ Bis dies durch die Gruppe definiert und formuliert wird kann ein Link zum KL auf RKI-Webseite eingestellt werden</li> </ul> <p>! Sequenzierung/besondere SARS-CoV-2-Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufgrund der GB und Südafrikavariante wurden in Rücksprache mit MF1, MF4, und P3 Proben analysiert: 40 aus IMS 60 aus AGI Sentinel</li> <li>○ Dies ist keine Primärdiagnostik, sondern Sequenzieranfragen</li> <li>○ Von denen, die sequenziert wurden, gab es 1 IMS-Probe aus NW deren Sequenz der der britischen Linie 117 entspricht, Probe wurde am 07.12.2020 genommen und kommt aus einer Region unweit der holländischen Grenze</li> <li>○ Die anderen Proben gehören einer anderen Variante an</li> <li>○ Proben aus Sachsen wurden noch nicht final sequenziert, dies erfolgt in den kommenden Tagen</li> <li>○ Hierbei handelt es sich um Zufallssampling, weswegen nicht über eine Ausbreitung geschlussfolgert werden kann</li> <li>○ FG17 würde die Sequenz gerne in GISAID hochladen, wann kann dies erfolgen?</li> <li>○ 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</li> <li>○ Am besten Labor telefonisch vorwarnen mit Hinweis der notwendigen Meldung an GA, AL3 kümmert sich um informieren der Landesbehörde</li> <li>○ Anpassung Text auf RKI Webseite notwendig, hier wird aktuell nur Fall aus BW genannt, nicht Fall aus</li> </ul>	<p>ZBS1</p> <p>FG17</p> <p>Alle</p>

	<p>Hannover, wenn dies hochgeladen wird muss Text angepasst werden, Susanne Glasmacher bereitet Textvorschlag vor</p> <p>! Influenzanachweise so niedrig/ausbleibend, warum? Durchimpfungsrate oder MNB?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der Influenza-Impfdosen ist generell begrenzt</li> <li>○ Selbst wenn Impfabdeckung jetzt höher ist als letztes Jahr ist sie weit von einer möglichen Herdenimmunität entfernt! unwahrscheinlich, dass dies maßgebliche Auswirkungen hat</li> <li>○ Grippewelle beginnt auch oft erst im Januar, noch ist nicht davon auszugehen, dass die Epidemie diese Saison ausfällt</li> </ul>	
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Vorstellung ITS-Kapazitäten Prognosemodell SPoCK-</b></p> <p>! Zwei neue Dokumente online</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Therapieempfehlungen STAKOB: Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie und</li> <li>○ Bewertung der medikamentösen Therapie bei COVID-19 durch die Fachgruppe COVRIIN</li> </ul> <p>! Empfehlungen zu strategischer Patientenverlegung in Arbeit(?)</p> <p><b>Intensivregister</b></p> <p>! Blick auf DIVI-Intensivregister mit Anteil PatientInnen, Gesamtzahl Intensivbetten, Gesamtzahl freier Intensivbetten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Gesamtzahl freier Betten sind <math>\geq 15\%</math> wünschenswert (Pufferfunktion): BE und HE liegen darunter, BY, BW, NW sind knapp auf dem Weg dorthin</li> <li>○ Öffentlich verfügbare Informationen <a href="#">hier</a>, darüber hinaus sind auch mehr Details verfügbar</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><b>Prognosemodelle SPoCK (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! Viele beteiligte Akteure, u.a. DLR, Uniklinikum Freiburg, usw.</p> <p>! Projekt beinhaltet zwei Aktivitäten, 1. Prognosemodellierung (hier vorgestellt) und 2. interaktive Web-Plattform (hier nicht vorgestellt)</p> <p>! Prognosemodellierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infektionsverlauf bestimmt ITS-Fallzahlen</li> <li>○ 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</li> <li>○ (1. Illustrationskurve in grün ist beispielhaft und</li> </ul>	<p>IBBS</p> <p>MF4</p> <p>MF4</p>



	<p>repräsentiert nicht reelle Daten!)</p> <p>! Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Letztere werden seit 1-2 Wochen im Register erfasst, die entsprechenden Isolationsbereiche können bei Bedarf ggf. erweitert werden</li> <li>○ 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</li> <li>○ Prognosen sind auch noch detaillierter auf Stadtkreisebene verfügbar, beispielhaft sind einige Städte dargestellt</li> <li>○ 62% der Kliniken geben an, an Grenze zu gelangen, vor allem aufgrund von Personalmangel</li> </ul> <p>! Intensivregisterdatengruppe ist im Austausch mit diversen Gruppen, diverse Modellierer arbeiten an solcherart Modellen, Partner IMBI Freiburg ist in Modellierungshub stark vertreten, in dem auch RKI seit März dabei ist, Matthias an der Heiden und Alexander Ullrich sind in Kontakt mit Hub/Kollegen</p> <p>! Das Modell existiert seit Mitte November und ist noch nicht beschrieben und veröffentlicht, die Freiburger Kollegen arbeiten an einer Publikation</p> <p>! Die zugrundeliegende Berechnung ist einsehbar jedoch zum Teil sehr statistisch beschrieben</p> <p>! Zur Qualitätssicherung werden rückwirkende Prognosen durchgeführt welche eine gute Performance suggerieren, es erfolgt eine permanente Überwachung und Überprüfung</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p>	

	! Nicht besprochen	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.12.2020, 11:00 Uhr, via WebEx	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	30.12.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Sebastian Haller
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
- ! IBBS
  - Claudia Schulz-Weidhaas
- ! ZBS1
  - Eva Krause
- ! ZIG1
  - Regina Singer
  - Iris Andernach
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>! Internationale Lage (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Fälle, Ausbreitung:</b> Stand 29.12.2020 &gt; 80 Mio. Fälle und &gt; 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);</li> <li>○ <b>WHO Epidemiological update</b>, Stand 29.12.2020 (Vergleich Vorwoche): insgesamt Rückgang neuer COVID-19-Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 8 %, aber aufgrund der Feiertage laut WHO Meldeverzögerungen; <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Region Amerika:</b> erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle (&gt; 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;</li> <li>▪ <b>Region Europa:</b> meiste neue Todesfälle (36.286; 46 %)  &gt; 1,5 Mio. neue Fälle = weiterhin hoch;  Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 15 %;  meiste neue (Todes)Fälle: GB, Nordirland, Russland, Deutschland;</li> <li>▪ <b>Region Afrika:</b> 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;</li> <li>▪ <b>Region Westpazifik:</b> steigende Trends;  Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 13 % bzw. 4 %;  meiste neue (Todes)Fälle: Japan, Malaysia, Philippinen, Südkorea;</li> <li>▪ <b>Regionen Südostasien und Östliches Mittelmeer:</b></li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 (Singer)



	<p>Rückgang der Fälle und Todesfälle;</p> <p>SOA: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 6 % bzw. 1 %; meiste neue (Todes)Fälle: Indien, Indonesien, Bangladesch;</p> <p>ÖMM: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 9 % bzw. 10 %; meiste neue (Todes)Fälle: Iran, Marokko, Pakistan, Tunesien;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Update Neue SARS-CoV-2-Varianten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>VOC 202012/01</b> (UK): mind. 3.000 Fälle in UK; weitere Fälle in Europa und weltweit;</li> <li>▪ Neuer technischer Report PHE: vorläufige Ergebnisse der Kohortenstudie ! kein statistisch signifikanter Unterschied in Hospitalisierung, 28-Tage-Todesrate oder Wahrscheinlichkeit einer Reinfektion;</li> <li>▪ <b>501.V2</b> (Südafrika): stark verbreitet, &gt;90 % der Sequenzen seit 16.11.; erste Entdeckungen außerhalb SA, u.a. in GB und Finnland;</li> <li>▪ Vorläufige Analysen ! neue Varianten erhöhte Übertragbarkeit, jedoch bislang keine erhöhte Infektionsschwere oder –mortalität festgestellt; Einfluss auf entwickelte Impfstoffe weiterhin unklar</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr hohe CFR (Folie 1) von Deutschland ggü. bspw. GB (2,74 <i>versus</i> 1,28 %): vermutlich Rechenfehler, wird überarbeitet, im Situation Report der WHO für D 29.778 Todesfälle und 1.640.858 Fälle ! CFR ca. 1,8 % <a href="https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---29-december-2020">https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---29-december-2020</a></li> <li>▪ Aktualisierter Bericht von PHE: <a href="https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948152/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf">https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948152/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf</a></li> <li>▪ Link zu internationalen Daten ! Todesfälle <i>versus</i> Bevölkerungszahl als „transparentestes“ Maß der Surveillance- und anderen Mechanismen: hier Zahlen für USA, UK und Italien ca. 4x so hoch wie für Deutschland</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do1: Bitte an Frau Singer, den Neuen technischen Report PHE zu zirkulieren.</i></p> <p><i>To Do2: Bitte um Korrektur der CFR Folie 1.</i></p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	-----------------------------



	<p><b>National</b></p> <p><b>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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;</li> <li>○ 4-Tage-R=0.54, 7-Tage-R=0.68: Reproduktionszahlen deutlich unter 1, müssen mit Vorsicht interpretiert werden;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sachsen weiterhin höchste Inzidenz aber deutliche Abnahme, ebenso für Thüringen;</li> <li>▪ Bayern und BB etwas über Bundesdurchschnitt;</li> <li>▪ Unter den Ländern mit niedrigster Inzidenz verzeichnen Bremen und Meckl.-Vorpomm. wieder leichte Anstiege, vermutlich nachmeldungsbedingt;</li> <li>▪ Insgesamt keine reale Einschätzung des Rückgangs möglich;</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 690, trotz geringerer Meldeaktivität weiterhin <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 21 LK &gt; 25-50,</li> <li>▪ 100 LK &gt; 50-100,</li> <li>▪ 253 LK &gt; 100-250,</li> <li>▪ 34 LK &gt; 250-500 und</li> <li>▪ 3 LK &gt; 500-1000;</li> </ul> </li> <li>○ 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 &gt; 350 Fälle/100.000 Einw. ! in dieser AG relativ geringster Rückgang im Vergleich zu anderen AG;</li> </ul>	
		FG36 (Haas)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Fälle aus Ausbrüchen mit <math>\geq 2</math>Fällen): Umfelder Alten- und Pflegeheim und private HH dominieren;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Meldedaten Feiertage (Exceltable, nicht Bestandteil der Folien): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zwischen 24.12. und 30.12. Anteil übermittelnder Gesundheitsämter deutlich von Durchschnitt der Vorwochen(n) gesunken (Abfall von ca. 95 auf ca. 85 %)</li> <li>▪ Gesundheitsamt Korbach letzte Meldung vom 20.12., Luckenwalde 21.12. (Stand 24.12.), Verspätung außerhalb des gesetzlichen Rahmens von zwei Tagen (Meldung bis jeweils nächsten Arbeitstag zzgl. 1 Tag zur Übermittlung via Landesstellen);</li> <li>▪ Auswirkungen siehe Dashboard am Bsp. LK Teltow-Fläming: einige Tage wenig, in letzten 2 Tagen vergleichsweise hohe Aktivität („Nivellierung des Gaps“) ! Rückgang der Fallzahlen somit höchstwahrscheinlich real nicht so ausgeprägt, somit jedoch erschwerte Fallzahlinterpretation und Einschätzung der Beeinflussung der realen Inzidenz, auch in Vorbereitung auf Sprachregelung zum 04.01.2021</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb bis zur KW 52: ARE-Rate deutlich unter der der Vorjahre, derzeit zusätzlicher Abfall, vermutlich bedingt durch Kontaktbeschränkung vor Weihnachten;</li> <li>○ ARE-Konsultationen bis zur 52. KW: feiertagsbedingter Einbruch der Konsultationsinzidenz wie in den Vorjahren;</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 51. KW: Anzahl SARI-Fälle in AG der &lt; 15-Jährige (v.a. der &lt; 4-Jährigen deutlich) unter der der Vorjahre; in AG 15-59-Jährigen vergleichbar mit denen der Vorjahre und derzeit relativ stabil; in AG der &gt; 60-Jährigen jedoch aktuell weiterhin deutlicher Anstieg;</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	-----------------------------



	<p>schwer interpretierbar;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW: „Lock-down light“ KW 45, seit KW 46 relativ stabil bei ca. 60 %, in KW 50 Sprung auf 68 %, in KW 51 (Lockdown) stabil bei 66 %;</li> <li>○ 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);</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorsicht bei einer Interpretation bezgl. Maßnahmen;</li> <li>▪ Bitte an alle um Bewertung und Einschätzung ihrer Daten hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sprachfähigkeit ab dem 04.01.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen</b></p> <p><b>Testzahlerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote: KW 51 ca. 1.5 Mio. Tests, KW 52 ca. 1 Mio. Tests: starker Rückgang;</li> <li>○ Positivenanteil knapp 13 %, somit um 1.5 % höher als Vorwoche;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Probenrückstau geringer als in Vorwoche, jedoch insgesamt</li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p> <p>FG34 (Bremer)</p> <p>FG37 (Haller)</p>
--	---	--

weiterhin recht niedrig;

- Formulierung im Lagebericht wurde angepasst mit der Bitte um Konsentierung; gute Formulierung in den Disclaimern, die verwendet werden soll: „In KW52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests erfasst. Es ist zu vermuten, dass dies mit Schließungen vieler Arztpraxen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist auch anzunehmen, dass weniger erkrankte Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben als in den Vorwochen. Dies könnte sich entsprechend auf die Meldedaten auswirken.“
- Diskussion:
- Verzerrungsfaktoren und Interpretationserschwerenis aufgrund der Feiertage u.a. durch:
  - Zusätzliche Tests in Vorbereitung auf Weihnachtstage,
  - Viele Tests in Pflegeeinrichtungen,
  - Praxis-/Laborschließung,
  - Übermittlungsaussetzer,
  - Interpretation laufender Daten durch erneute Feiertage zusätzlich eingeschränkt;
- Dies sollte ebenfalls frühzeitig eingeordnet und kommuniziert werden;
- Anfang kommender Woche erschwerte Einschätzung zu Effekt des Lockdowns und der Feiertage, vermutlich eher zu Wochenmitte bzw. Folgeweche mit reelleren Zahlen;
- Ungeachtet dieser Erschwernis muss zum 04.01. eine Einschätzung der Meldedaten gegeben werden können, die durch Daten aus Hotspots, zu Todesfällen und ITS-Belegung untermauert werden können und eine Sprachregelung vorhanden sein für den Beschluss zum 05.01. für die weitere Vorgehensweise ab dem 10.01.

#### **Testungen und Positivenanteile** (Folien [hier](#))

- Testzahlrückgang: KW 51 ca. 600.000 Tests, derzeit ca. 460.000 Tests (Abnahme um ca. 1/3);
- Folie 1: leichte Zunahme des Anteils positiver Testungen im Vergleich zur Vorwoche;
- Folie 2: Stratifiziert nach Bundesland: weitere Anstiege in BB, Sachsen, Sachsen-Anhalt und vor allem in Thüringen



	<p>(hier insgesamt jedoch weniger Tests, starker Anstieg muss kommende Woche überprüft werden, da Meldedaten aus Thüringen derzeit nicht einen so hohen Positivenanteil aus Thüringen widerspiegeln);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Folie 5: Testverzug: kein deutlicher Zuwachs der Anzahl der Verzugstage, deutlicher Rückgang der Testungen hier somit ebenfalls sichtbar;</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte um Ergänzung der Grafik Folie 5 um eine Linie zum durchschnittlichen Meldeverzug in Tagen</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Keine Beiträge</p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> ! Vorbereitung von Informationsmaterial zu Impfungen bzw. Risikokommunikation zusammen mit dem Steuerungskreis ! Rückmeldungen aus der Bevölkerung bei Telefonberatung – Kernthemen: 1) Technische Fragen zur Impfung (bspw. bei antikoagulativ behandelten Personen) 2) Fragen zur Impfmöglichkeit/-notwendigkeit von positiv getesteten oder symptomatischen Personen ! hierzu siehe StIKo-Empfehlungen sowie FAQs unter <a href="https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html;jsessionid=515754248AABBD3567D1A5C3BFB9FE5B.internet051">https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html;jsessionid=515754248AABBD3567D1A5C3BFB9FE5B.internet051</a></p>	<p>BZgA (Thaiss)</p>

	<p>! allgemeinverständliche Aufbereitung dieser Empfehlungen ist empfehlenswert;</p> <p>3) Fragen zu Maßnahmen bei Rückkehr aus Heimatländern:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte kommunikativ aufgegriffen werden;</li> <li>○ Bitte auch um Informationsverbreitung über Auswärtiges Amt bzw. die Botschaften;</li> <li>○ Es soll allgemeinen Hinweis auf die generell geltenden Vorschriften sowie ein Verweis auf die lokalen Behörden geben (hierzu: Bundesregierungs-Seite mit Verweisen auf die Länderseiten, Link leitet Frau an der Heiden an Frau Thaiss weiter);</li> <li>○ Generell: Quarantäne 10 Tage, bei negativem Test 5 Tage;</li> <li>○ Hinweis auf den Entwurf einer neuen Verordnung zu Informationsweitergabe per SMS an Einreisende aus Risikogebieten (noch nicht aktiv);</li> <li>○ Merkblätter von Beförderern (Bahn, Flugzeug);</li> <li>○ Größte Hürde sind mit dem Auto Einreisende, BMI rechnet mit einer Anzahl im niedrigen sechsstelligen Bereich, Grenzkontrollstellen Österreich eine Möglichkeit der Informationsverteilung;</li> <li>○ Kommunikative Berücksichtigung auch anderer Gruppen, die mit Rückkehrern assoziiert (bspw. Arbeitgeber).</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Kein Beitrag aufgrund der zeitgleichen Bundespressekonferenz unter Mitwirkung des RKI und des PEI</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente/weitere Studien</b></p> <p>Empfehlung zu geimpften <i>versus</i> genesenen KP1 (v.a. med. Personal)</p> <p>! Gesonderte Empfehlung zu dem Umgang mit geimpften KP1 bei medizinischem Personal ggf. sinnvoll aufgrund dessen Kontakt zu vulnerablen Gruppen – davon ausgehend, dass die Impfung nicht vor Erregerübertragung schützt;</p> <p>! Papier zum KP-Management war hinsichtlich med. Personals bewusst nicht spezifiziert worden, jegliche Anpassungen des KP-Management-Papiers gelten somit auch für med. Personal;</p> <p>! Im Dokument „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ (Federführung FG37) findet sich ein Passus zum Umgang mit molekularbiol. diagnostiziertem med. Personal nach durchgemachter Infektion (Teilimmunität vorhanden, keine Quarantäne nötig, Selbstmonitoring, bei Auftreten erster Symptome Selbstisolation &amp; Test);</p> <p>! Überarbeitung dieses und des KP-Management-Dokuments hinsichtlich Impfung nötig, zumal dazu bereits Nachfragen, sollte BMG zu Jahresbeginn vorgelegt werden mit Hinweis auf Veröffentlichungsabsicht am Folgetag;</p>	<p>FG37 (Haller)</p> <p>VPraes (Schaade)</p> <p>FG14 (Arvand)</p> <p>FG36 (Haas)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! 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;</li> <li>! 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);</li> <li>! 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, wemgleich anderer Hintergrund &gt; die Übertragung, nicht Infektion);</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>To Do1: Bitte um Rücksprache mit Kolleg*innen im europäischen Ausland bezüglich Regelung Umgang mit geimpften KP1 bei med. Personal.</i></p> <p><i>To Do2: Bitte um Konsultation der Daten aus Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller als bald verfügbar, hierbei Bitte an Herrn Haller um Rücksprache mit Herrn Wichmann.</i></p> <p><i>To Do3: Anschließend Bitte um Erstellung eines Änderungsentwurfs beider Dokumente („KP-Management“ und „Ergänzende Grundsätze der med. Versorgung“ – hierbei Bitte um Rücksprache mit FG14 im Vorfeld).</i></p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>NRZ Influenzaviren</b> (Folien <a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit deutlicher Rückgang der Einsendungen: KW 52 – 71 Proben, KW 53 – 19 Proben;</li> <li>! Weiterhin relativ hohe SARS-CoV-2-Nachweisraten von ca. 15 % in KW 52, bislang diese Woche ca. 5 %;</li> <li>! Kinetik: Lockdown scheint leichten Effekt auf Rhinoviren zu haben, Nachweisrate derzeit etwas rückläufig, jedoch nicht in dem Umfang des frühjährlichen Lockdowns;</li> <li>! 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;</li> <li>! Sequenzierung: diese Woche 30 Proben, befinden sich noch in Aufbereitung; Vorwoche: 1 Probe aus Viersen mit UK-Variante</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>







	19-Normalpatienten (nicht-ITS), da Kapazitäten derzeit nahezu ausgeschöpft – Sitzung Steuerungsgremien dazu (Strategie Patientenverlegung).	Weidhaas)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Anfrage zum Umgang mit KP1 nach möglicher <u>Reinfektion</u> mit neuer UK-Variante</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit allgemeingültige Umgangshinweise zu KP1</li> <li>! Grundsätzlich keine Empfehlungsänderung zunächst unter der Annahme, dass sich diese neue Variante nicht anders verhält, bspw. hinsichtlich Infektionsbegünstigung;</li> <li>! Überprüfung nötig, bspw. als intensivierete Umgebungsuntersuchung, um Datengrundlage für umfassende Studie zu stellen;</li> <li>! Proben sollen als Diagnostikproben an ZBS1 geschickt werden.</li> </ul>	FG36 (Haas) ZBS1 (Krause)
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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;</li> <li>! DEA (Digitale Einreiseanmeldung): 332 von 376 Gesundheitsämtern derzeit angeschlossen (88 %), ca. 13.000 Anmeldungen pro Tag, Tageshöchstwert bislang knapp 24.000;</li> <li>! Clearingstellen: derzeit ca. 600 Einträge pro Tag, die nicht <i>ad hoc</i> den Gesundheitsämtern zugeordnet werden können, Abarbeitung prospektiv über Unterauftragsvergabe seitens Bundesdruckerei möglich.</li> </ul>	FG38 (an der Heiden)
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit relativ gut tragbare Arbeitslast</li> </ul>	FG38 (an der Heiden)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag 04.01.2021, 13:00, via Webex</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	04.01.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| ! Institutsleitung              | o Sarah Friethoff              |
| o Lars Schaade                  | ! FG 34                        |
| o Lothar Wieler                 | o Viviane Bremer               |
| ! Abt. 1 Leitung                | o Mathias an der Heiden        |
| o Annette Mankertz              | ! FG36                         |
| ! Abt. 3 Leitung                | o Walter Haas                  |
| o Osamah Hamouda                | o Silke Buda                   |
| o Tanja Jung-Sendzik            | o Udo Buchholz                 |
| ! ZIG Leitung                   | ! FG37                         |
| o Johanna Hanefeld              | o Muna Abu Sin                 |
| ! FG14                          | ! IBBS                         |
| o Melanie Brunke                | o Christian Herzog             |
| o Thorsten Wolff                | ! Presse                       |
| o Mardjan Arvand                | o Ronja Wenchel                |
| ! FG17                          | o Marieke Degen                |
| o Thorsten Wolff                | ! P1                           |
| ! FG21                          | o Esther-Maria Antao           |
| o Wolfgang Scheida              | o Mirjam Jenny                 |
| ! FG24                          | ! ZIG1                         |
| o Thomas Ziese                  | o Eugenia Romo Ventura         |
| o Alexandra Hofmann (Protokoll) | ! ZBS1                         |
| ! FG 32/38                      | o Janine Michel                |
| o Maria an der Heiden           | ! BZGA: Heidrun Thaiss         |
| o Ute Rexroth                   | ! Bundeswehr: Katalyn Rossmann |
| o Michaela Diercke              | ! BMG: Christophe Bayer        |





	<p>! Hr. Wieler 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. S. Buda stellt in Absprache mit Mathias an der Heiden weitere Daten bis heute 16:00 Uhr zusammen.</p> <p>! Vorstellung Lageeinschätzung (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Vorstellung der Exzessmortalität (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p><i>TODO: Überarbeitung der ID 2480: FF A13 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr</i></p> <p><i>TODO: S. Buda erstellt in Absprache mit Mathias an der Heiden Grafiken für Vortrag von Hr. Wieler am 4.1.2021 Deadline 16:00 Uhr</i></p> <p><i>TODO: Analyse der GISAID Daten, ob Variante aus Südafrika schon in Deutschland vorhanden ist.</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Zur Erinnerung: die Internationale Lage wird Freitags vorgestellt</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Schmich
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nichts zu berichten</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA:</b></p> <p>! Vor den Feiertagen wurden Informationen für Reiserückkehrer erneut aktualisiert, Dokumente zum</p>	BZgA (H. Thais)



	<p>Verhalten im Lockdown veröffentlicht und prominent platziert. In der Telefonberatung gab es viele Fragen zu Impfungen und Beratung zu persönlichen Belastungen.</p> <p><b>Stufenplan (RKI):</b></p> <p>! Vorstellung eines Stufenplans (Folien <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>): inhaltliche Erarbeitung durch AL3, Kommentierung durch FG36 und grafische Aufbereitung durch P1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Regionale Begebenheiten sollten mitaufgenommen werden (z.B. Ausbrüche).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Vorschlag: eine Präambel einfügen und Szenarien für die Anwendung des Stufenplans beschreiben</li> <li>○ 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</li> <li>○ Stufenplan soll in Abstimmung mit dem BMG veröffentlicht werden, allerdings sollte die Einteilung in Stufen auf Basis der Evidenz (durch Studien usw.) erfolgen.</li> </ul> <p><i>TODO: Kommentierung des Stufenplans durch den Krisenstab und Überarbeitung des Stufenplans, vor der Abstimmung mit dem BMG. Deadline Ende Januar</i></p> <p><b>RKI Pressestelle:</b></p>	<p>AL3 (T. Jung-Sendzik)</p>
--	---	------------------------------







## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! in KW 52 606, davon 315 (48,09 %) pos.</li> <li>! Aktuell werden viele Proben von bekannt positiven Fällen oder nach pos. Antigen-Schnelltest untersucht.</li> <li>! ZBS1 hat Proben aus Dresden und Geesthacht erhalten, davon wurden 10 Proben sequenziert.</li> <li>! Eine Übergabe der Untersuchung der Proben an FG17 ist geplant, dies wird noch in kleinerem Rahmen besprochen.</li> <li>! ZBS1 ist nun an DEMIS angebunden und übermittelt Daten seit der KW53</li> <li>! Es treffen immer noch Proben aus der Studie COMO bundesweit ein, dazu sollen Absprachen mit Abt.2 (Hr. Schlaud) getroffen werden.</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! IBBS möchte Südafrika mit Angeboten in der Telemedizin unterstützen, dies soll nochmals separat besprochen werden.</li> </ul>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: Anteil der 15-20-Jährige mit COVID-19 höher als in jüngeren AG</li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übermittlung von Ausbrüchen in KW52 und 53; Erkrankungsbeginn allerdings früher</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auch Schüler betroffen, Rückgang von Ausbrüchen zu beobachten, durch Schulschließungen weniger Aktivität; Schulöffnungen sollten nur mit Maßnahmen, die Übertragung in Schulen einschränken, erfolgen.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Mobilität während der Feiertage Dezember 2020 (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul>	FG36 (S. Buda)

	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;	L. Wieler
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>	Alle



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	06.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Linus Grabenhenrich
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Mirjam Jenny

! P4

- Susanne Gottwald
- Frank Schlosser



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss
- ! BMG
  - Christophe Bayer





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzten Wochen gab es 800 aktive Ausbrüche in Altenheimen und trotzdem eine Untererfassung.</li> <li>▪ Anmerkung der Leitung: Diese Darstellung sollte nur sehr vorsichtig verwendet werden, da sie häufig als Verteilung der Fälle gelesen und falsch verstanden wird.</li> <li>▪ Abbildung wurde erstmalig in Epid.Bull. Artikel mit Hintergrundinformationen veröffentlicht und wird immer auch kommentiert, evtl. sollte ein Disclaimer auf Darstellung.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Woche 51 ca. 4.000 Personen innerhalb einer Woche verstorben.</li> <li>▪ Meldeverzug bei Sterbefällen eher länger als bei Meldungen: bei Übermittlung liegt Sterbedatum häufig 1-2 Wochen vor Meldung.</li> </ul> </li> <li>○ In einigen BL ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. Gründe? Keine technischen Gründe, Fallzahlentwicklung in Laufe der Zeit spricht für ausstehende Meldungen.</li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzten beiden Wochen waren neben der Zahl der durchgeführten Tests auch die Testkapazitäten deutlich niedriger.</li> </ul> </li> <li>○ Kein nennenswerter Rückstau von Proben</li> </ul> <p><b>Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch hier in 53.Woche deutlicher Rückgang der Testungen, auch in ARS Positivenanteil &gt;16%.</li> <li>○ Anteil nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Herausragend sind Sachsen und Thüringen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	--

	<p>Thüringen hat mit ca. 30% die höchste Positivenrate.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am häufigsten werden &gt;=80 Jährige getestet.</li> <li>▪ Auch der Positivenanteil ist in dieser Altersgruppe am höchsten.</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil Abnahmeort Arztpraxen hat in letzten 2 Wochen abgenommen, im Verhältnis hat Anteil KH-Normalstation zugenommen. In Arztpraxen ist der Positivenanteil stark angestiegen auf &gt;20% der Testungen, dies deutet auf starke Selektion hin.</li> </ul> </li> <li>○ Zeit zwischen Abnahme und Test <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thüringen &gt; 2 Tage von Abnahme bis zum Test</li> </ul> </li> <li>○ Für Interpretation der letzten 2 Wochen muss noch abgewartet werden.</li> <li>○ Wann sind Antigennachweise mit in diesen beiden Erfassungssystemen darstellbar? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARS kann diese Daten empfangen, jedoch nur Tests aus Laborinformationssystemen, keine point-of-care Tests.</li> <li>▪ Voxco-Abfrage hierzu läuft, Daten können nächste Woche vorgestellt werden. Abfrage ist an Laborkoordinatoren der Länder gegangen.</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> <li>○ Appell sollte sehr sensibel sein, manche Ärzte arbeiten viel mehr als vorher.</li> <li>○ Wird von Hr. Hamouda und Hr. Bayer in morgendlicher Runde im BMG kurz angesprochen und zur Diskussion gestellt.</li> <li>○ Unklarheiten zu staatlichen vs. privaten Bestellungen von Antigentests sollen ebenfalls in Runde beim BMG miteingebracht werden.</li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>MF4 (Fischer / Grabenhenrich)</p>
--	--	---





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher keine Hinweise auf saisonale Grippewelle.</li> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unter Niveau der Vorjahre, üblicher Einbruch in dieser Jahreszeit zu beobachten.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl SARI-Fälle bei &gt;60 Jährigen etwas zurückgegangen, Stabilisierung auf hohem Niveau.</li> <li>▪ Bei &gt;80 Jährigen leichte Entspannung. Die Zahl der KH-Neuaufnahmen scheint zu sinken. Alle, die länger im KH liegen, werden hier nicht abgebildet.</li> <li>▪ Anteil mit COVID an SARI-Fällen ist noch relativ hoch.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Gibt es Studien dazu? Welche Maßnahme wirkt wie? Je mehr Evidenz für die Maske gefunden werden kann, desto besser. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COVIRIS-Studie läuft schleppend an, könnte aber Ergebnisse liefern.</li> <li>▪ Es gibt Studien auf Populationsebene aus USA, dass in Gemeinden, in denen Masken getragen wurden, weniger COVID-Fälle auftraten.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bundesländertabelle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktuell sind 5.557 COVID-19 Fälle in intensivmedizinischer Behandlung.</li> <li>▪ Stark belastet sind BW, BY, BE, BB, HE, NW, SN.</li> <li>▪ Ca. 70% benötigen Beatmung, invasiv oder nicht invasiv.</li> </ul> </li> <li>○ Regionale Kapazitätslage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Belastungslage enorm hoch: in 8 BL liegt der Anteil von COVID Patienten bei &gt;25%, in 3 BL bei &gt;30% (BE, BB, SN).</li> <li>▪ Puffer von 15% freie Bettenkapazität ist erwünscht, 9</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>BL unterschreiten diese Grenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Unterschied zur 1.Welle kommt es zu immer stärkeren Engpässen.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zeitliche Entwicklung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zum Teil noch starker Anstieg, bzw. Einpendeln auf hohem Niveau an intensivmedizinisch behandelten COVID-Fällen.</li> <li>▪ Zeitliche verzögerte Wirkung von Lockdown-Maßnahmen.</li> <li>▪ Freie IV-Kapazitäten sinken.</li> </ul> </li> <li>○ Prognosemodellierung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen auf BL Ebene: Vergleich zwischen tatsächlich Behandelten (rote Punkte) und für COVID zur Verfügung stehenden Betten (orange Linie)</li> <li>▪ Prognosebild für alle Bundesländer und auf NUTS-2 Ebene</li> <li>▪ Demnächst auch Modellierung für Versorgungscluster</li> <li>▪ Unsicherheiten im Moment größer, da Meldezahlen miteingehen</li> </ul> </li> <li>○ Wurden Intensivkapazitäten seit Frühjahr verdoppelt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Verdoppelung, aber Ausbau vor allem bei Geräten. Kapazität der Beatmung wurde erhöht, Engpässe beim Personal.</li> </ul> </li> <li>○ Wer ist Empfänger der DIVI-Daten? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verteilung über Plattform DIVI-Intensivregister, Publik Health Akteure, Krisenstäbe, kontinuierliche Erweiterung des Verteilers.</li> </ul> </li> <li>○ Wenn von der Zahl freier Intensivbetten gesprochen wird, muss deutlich gemacht werden, dass mind. 15% freigehalten werden sollten.</li> <li>○ Fällt im Vergleich zur 1.Welle durch Antigentests viel Personal aus? Gibt es Informationen dazu, dass unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen weiter gearbeitet wird? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 1.Welle gab es keine Engpässe. In letzten 2 Monaten wird immer öfter Personal als Betriebseinschränkung angegeben, genauere Gründe werden nicht abgefragt.</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



	<p>Vergleich zum letzten Jahr ausgeweitet werden kann, soll bis Freitag dieser Woche finalisiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Vornehmlich geht es aber darum Daten, die in externen Laboren entstehen, verbindlich zusammenzuführen und aufzubereiten.</li> <li>○ Routinelabore sollen angesprochen werden. Diese sollen eine Stichprobe aller PCR positiven Proben sequenzieren und die Sequenzen ans RKI schicken.</li> <li>○ Verschiedene Labore haben bereits begonnen alte Proben zu sequenzieren.</li> <li>○ Eine Rechtsverordnung, die dafür sorgen wird, dass das RKI mehr Daten erhält, wird kommen.</li> <li>○ Entwicklung eines Systems zur Darstellung verschiedener Varianten: Datenempfang, Aufarbeitung und zur Verfügungstellung.</li> <li>○ Ein Konzept, welche Proben ans RKI geschickt werden sollen, soll bis Freitag von S. Kröger zirkuliert werden.</li> <li>○ Es gibt eine Erwartungshaltung bezüglich eines Konzepts vom RKI, welche Proben extern sequenziert werden sollen.</li> <li>○ Heute Nachmittag findet ein Treffen statt dazu, welche Proben im Kontext der neuen Varianten sequenziert werden sollen und wo.</li> </ul> <p><i>ToDo: Im Laufe der nächsten Woche soll eine Empfehlung, was extern sequenziert werden soll, entwickelt werden. Soll nächste Woche auf Agenda, FF S. Kröger, FG17</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verknüpfung von molekularer Surveillance und epidemiologischen Daten sinnvoll.</li> <li>○ Könnte auf die englische Variante gescreent werden? Nur eine bestimmte PCR hat S-Gen als Target, ein Großteil der privaten Labore nutzt diese nicht.</li> <li>○ Laut UK ist das Proxi umso schlechter, je älter die Proben sind. Letzte Woche wurden 50 Proben aus Dresden untersucht mit keiner hohen Trefferquote.</li> <li>○ 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</li> </ul>	
--	--	--



	<p>erwarten.</p> <p><i>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.</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Nachweis einer neuartigen Variante sollte keine Verkürzung der Quarantänedauer von 14 Tagen erfolgen.</li> <li>○ Symptome in Quarantäne: Bei negativem Test sollte eine nochmalige Testung am Ende der Quarantänezeit erwogen werden.</li> <li>○ Variante sollte explizit bei Priorisierung genannt werden. W. Haas macht einen Vorschlag, dieser wird im kleinen Kreis abgestimmt und auf Internetseite gestellt.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Bei fehlender Symptomatik: Ergänzung der Verkürzung auf 10 Tage.</li> </ul> <p>! Einbau des Status der Geimpften im Kontaktpersonenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personen, bei denen in der Vergangenheit serologisch eine Infektion nachgewiesen wurde, wird gestrichen. Nur bei molekularbiologischem Nachweis ist keine Quarantäne erforderlich.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wurde bei Reinfektionen die Viruslast bestimmt? Keine Übersichten über Viruslasten bekannt.</li> <li>○ Reiserückkehrer werden erstmal ausgeklammert, müssen nicht als Ausnahme genannt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Nach Abstimmung Vorlage BMG zur Kenntnis. Falls keine Rückmeldung: Veröffentlichung am nächsten Tag, Veröffentlichung noch diese Woche.</i></p>	<p>FG36 (Haas)</p>
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eingang von 41 Proben letzte Woche und von 72 in KW 52, davon 10% bzw. 15% positiv auf SARS-CoV-2.</li> <li>○ Einsendungen konnten erhöht werden, zurzeit jedoch nur geringe Einsenderaten. Die hohen Nachweisraten von</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>

	<p>Rhinoviren sind im Lockdown zurückgegangen, Nachweise von SARS-CoV2 sind angestiegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der übliche Peak von RSV blieb aus, alle Erreger auf niedrigem Niveau.</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Intensivmedizinern in großen Städten ist aufgefallen, dass der Anteil der Personen auf IST mit Islamhintergrund relativ hoch ist. Teilweise &gt;50%, was am kulturell anders gelebten Krankenbesuch liegen könnte. Soll das gegenüber dem BMG thematisiert werden, wer könnte der richtige Vermittler sein?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag von BZGA: Integrationsbeauftragte</li> </ul> <p><i>ToDo: Erste Kontaktaufnahme mit BMG mündlich, falls gewünscht, gemeinsame Kontaktierung der Integrationsbeauftragten</i></p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Es soll der Begriff Nukleinsäurenachweis statt molekularagnostisch oder PCR verwendet werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Versenden zur Kenntnis ans BMG, danach Veröffentlichung</i></p> <p>! Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Screening-Empfehlungen sind Länderverordnungen, die nicht auf Basis von RKI-Empfehlungen beschlossen wurden.</li> <li>○ Beim Verzicht auf Screening von Geimpften können Impfdurchbrüche nicht gefunden werden.</li> <li>○ Vor einer Empfehlung muss zunächst eine Datenbasis geschaffen werden. Deshalb sollte untersucht werden, ob das Virus auch nach Impfung noch ausgeschieden wird. Hr. Eckmanns wird sich dies bzgl. mit B-FAST in Verbindung setzen.</li> <li>○ Rückmeldung an Länder: Vor einer Empfehlung sollen Studien initiiert werden (nicht unbedingt vom RKI). Bis dahin sollte Screening bei Geimpften beibehalten werden.</li> </ul> <p>! Bewertung von positiver Reaktion in Screening Tests von Geimpften</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von mehreren Stellen wurde berichtet, dass direkt im Anschluss an Impfung pos. Ergebnisse bei Antigen-Schnelltests beobachtet wurden.</li> <li>○ Dies erscheint unwahrscheinlich. Da die Gerüchte aber im Raum stehen, sollte ihnen nachgegangen werden. Ist sehr einfach zu untersuchen: bei nicht exponiertem Setting, vor</li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG37</p>



	und unmittelbar nach Impfung, Ethikantrag erforderlich.	(Eckmanns)
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Viele Rückfragen zur neuen Falldefinition.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage aus BMG: Warum wird von europäischer Falldefinitionen abgewichen? Ist fachlich begründet.</li> <li>○ Sollen Antigentests übermittelt werden?</li> <li>○ Über Voxco-Abfrage soll ein besseres Bild über Anzahl von Antigentests geschaffen werden. In wie vielen Fällen ist ein Antigentest der PCR vorausgegangen? Verschiebung in Dunkelziffer?</li> <li>○ Das neue SurvNet-Update ist noch nicht in allen GA installiert, die neue Falldefinition deshalb noch nicht überall umgesetzt.</li> <li>○ Bedauerlich und ein Hemmschuh in der Gesamtüberwachung ist die große Heterogenität bei der Meldesoftware.</li> <li>○ Noch gibt es keine Empfehlung für SurvNet vom BMG. BMG verweist auf mangelnden IT-Standard. Bis dieser nicht erreicht wird, ist keine Unterstützung von politischer Seite zu erwarten. Ist fachlich in keiner Weise begründet.</li> <li>○ SurvNet soll mit Mittel aus Sormas modernisiert werden.</li> </ul> <p>ToDo: Sprechzettel für Hr. Wieler: Wo liegt welches Problem?</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: O. Wichmann)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 08.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	08.01.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG37                    |
| o Lars Schaade       | o Tim Eckmanns            |
| o Lothar Wieler      | ! FG38                    |
| ! AL3/Abt. 3         | o Ute Rexroth             |
| o Osamah Hamouda     | o Maria an der Heiden     |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Ariane Halm (Protokoll) |
| ! ZIGL               | ! IBBS                    |
| o Johanna Hanefeld   | o Christian Herzog        |
| ! FG12               | ! P1                      |
| o Annette Mankertz   | o Ester-Maria Antao       |
| ! FG14               | ! P4                      |
| o Melanie Brunke     | o Susanne Gottwald        |
| ! FG17               | ! Presse                  |
| o Djin-Ye Oh         | o Ronja Wenchel           |
| ! FG21               | o Susanne Glasmacher      |
| o Patrick Schmich    | ! ZBS1                    |
| ! FG24               | o Janine Michel           |
| o Thomas Ziese       | ! ZIG1                    |
| ! FG 32              | o Eugenia Romo Ventura    |
| o Michaela Diercke   | ! BZGA                    |
| ! FG34               | o Heidrun Thaiss          |
| o Viviane Bremer     |                           |
| ! FG36               |                           |
| o Walther Haas       |                           |
| o Silke Buda         |                           |
| o Stefan Kröger      |                           |







TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): fast 85 Mio. Fälle weltweit, &gt;1,8 Mio. Todesfälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 52, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Größter Anstieg in KW 52 in Italien, Brasilien, USA, GB</li> <li>▪ Starker Abfall in Russland, Türkei und auch Indien</li> <li>▪ 7-Tage-Inzidenz in USA und GB &gt;400/100.000</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 85 Länder/Territorien (Stand 04.01.2021)</li> <li>▪ Europa: nur Guernsey, Vatikan und ein weiterer &lt;50/100.000</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 Länder &lt;50/100.000: Griechenland, Finnland, Island</li> </ul> </li> <li>○ Laborbestätigte COVID-19-Todesfälle – EU/EWR/GB/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten wie EuroMOMO anders dargestellt (ECDC Folie)</li> <li>▪ Vergleich 1. und 2. Welle, zwei Trends: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Länder wo 2. Welle &gt; 1. Welle, 20 Länder</li> <li>2. Länder wo 1. Welle &gt; 2. Welle, 7 Länder</li> </ol> </li> </ul> </li> </ul> <p>! WHO epidemiologischer Update 03.01.2021</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Größte gemeldete Neufallzahl in Region Amerika, gefolgt von Europa</li> <li>○ 3. Woche in Folge weltweit &gt;4 Mio. neue Fälle</li> <li>○ Leichter Rückgang (2%) im Vergleich zu Vorwoche, vorsichtig zu interpretieren da Zahlen ggf. von Meldeverzug betroffen</li> <li>○ Letzte Woche leichter Rückgang der Todesfälle: Amerika 47% aller neuen Todesfälle, Europa 32%, SEARO 10%, Afrika 2%</li> </ul> <p>! SARS-CoV-2-Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GB VOC 202012/01 Variante <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3-facher Anstieg der 14-Tage-Melderate</li> <li>▪ Viele genetische Veränderungen, besonders im Spike Protein</li> <li>▪ Variante führt nicht zu schwereren Verläufen und höherer Fallsterblichkeit, aber zu höherer Übertragbarkeit</li> <li>▪ 43 Länder (viele in EU) haben Fälle gemeldet</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> <li> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In GB starke Maßnahmen, fast 80% der Bevölkerung ist ans Haus gebunden</li> </ul> </li> <li>○ Südafrika 501Y.V2 Variante <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entdeckt durch Routinesurveillance</li> <li>▪ Schnelle Verbreitung</li> <li>▪ Hast sich seit Anfang November schnell zu dominanter Linie entwickelt, &gt;90% der Sequenzen</li> <li>▪ In 11 Ländern außer Südafrika identifiziert</li> <li>▪ Variante wurde jetzt auch durch KL in Probe aus BW identifiziert, 6-jähriger Reiserückkehrer</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul> <p><b>Impfstoffe Afrika</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele afrikanische Länder haben Probleme, an Impfstoff zu kommen, sollte das RKI eine Stellungnahme vorbereiten?</li> <li>○ ZIG hat gestern die Vorbereitung eines Briefs besprochen,</li> <li>○ Es gab bereits Anfragen von Partnern</li> <li>○ Deutschland steht nicht wirklich hinter der COVAX Initiative</li> <li>○ ZIG hatte einen Austausch auf Arbeitsebene mit BMG: BMG plant nichts zu tun, RKI Brief an BMG wird vorbereitet, zwei Argumentationslinien: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wichtigkeit sozialer Gleichheit – Fragen werden immer wieder kommen, Vorschläge zum Umgang damit in RKI-Projekten</li> <li>2. Brief gemeinsam mit Partnern zur Veröffentlichung - europäische Wissenschaftler äußern sich zum Ausrollen des Impfstoffs in unseren aber nicht in Partnerländern</li> </ol> </li> <li>○ ZIG-Entwurf wird demnächst Leitung vorgelegt</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Entspannung der epidemiologischen Lage</li> <li>▪ Datenerhebung normalisiert sich langsam, unsicher, ob es sich um Fälle handelt, deren Erkrankungsbeginn weiter zurückliegt; dies kann einmal eruiert werden, dennoch ist das aktuelle</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37/ZIG/all e</p> <p>FG32</p>
--	---	---------------------------------------



	<p>Infektionsgeschehen sehr aktiv</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahlen sind beunruhigend, aber nicht unerwartet</li> <li>○ Impfungen: &gt;400.000 durchgeführt mit der 1. Dosis</li> <li>○ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber keine Entspannung</li> <li>○ 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</li> <li>○ Geografische Verteilung: viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (&gt;100/100.000), nur 15 Kreise &lt;50</li> <li>○ Sterbefallzahlen: Datenstand 30.12.2020, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 11% sichtbar, wahrscheinlich größtenteils COVID-19 bedingt</li> </ul> <p>! Inzidenzunterschied BL und RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In BB wurden für manche lokale Kreise wesentlich höhere Inzidenzen ausgewiesen als die in Meldedaten</li> <li>○ Rückfrage an BB wurde gestellt aber Antwort steht noch aus</li> <li>○ Ursache noch unklar, könnte mit (neuen) Falldefinitionen zusammenhängen, wird untersucht</li> </ul> <p>! Darstellung Impfdosen im RKI-Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bald werden die ersten Personen zum zweiten Mal geimpft, wie soll dies im Lagebericht visualisiert werden?</li> <li>○ Viviane Bremer steht mit FG33 im Austausch hierzu und ein Vorschlag wird entwickelt</li> <li>○ Es wird eng auf der 1. Seite</li> </ul> <p><b>Disclaimer auf Dashboard</b></p> <p>! Wie lange soll der aktuelle Disclaimer auf dem RKI Dashboard erhalten bleiben?</p> <p>! Ziel ist war vorsichtige Interpretation der Daten während der Weihnachtsfeiertage und zum Jahreswechsel aufgrund reduzierter Arztbesuche, Probennahme, Laboruntersuchung und Datenübermittlung! Begründung (zu) niedriger Fallzahlen</p> <p>! Aktuell passiert, was wir erwartet haben, Testung normalisiert sich und Nachmeldungen kommen</p> <p>! Mehrere BL sind mit der Dateneingabe noch nicht up to date, es stapelt sich in den GA und wird schwingweise nachgetragen, sie kommen nicht gut hinterher</p> <p>! Realität der Meldedaten: Probleme der Interpretation bestehen eigentlich durchgehend aufgrund des Meldeverzugs und der Überlastung</p> <p>! Es wurden zusätzliche Instrumente etabliert (GrippeWeb, ARS, etc.), auch diese liefern nicht die gewünschten Informationen</p> <p>! Dennoch sollte die Aussagekraft unserer Daten und damit</p>	<p>FG34/FG32</p> <p>Präs/FG32/F G34</p> <p>VPräs/alle</p>
--	--	---

	<p>unsere Glaubwürdigkeit nicht relativiert oder unterminiert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI muss die Daten im Rahmen des möglichen interpretieren, sollten die Aussagekraft nicht einschränken</li> <li>! Feiertageffekt und darauf basierte Verzerrung ist jetzt vorbei</li> </ul> <p><i>ToDo: Disclaimer soll kommenden Montag vom Dashboard und aus dem Lagebericht entfernt werden</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Follow-up Mission (nach der im Oktober 2020) in den Kosovo in 1-2 Wochen zur Laborunterstützung</li> <li>! Viele Aktivitäten/Ausführungen im Zusammenhang mit neuen Varianten, Risikogebieten und VO, auch bzgl. Grenzschießungen</li> <li>! s.u. 13. Transport &amp; Grenzübergangsstellen zu Rechtsgrundlagen</li> <li>! Hochrisikogebiete <ul style="list-style-type: none"> <li>o In MPK Konferenz wurden „Hochrisikogebiete“ beschlossen</li> <li>o Diese sind bisher nicht klar definiert</li> <li>o Es gab eine Rücksprache mit BMG auf Fachebene, Initiative kam nicht vom BMG (teilt unsere Einschätzung)</li> <li>o Thema wird wohl erneut auf Ministerebeneniveau diskutiert</li> <li>o ggf. in zwei Wochen Differenzierung von Risikogebieten</li> </ul> </li> <li>! Vorlage für Muster-Quarantäne-VO erwähnt Freistellung von Personen aus Ländern „mit Hygienekonzepten die vom RKI ausgewiesen werden“, unglückliche Formulierung</li> <li>! Gestern Flughafen TK <ul style="list-style-type: none"> <li>o Teilnehmende verstehen unter Hoch-risikogebieten Länder, in denen neue besorgniserregende Varianten zirkulieren</li> <li>o Coronavirus-Schutz-VO sieht besondere Maßnahmen für Reisende aus Südafrika und GB vor, heute kommt voraussichtlich Irland hinzu</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG</p> <p>FG38</p>
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Neue Virusvarianten – Integration in Risikobewertung?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Integrieren eines Hinweises auf die neuen Varianten, deren Auswirkung auf die Lage noch nicht einschätzbar ist</li> <li>! Zunächst Monitoring der Situation in Kreisen, wo sie aufgetreten sind, sowie deren Entwicklung im Vergleich zu anderen Kreisen</li> <li>! Aktuell keine flächendeckende molekulare Surveillance, es ist nicht auszuschließen, dass Varianten auch anderswo vorhanden</li> </ul>	<p>VPräs/alle</p>



	<p>sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Varianten müssen nicht automatisch zu Fallzahlenanstieg beitragen, dies hängt von lokalen Infektionsschutzmaßnahmen und anderen Faktoren ab</li> <li>! Alle 3 BL-TKs diese Woche hatten ausführlich diese Thematik: es besteht große Erwartungshaltung gegenüber Bundesebene (BMG/RKI), sowohl zum Monitoring und Sampling Konzept als auch bzgl. Risikobewertung; wie häufig keine einheitliche Haltung, z.B. ist BY höchstbesorgt, will alle Einreisenden aus GB und Südafrika wie bestätigte Fälle behandeln, andere BL fokussieren sich mehr auf ihre anderen Sorgen</li> <li>! Stellungnahme Bundesebene wäre gut, sowie Mitgestaltung der VO durch RKI, da diese das Screening Konzept vorgeben wird</li> <li>! Reisen/Empfehlungen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach wie vor vermutlich viele unnötige Privatreisen, diese sollten so weit wie möglich eingeschränkt werden</li> <li>○ Mobilität treibt jede Epidemie</li> <li>○ Thema wird von der Politik nur widerwillig angegangen</li> <li>○ BKA strebt Unterbindung grenzüberschreitender Reisen an, aber Evidenzlage ist nicht ganz klar</li> <li>○ Die unterschiedlichen Ressorts stimmen nicht überein, es gibt viele Diskussionen im politischen Rahmen</li> <li>○ Unklar, ob RKI da noch mehr liefern bzw. steuern kann</li> <li>○ Neue Varianten kommen aus dem Ausland nach Deutschland, Virus bewegt sich durch Reisen(de) weiter</li> <li>○ EU-Kollegen glauben, dass Reisen ein Problem darstellen</li> <li>○ Reiseeinschränkungen führen lediglich zu Verzögerung der Verbreitung, jedoch möglichem Zeitgewinn</li> </ul> </li> <li>! KoNa Management (FG37/FG36) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei neuen KoNa Management Empfehlungen wird Verkürzung der Quarantäne für Fälle neuer Varianten ausgeschlossen</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> <li>! Mobilität <ul style="list-style-type: none"> <li>○ P4 hat über die Feiertage Bevölkerungsbewegungen nachverfolgt, diese werden jedoch an den Grenzen verloren</li> <li>○ Reisemobilität könnte gesondert über Flughäfen untersucht werden, z.B. Besucheraufkommen an den Flughäfen</li> <li>○ Eventuell ist es schwierig, den Zusammenhang herzustellen bzw. Ergebnisse zu interpretieren aber wird eruiert</li> </ul> </li> <li>! Hochrisikoländer</li> </ul>	Präs/alle
--	--	-----------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern viele Anfragen bezüglich Irland und Dänemark</li> <li>○ Grenze zu Irland wird geschlossen, weil 25% der Fälle die neue Variante vorweisen, die zu DK mit 2% der Fälle neuer Variante nicht</li> <li>○ Interpretation Surveillancedaten anderer Länder schwierig</li> <li>○ Sequenzierung zwischen den Staaten ist noch viel unterschiedlicher und nicht vergleichbar</li> </ul> <p>! Es sollte noch klarer kommuniziert werden, dass Mobilität das Risiko erhöht</p> <p>! Presse: integriert Mobilität und Reisen in Sprechzettel nächste Woche</p> <p><i>ToDo: Entwurf neue Risikobewertung mit Hinweis auf neue Varianten für Krisenstab Montag (FF?)</i></p> <p><i>ToDo: FG32 nach Möglichkeit Untersuchung der Situation und Entwicklung in Kreisen in denen die neue Variante bekannterweise präsent ist</i></p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Rückfragen aus der Bevölkerung zum 15km Radius</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unsicherheit insbesondere bei älteren Menschen/Menschen, die in ländlichen Gegenden wohnen</li> <li>○ Ansage deutlich, dass 15km Radius bei notwendigen Erledigungen überschritten werden kann</li> </ul> <p>! Arbeitnehmende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Müssen sich gegen veranschlagte nicht-Einhaltung von Maßnahmen im Rahmen ihrer Arbeit wehren</li> <li>○ Maßnahmen nicht immer konsequent von Arbeitgebenden umgesetzt</li> <li>○ Beispiel stationäre Pflegeeinrichtungen: haben Pflegekräfte tatsächlich genug Infomaterial?</li> <li>○ Es wird auch bzgl. Informationsmaterial zu Impfzentren eine Bestandsaufnahme durchgeführt</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Arbeitgebende</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von politischer Seite müssten ein Konsens und klare Empfehlungen hierzu geschaffen werden</li> <li>○ Insbesondere im Niedriglohnsektor gibt es keine Arbeitgeberunterstützung, z.B. bei leichter Erkrankung</li> <li>○ Viele Entscheidende haben den Ernst der Lage und ihre Verantwortung nicht erfasst</li> </ul> <p>! 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</p>	<p>BZgA</p> <p>Alle</p>



	<p>Materialien für Arbeitgebende/Arbeitnehmende hinweisen</p> <p><i>ToDo: FG36 fertigt Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie usw. an und lädt andere zur Ergänzung/Kommentierung ein</i></p>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p><b>Generelles Update</b></p> <p>! Impfstoffe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute aktualisiert STIKO ihre Empfehlung: neu zugelassener Moderna Impfstoff geht ab Dienstag in die BL</li> <li>○ Diskussion in Medien zu 1., 2. Dosis und Impfintervall, Empfehlungen bleiben dieselben</li> <li>○ Aufklärungsmaterialien in Impfzentren müssen bzgl. Moderna Impfstoff aktualisiert werden</li> <li>○ Astra Zeneca nächster Kandidat in der Reihe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Februar soll Beschluss genommen werden</li> <li>▪ Kein Selbstläufer wie die anderen da Impfstoff weniger perfekt ist</li> <li>▪ Einsatz muss diskutiert werden</li> <li>▪ Möglicherweise Beschränkungen da Daten für ältere Personen sehr begrenzt sind</li> </ul> </li> </ul> <p>! Viele Anfragen zum Impfen in Seniorenheimen: manche impfen nicht, wenn es 1 Fall gibt! FG33 &amp; FG37 haben Empfehlungen entwickelt: es soll in jedem Fall geimpft werden, da selbst 1 Dosis positiven Effekt hat</p> <p>! Antigentests nach Impfung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei manchen Geimpften sind Antigentests 2-3 Tage nach Impfung positiv</li> <li>○ FAQ werden hierzu ergänzt und sind in Abstimmung</li> <li>○ 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</li> <li>○ Präs Kontakt mit Sahin von BioNTech: S-Gen wird auch in der Nase exprimiert, mögliche Folge der Impfung</li> <li>○ Antigentest Nachweis beruht auch auf N-Protein (z.B. Roche)</li> </ul>	FG33/alle



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die meisten Antikörpertests zielen auf S-Protein ab, Antigentests häufiger auf N-Protein, da es reichlicher vorhanden ist</li> <li>○ Klärung, welche Antigentests bei den Geimpften verwendet wurden</li> <li>○ Unterstützung von ZBS1/FG17 zu Antigentests</li> <li>! Impfquotenmonitoring <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Läuft und ist auf gutem Weg</li> <li>○ Nicht einfach, alle BL an Bord zu haben, Schnittstellen kommen, BY haben eigene Sachen gemacht</li> <li>○ Dashboard im Auftrag des BMG befindet sich in Entwicklung</li> </ul> </li> <li>! Verschiedene Studien sind geplant, hinzuzufügen ist Umgang mit neuen Varianten, z.B. bei Impfdurchbrüchen – Präs soll informiert werden wegen anstehendem Townhall Meeting</li> <li>! Impfstoff Wirksamkeit gegen neue Varianten, gibt es hier Neuigkeiten zu Neutralisationstests? Wann wird dies vorliegen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfwirksamkeit hat erhebliche Folgen auf Präventions-strategie</li> <li>○ Vorgestern HSC Web Seminar mit EMA, usw.: bis Ende dieser Woche werden von GB erste Ergebnisse von Neutralisierungstests erwartet</li> <li>○ Auch Impfstoffhersteller sollen hierzu Ergebnisse liefern</li> <li>○ Hoffentlich nächste Woche Hinweise hierzu</li> <li>○ Grundsätzlich wird nicht davon ausgegangen, dass Wirksamkeit sehr viel anders/niedriger ist (es wird eine breite poliklonale Antwort angestoßen)</li> <li>○ Bei südafrikanischer Variante sind die Bedenken größer als bei der GB Variante, hierzu gibt es keine Informationen</li> <li>○ 6 Wochen sind zur Impfstoffanpassung notwendig, dann Produktion</li> <li>○ Zulassungstechnisch/regulatorisch sollte Anpassung der Sequenzen kein Problem sein</li> <li>○ Virusanzüchtung ist nicht so leicht, bisher hat RKI keine Proben erhalten um Bemühungen zu unterstützen</li> <li>○ Bei Impfdurchbruchstudien bitte mit einplanen, dass Virus hier erhalten wird</li> <li>○ FG33 heute TK mit Charité: dort werden MA geimpft, dann ist auch longterm Follow-up auf Impfdurchbrüche und asymptomatische Infektionen geplant, inklusive wöchentlicher Testung</li> </ul> </li> </ul> <p><i>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</i></p> <p><b>Umgang mit Geimpften und Quarantäne (&amp; Testung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG (Sangs, Holtherm) bat um RKI-Stellungnahme bzgl. Coroneinreise-VO, steht RKI weiter dazu wie in Erlassbericht</li> </ul>	
--	--	--



	<p>vom 22.12.2020, in dem für Geimpfte und Genesene Ausnahme der Quarantäne bewilligt werden soll?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Testung vs. Quarantäne: sollten diese Personen auch keinen Test vor und nach Einreise vorweisen müssen?</li> <li>! Politisch ist dies vom Minister nicht gewollt, Sargs weist darauf hin, dass dies für Genesene bereits gilt, für Geimpfte sollte es rechtlich gleich sein (ansonsten sind Klagen wahrscheinlich)</li> <li>! Wenn es zeitnah eine klare Aussage vom RKI gibt, wird diese eventuell berücksichtigt</li> <li>! Evidenzlage <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfstoffwirkung ist noch nicht bekannt</li> <li>○ Dauer des Schutzes ist ebenfalls unbekannt</li> <li>○ Evidenz ist aktuell nicht genügend bezüglich Reinfektion und Ausscheidung (für Genesene und Geimpfte)</li> <li>○ Es sind keine Ausbrüche bekannt, die von Reinfizierten ausgehen, diese scheinen nicht den gleichen Beitrag zur Gesamtausbreitung zu haben wie Erstinfiizierte</li> <li>! Wir müssen noch Erfahrungen mit Geimpften sammeln</li> </ul> </li> <li>! Andere Länder <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Internationale Rückmeldungen: DE Entscheidung Genesenen Sonderstatus zu geben wird für mutig gehalten, es sollten nicht automatisch auch Geimpfte Sonderstatus erhalten</li> <li>○ Präsaustausch mit Kollegen aus FR, BE, CH, GB, keine von diesen sind bereit, Sonderstatus zu vergeben</li> <li>○ US CDC Regelung für Genesene: gilt seit September für 3 Monate nach Erkrankung, geben zu, dass Datenlage dünn ist und Entscheidung auf Musterbeobachtungen von normalen Coronaviren basiert</li> <li>○ Norwegen empfiehlt keine Quarantäne für Genesene bis 6 Monate nach Nachweis (<a href="#">hier</a>)</li> </ul> </li> <li>! Herdenimmunität <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vertrauen wir bei Impfung nur auf individuellen Schutz vor schwerer Erkrankung?</li> <li>○ Verabschieden wir uns vom Narrativ der Herdenimmunität durch Impfung?</li> <li>○ Verhinderung von Infektionen: bei mRNA-Impfstoffen nur Daten aus Tierversuchen, bei Astra Zeneca beim Menschen nicht ausreichend, Konfidenzintervall zu groß ! nicht interpretierbar</li> <li>○ Es wird vermutet, dass Impfung einen Herdeneffekt hat</li> <li>○ Konkrete Anzahl der zu Impfenden zum Erreichen der Herdenimmunität hängt von diversen Faktoren ab: Infektionsverteilung in der Bevölkerung, R-Wert, Impfeffektivität, Altersgruppen, usw.</li> <li>○ In Manaus (BR) wurden in der 1. Welle ~67% der Bevölkerung infiziert, dort wird jetzt eine schwere 2. Welle</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>beobachtet (<a href="#">hier</a>)</p> <p>! Diverse Punkte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Infektionen gibt es eine Heterogenität der Folgen</li> <li>○ Es ist unmöglich, vorherzusagen ob Infektion glimpflich abläuft, jeder erkrankte hat einen Vorteil durch die Impfung</li> <li>○ Impfstoff-Heterogenität macht Situation schwieriger, es gibt noch weniger Information und Daten</li> <li>○ Dritter Impfstoff ist weniger gut ! erschwert Situation</li> <li>○ Probleme mit Impfcompliance: Sonderstatus ist möglicher Impfanreiz, wenn dieser wegfällt ist Compliance eventuell noch schlechter</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Fazit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt keine Evidenz, dass einmal Genesene wesentlich zur Transmission beitragen, Quarantänepflichtausnahme kann für diese bestehen bleiben</li> <li>○ Das gleiche für Geimpfte zu behaupten ist nicht möglich, diese sollten weiterhin keinen Sonderstatus erhalten</li> <li>○ Testpflichtausnahme weder für Geimpfte noch für Genesene</li> <li>○ Kommunikation erneut ganz wichtig</li> </ul> <p>! Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ute Rexroth: LZ klarstellen, dass Papiere, die heute vom BMG zurück kommen nun nicht publiziert werden</li> <li>○ Ute Rexroth: schnelle Rückmeldung an BMG, dass RKI Einschätzung hierzu ändert</li> <li>○ Ole Wichmann: revidiert ehemaligen Bericht an BMG, neuer Bericht, dass RKI Einschätzung inklusive Begründung</li> <li>○ FG36/FG37: Überprüfung der KoNa Papiere ob Änderungen notwendig sind nachdem FG33-Bericht an BMG fertig ist</li> <li>○ Pressestelle: Anpassung der FAQ und Textbausteine für Webseite</li> </ul> <p><i>ToDo: s. u. Aufgaben</i></p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! FG17: AG Influenza 358 Einsendungen in letzten 4 Wochen, 43 davon positiv (12%)</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 812 Einsendungen diese Woche, 358 positiv (44%)</li> <li>○ 180 Proben zur Sequenzierung, 1 Probe aus Dresden positiv auf 117(?), eine aus ...? (ZBS1, gerne im abgelegten Protokoll (<a href="#">hier</a>) ergänzen, war für mich nicht zu verstehen)</li> </ul>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Strategische Patientenverlegung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es wird immer knapper, aktuell verlegt nur das Kleeblatt Ost nach Nord</li> <li>! Es gibt diverse Verlegungen innerhalb der Kleeblätter, die Kapazitätenverringerungen sind sichtbar</li> </ul>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Sterbezahlen/Pflegeheime</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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?</li> <li>! Problem <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schlecht ausgebildete und zu niedrig bezahlte Leute</li> <li>○ Schon jahrelang in Anbahnung</li> <li>○ Altenheime werden immer günstiger, weil so die Kosten gesunken sind</li> <li>○ Pflegeheime haben kein Personal und sind völlig überlastet</li> <li>○ BMG-Test-Initiative wird positiv gesehen</li> </ul> </li> <li>! Können Ressourcen gesteigert werden um dies anzugehen?</li> <li>! BY hat Pflegekoordinatoren benannt und diese auch in Krisenstäbe integriert, sie gehen in GA und Einrichtungen und geben Hinweise, scheint dort gut zu funktionieren, könnte anderen BL vorgestellt werden</li> <li>! RKI kann dies kapazitätsmäßig nicht selber angehen, FG37 ist aber regelmäßig in Kontakt mit Pflegebeauftragten, diese sind an einem Austausch interessiert</li> <li>! Pflegebeauftragte haben das Mandat und die Autorität</li> <li>! Termin mit Präs und Pflegebeauftragten wird angestoßen</li> </ul>	Präs/alle
12	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p><b>Flug-KoNa Hochrisikoländer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Soll gezielt für diese Flug-KoNa wieder aufgenommen werden?</li> <li>! Aktuell ist Flug-KoNa pausiert, könnte aber für GB, Südafrika und Irland erneut starten</li> <li>! Es kommen weniger aber noch stets Flüge mit Personen von dort an, wenn sie vorab bei BMVI angemeldet sind</li> <li>! Ja, soll aufgenommen werden, 2 Reihen vor und hinter Fall</li> </ul>	FG38

## **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 Coroneinreiseverordnung 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 Coroneinreiseverordnung (s.u.) ersetzt werden.

### *Coroneinreiseverordnung (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.



VS – NUR FÜR DEN DIENSTGEBRAUCH

Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 11.01.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	11.01.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                                     |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
| ! Institutsleitung                  | ! FG 34                 |
| ○ Lars Schaade                      | ○ Vivane Bremer         |
| ○ Lothar Wieler                     | ! FG36                  |
| ! Abt. 1 Leitung                    | ○ Walter Haas           |
| ○ Martin Mielke                     | ○ Silke Buda            |
| ○ Annette Mankertz                  | ○ Stefan Kröger         |
| ! Abt. 3 Leitung                    | ! FG37                  |
| ○ Osamah Hamouda                    | ○ Tim Eckmanns          |
| ! ZIG Leitung                       | ! IBBS                  |
| ○ Johanna Hanefeld                  | ○ Christian Herzog      |
| ! FG14                              | ! P4                    |
| ○ Melanie Brunke                    | ○ Susanne Gottwald      |
| ○ Mardjan Arvand                    | ! Presse                |
| ! FG17                              | ○ Ronja Wenchel         |
| ○ Thorsten Wolff                    | ○ Marieke Degen         |
| ! FG 21                             | ! ZBS1                  |
| ○ Patrick Schmich                   | Claudia Schulz-Weidhaas |
| ! FG 24                             | ! ZIG                   |
| ! FG 32                             | ○ Johanna Hanefeld      |
| ○ Michaela Diercke                  | ! INIG                  |
| ! FG 38                             | ○ Eugenia Romo Ventura  |
| ○ Maria an der Heiden               | ! BZGA                  |
| ○ Ute Rexroth                       | ! Bundeswehr            |
| ○ Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) | ! BMG                   |
| ! FG 33                             |                         |
| ○ Ole Wichmann                      |                         |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p>International (<b>freitags</b>) National</p> <p>! Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt 1.921.024 (+12.497) Fälle, davon 40.686 Todesfälle (+343), 7-Tage-Inzidenz 167/100.000 Einwohner</li> <li>○ 4-Tage-R-Wert=1,32; 7-Tage-R-Wert=1,14</li> <li>○ Impfmonitoring (neu) 10.01.2021: 532.878 Geimpfte mit einer Impfung (mündlich aktualisierter Wert für 11.01.2021: &gt;600.000)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 5.320 Fälle in Behandlung (Abnahme -94)</li> <li>○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 490 (Zunahme), davon 39% verstorben</li> </ul> <p>Beurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tendenz der letzten Tage hält an, R bleibt deutlich über 1, Fallzahl bewegt sich auf 2 Mio zu</li> <li>○ Eventuell werden Fälle aus den Feiertagen erst jetzt diagnostiziert – Daten sind noch eingeschränkt beurteilbar</li> <li>○ Montagsdaten sind häufig nicht ganz vollständig</li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur 3 LK &lt; 50</li> <li>▪ 64 LK &gt;50-100</li> <li>▪ 281 LK &lt;100-250</li> <li>▪ 60 LK 250-500</li> <li>▪ 4 LK &lt; 500-1000</li> </ul> </li> </ul> <p>Beurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansteigender Trend in allen Bundesländern</li> <li>○ aus Sachsen und Brandenburg wurden am Wochenende keine Daten übermittelt, ein Rückstau ist anzunehmen, wahrscheinlich liegen die Zahlen deutlich höher</li> </ul> <p><i>ToDo: ein Disclaimer soll auf der Homepage eingefügt werden, in dem erklärt wird, dass die Zahlen aufgrund der ausbleibenden Lieferung nicht aktualisiert werden konnten.</i></p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trotz Lockdown steigen die Zahlen auch in den BL, die niedrige Ausgangszahlen hatten (B, MVP). Stellt das die These, dass dort, wo die Zahlen</li> </ul>	<p>FG 32 M. Diercke</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>niedrig sind, die Ausbreitung besser kontrolliert werden kann, in Frage? Zahlen sind schwierig zu interpretieren durch Testrückstau und Diagnoseverzögerung während Feiertagen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutliche Anstiege im SL und HH</li> <li>○ Keine durchschlagende Lockdown-Wirkung</li> <li>○ Keinerlei Anlass für Entwarnung/Lockerung gegeben</li> <li>○ Effekt der Mobilitätsbegrenzung (bei Inzidenz &gt; 200/1000.000 EW) soll in den kommenden 2 Wochen genau beobachtet werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Der Auftrag „Beobachtung der Wirkung von Mobilitätseinschränkungen“ soll an die neue Position „Datenanalyse“ weitergegeben werden (ID 2568)</i></p> <p>! Zum Ausbruchsgeschehen nach der Impfkation in einem Kieler Pflegeheim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es konnte telefonisch geklärt werden, dass die initiale Meldung durch das GA, dass von 162 Personen (151 Bewohner, 71 Mitarbeiter) 162 positiv getestet wurden waren, auf einem Missverständnis beruhte. Es handelt sich jedoch um einen extrem schnell verlaufenden Ausbruch.</li> <li>○ Am 24.12.2020 waren 14/20 Bewohnern einer Demenzstation positiv getestet, die nicht geimpft wurden. Am 28.12. 2020 wurde in den anderen Wohnbereichen geimpft (90% der Bewohner, 20 von 71 Mitarbeitern). Am 04.01.2021 wurden im Wohnbereich 2 34 von 41 getesteten Personen positiv getestet (PCR).</li> <li>○ Verbreitung durch das Impfteam ist unwahrscheinlich, da die Mitglieder vorher mittels Antigen-Schnelltests getestet waren, aber nicht ausgeschlossen.</li> <li>○ Ausbrüche sind derzeit in etwa 800 Pflegeheimen zu verzeichnen, grundsätzlich ist die Situation diesbezüglich dramatisch</li> <li>○ Vorschlag: Könnte hier eine fundierte Ausbruchsuntersuchung/Studie durchgeführt werden, um Daten zur Viruslast und zur Wirkung der Impfung zu erheben? Antwort: Tim Eckmanns und Wiebke Hellenbrand leiten das Team: Der datensichere Informationsaustausch wurde bereits initiiert, Fragestellungen sind formuliert, auch ein Besuch vor Ort ist möglich.</li> </ul>	
--	---	--

	! Testkapazität und Testungen ( <b>mittwochs</b> )	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> !	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! 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 T-Systems und Teralytics 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.</p> <p>! Im Austausch und mit Expertise der Abt 2 (mit C. Scheidt-Nave wurde diesbezüglich bereits Kontakt aufgenommen) soll ein Netzwerk zum Thema „ältere Menschen“ angelegt werden</p> <p>! DEA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bürgerhotline eingerichtet, Eskalationshotline Bundesdruckerei/BMG/RKI implementiert</li> <li>○ Anbindung der Gesundheitsämter schreitet voran, es fehlen noch 30</li> </ul> <p>! CWA wächst kontinuierlich mit jetzt 1.000.000 neuen Anmeldungen, insgesamt 25.000.000 Nutzer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laut BMG soll die Evaluation vorangetrieben werden.</li> <li>○ Kontakttagebuch ist implementiert, Informationen zum Ablauf der KoNa durch die Gesundheitsämter sollen jetzt eingeholt werden, um hier Einblick zu bekommen</li> <li>○ Zeitnah geplant: Die neuen Virusvarianten in der CWA abzubilden</li> <li>○ 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 Smudo/den Fantastischen Vier)</li> </ul> <p>! Datenspende-App</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Algorithmus wurde weiterentwickelt, Komplexität reduziert</li> <li>○ Blog-update wird zeitnah erfolgen</li> <li>○ Geplant: Zusätzliche Datenquellen, wie z.B. Schlafanalysen mit aufzunehmen, datenschutzrechtliche Klärung steht hier noch aus</li> </ul>	<p><i>S. Gottwald</i></p> <p><i>P. Schmich</i></p> <p><i>S. Gottwald</i></p>
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Der Entwurf wird zur Diskussion gestellt</p> <p>! 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</p> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Formulierung zum bisherigen Verlauf: „nach einem Plateau kam es im Dezember zu einem Anstieg“</li> <li>○ Orte von Ausbruchsgeschehen allgemein fassen, um zu vermitteln, dass sie nicht auf bestimmte Settings beschränkt sind</li> <li>○ Verdeutlichen, dass die spezifische Therapie in vielen Fällen nicht erfolgreich ist</li> <li>○ 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</li> <li>○ Besorgniserregende Ausbreitungsdynamik in anderen Staaten thematisieren</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Abstimmung mit BMG nur bei Hochstufung der Risikoeinschätzung erforderlich, Umformulierungen brauchen nicht abgestimmt zu werden.</p> <p>! Aktuelle Version des Entwurfs <a href="#">hier</a></p> <p><i>ToDo: BMG ist von der neuen Fassung in Kenntnis zu setzen</i></p>	<p>Alle <i>W. Haas</i></p> <p><i>FG 36</i></p>
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! BZGA: kein(e) Teilnehmer/in</p> <p>! Bisher wurde die Einschleppung der südafrikanischen Virusvariante nach NRW noch nicht offiziell veröffentlicht. Die Information wird Mittwoch oder Donnerstag über NRW öffentlich werden</p> <p>! 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.</p>	<p><i>M. Degen</i></p> <p><i>Ute Rexroth</i></p>

	<p><i>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).</i></p> <p>! 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, Dirk Brockmann wird teilnehmen, um die Theorie dazu zu präsentieren.</p> <p><i>ToDo: Mobilitätsdaten und Daten zur Morgenaktivität auf Bundesebene werden von S. Gottwald geliefert</i></p> <p>! Feiertagsdisclaimer wurde von Homepage und Dashboard entfernt</p> <p>! Themenwünsche und Briefing für die Besprechung (L. Wieler) im BKA am 12.01.2021</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Ohne den Maßnahmen wäre die Schnelligkeit der Ausbreitung viel höher und wir könnten die Lage gar nicht bewältigen. Wir sehen viel durch das Testen.</li> <li>○ Ausbrüche gehen in Schulen zurück und sind in KiTas stabil.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Bevölkerung überschätzt die eigene Kompetenz im Umgang mit den Hygieneregeln</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Presseabteilung wird federführend die Zusammenstellung der Themen und Inhalte übernehmen.</i></p>	<p><i>Tim Eckmanns</i></p> <p><i>Osamah Hamouda</i></p> <p><i>M. Brunke T. Wolff</i></p>
--	---	--



	<p>ist jedoch noch zu früh für eine Interpretation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! Eine Virusanzüchtung wird derzeit im hauseigenen Labor versucht</li> <li>! Zur Frage „Reaktivität von PCR/Antigentests nach Impfung“ (Kommunikation mit Uğur Şahin): Halbwertszeit von mRNA ist 24-30 h, eine falsch positive PCR-Reaktion ist kaum möglich (Tierversuch). Exprimiertes Antigen zirkuliert bis zu 7 Tage, Spikeprotein- detektierende Antigentests (und nur diese) können daher falsch positiv sein.</li> <li>! 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 Impfsereen untersucht: Nur die Mutationen aus B.1.351 und B.1.1.7 wurden eingefügt. Warnung: am Spike Protein treten 12 unterschiedliche Veränderungen auf. Von Uğur Şahin wurden auch Versuche mit Pseudoviren durchgeführt um zu prüfen, ob die Virusmutanten mit den getesteten Impfsereen reagieren. Ergebnisse werden zeitnah erwartet.</li> <li>! In der 53. KW wurden 421 eingesandte Proben im Labor untersucht, 39,5% waren positiv (Disclaimer gilt weiterhin).</li> <li>! 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.</li> <li>! 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 wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung. Auch mit leichten Symptomen sind Selbstisolierung und Test angezeigt</li> <li>! Diskussionen zur Quarantäneverkürzung sind angesichts der neuen Virusvarianten nicht angezeigt</li> </ul>	<p><i>M. Mielke</i></p>
--	--	-------------------------



	<p>Kindergärten teilweise (für Notbetreuung) geöffnet sind</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Migration der Studie auf eine neue Plattform ist in Arbeit</li> </ul>	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen:</b> ! Nächste Sitzung Mittwoch, 13.01.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende der Sitzung 15:04 Uhr**





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	13.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! MF4
  - Martina Fischer

- ! P4
  - Dirk Brockman
  - Susanne Gottwald
  - Frank Schlosser
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- Marieke Degen
- Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Eugenia Romo Ventura
- ! BZgA
  - Heidrun Thaiss



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 1.953.426 (+19.600), davon 42.637 Todesfälle (+1.060), 7-Tage-Inzidenz 155/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=0,99; 7-Tage-R=1,07</li> <li>○ Impfmonitoring: 688.782 (+60.858) geimpfte Personen</li> <li>○ ITS: 5.230 (-59)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach wie vor schwierig zu interpretieren</li> <li>▪ Übermittlungsprobleme in diversen LK</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung nach Alter <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufgesplittet nach Altersgruppen, Skala ist die gleiche wie auf Gesamtdeutschlandkarte</li> <li>▪ Sehr hohe 7-Tage-Inzidenzen in Sachsen und Thüringen bei 80+ Jährigen, vermutlich viele Alters- und Pflegeheime betroffen. Trifft nicht auf Kinder zu.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung Trend <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vergleich Vorwoche-aktuelle Woche: bildet Kreise mit bedeutender Zunahme und Abnahme ab.</li> <li>▪ Stärkste Zunahme im LK Stadtverband Saarbrücken, vermutlich Datenartefakt.</li> <li>▪ Viele LK, in denen die 7-Tage-Inzidenz zunimmt, weniger in denen sie abnimmt. Keine klare Tendenz sichtbar.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei 80+ Jährigen am größten, bei 15-34 Jährigen gestiegen, am wenigsten betroffen sind weiterhin Kinder.</li> </ul> </li> <li>○ COVID-Fälle nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starke Abnahme bei Schulen und Kitas</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (Diercke)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auch Abnahme bei §36 Einrichtungen: Tatsächlich oder auf Grund von mehr unvollständigen Meldungen?</li> <li>○ Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin hohe Todesfallzahlen</li> <li>▪ In KW 52 ca. 4.500 Personen innerhalb einer Woche verstorben.</li> <li>▪ Verzögerung der Übermittlung von Todesfällen im Vergleich zur Übermittlung von Meldedaten</li> <li>▪ Üblicherweise werden Todesfälle innerhalb einer Woche nachgemeldet. Zum Teil werden jedoch auch 2-3 Wochen zurückliegende Todesfälle gemeldet. Todesfallzahlen liegen deshalb mit Verzögerung vor.</li> <li>▪ Bis Ende der Woche hierzu Auswertung fürs BMG</li> </ul> </li> <li>○ Warum unterscheiden sich die Inzidenzen bei Heatmap und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer?</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe - Heatmap <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heatmap wird rückwirkend aktualisiert, dadurch erhöhen sich 7-Tage-Inzidenzen rückwirkend durch Nachmeldungen.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird die Inzidenz ausgewiesen, die am jeweiligen Tag berichtet wurde.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Inzidenz stimmt deshalb nicht mit Heatmap überein.</li> <li>▪ Entscheidung: keine Änderung der Grafik, stattdessen deutlich machen, dass Inzidenz des jeweiligen Berichtstages ausgewiesen wird.</li> </ul> </li> <li>○ Darstellung nach Infektionsumfeld: Schule ist unter Ausbildungsstätte subsumiert. Sind genauere Angaben möglich? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist in Meldedaten differenzierter angegeben.</li> </ul> </li> <li>○ Wie viele Meldefälle hatten zuvor einen positiven Antigentest?</li> </ul>	<p>Abt.3 (Hamouda)</p>
--	---	----------------------------





	<p>ausgebildetes Personal, Personalmangel, keine externe Unterstützung. Unterstützung und nicht Untersuchung ist im Moment notwendig.</p> <p><b>Testungen und Positivenanteile in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg Anzahl Testungen, Rückgang Positivenanteil</li> <li>▪ Rückgang Anteil positiv Getesteter auch in Thüringen und Sachsen.</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl Testungen steigen in allen Altersklassen, nur nicht bei den 0-14 Jährigen.</li> <li>▪ Bei den 0-4 und 5-14 Jährigen steigt die Positivenrate, aber nicht die Anzahl Testungen.</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testung in Arztpraxen nimmt zu, jedoch immer noch nicht so viele Tests wie vor Weihnachten.</li> <li>▪ Sehr hohe Positivenrate in Arztpraxen geht wieder zurück.</li> </ul> </li> <li>○ Zeit zwischen Abnahme und Test <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Großer Zeitverzug in Thüringen, ist vollständig zurückgegangen.</li> </ul> </li> <li>○ Ergebnisse zu Antigentests folgen nächste Woche</li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichte Ausbremsung der ICU Belegung, möglicherweise Effekt des 2. Lockdowns, jedoch weiterhin über 5.000 Fälle in Behandlung.</li> <li>▪ Viele tägliche Neuaufnahmen und Verlegungen sowie Zunahme der Todeszahlen in letzten 2 Wochen.</li> <li>▪ &gt; 90% der Patient*innen brauchen respiratorische Unterstützung.</li> <li>▪ 8 BL verzeichnen einen kritischen Anteil von mind. 25% an ihrer Gesamtkapazität.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>P4 (Schlosser)</p>
--	--	--

- 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
  - In 10 BL ist der Anteil freier betreibbarer Intensivbetten unter die kritische 15%-Marke (Puffer für Reaktionsfähigkeit) gesunken.
- 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](#))**

- GrippeWeb
  - Nach wie vor sinkende Zahlen, ARE Aktivität wurde gedrückt. Das zeigt, Bevölkerung hält sich an Maßnahmen.
- ARE-Konsultationen
  - Konsultationsinzidenz ist im Vergleich zur letzten Woche wieder gestiegen, jedoch niedrigster Wert in letzten 20 Jahren.
- 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.





	<p><b>! Mobilität zum Jahresende 2020</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Vollständiger Report online: <a href="https://www.covid-19-mobility.org/de/reports/report-christmas-2020/">https://www.covid-19-mobility.org/de/reports/report-christmas-2020/</a></li><li>○ Mobilität im Gesamtjahres-Überblick<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vergleich mit 2019: Reduktion um ca. 40% auf dem Höhepunkt des 1. Lockdowns.</li><li>▪ Zum Jahresende erneute Mobilitätsreduktion um ca. 40% im Vergleich zum Jahresdurchschnitt, setzt sich zusammen aus Effekt des Lockdowns und der üblichen Mobilitätsreduktion zu Weihnachten.</li></ul></li><li>○ Mobilität während der zweiten Welle<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 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.</li></ul></li><li>○ Mobilität an Weihnachten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mobilität an Weihnachten war etwas geringer als im Vorjahr: 24.-26.12.: -11%, -14%, -19%.</li><li>▪ An Weihnachten üblicherweise reduzierte Mobilität, Effekt von Lockdown ist nicht additiv. 2020 stieg die Mobilität nach Weihnachten nicht mehr so stark an.</li></ul></li><li>○ Langdistanz-Reiseverkehr zum Jahresende (ab 100 km)<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Deutlich weniger Reiseverkehr als 2019, spricht für Einschränkung beim Reiseverhalten.</li><li>▪ Weniger Reiseverkehr nach Feiertagen, an Sonntagen und um Weihnachten</li></ul></li><li>○ Ausflugs-tourismus<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Zum Jahreswechsel verstärkt Mobilität in touristische Ausflugsregionen, z.B. Vorpommern-Rügen, Harz, Garmisch-Partenkirchen.</li></ul></li><li>○ Mobilität wird beim Pressebriefing am Donnerstag in den Mittelpunkt gestellt.</li><li>○ 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.</li><li>○ Bei einer Verringerung der Mobilität auf 5 km, würde die</li></ul>	
--	---	--

	<p>Mobilität um 90% reduziert werden. Die Mobilitätsmodi unterscheiden sich dann, z.B. keine Benutzung von öffentlichem Nahverkehr mehr.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Zahl 5 km ist beliebig, ein 15 km Radius ist aber relativ groß.</li> </ul> <p>! Dashboard Differenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei mehreren BL gab es Differenzen zwischen RKI-Meldezahlen und Zahlen auf Landesebene. Nach den Feiertagen wurden viele Fälle nachgemeldet, dadurch entstehen jetzt hohe 7-Tages-Inzidenzen. Die Zahlen können nachträglich nicht angepasst werden.</li> <li>○ Liegt in der Verantwortung der Länder. Für Landesverordnungen sollten nicht vom RKI ausgewiesene Daten verwendet werden, sondern die auf Landesebene.</li> <li>○ Es gibt wohl einen Passus im IfSG, in dem steht, dass RKI Zahlen maßgeblich sind.</li> </ul> <p>! Amtshilfeersuchen aus Brandenburg: ca. 4.000 Fälle sind nicht eingegeben. Offizielle Stellungnahme von Brandenburg mit der Bitte um 1-2 Containment Scouts für Unterstützung der Erfassung der Meldezahlen. Wird geprüft, es handelt sich um mehrere GA, die 1-2 Containment Scouts benötigen.</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b>  ! Neues Merkblatt für ältere Menschen erstellt.  ! Hotlines und Webseiten zur Impfung sind überlastet, sehr viel Informationsbedarf.  ! Zum Teil kommen fehlgeleitete Labormeldungen bei BZgA an. Vorgehen: Rücksendung, Absender informieren.	BZgA (Thaiss)



	<p>! Beobachtungen von Misständen bei der Notbetreuung von Schülern. AP sind lokale Behörden, evtl. über Träger oder Elternverbände einwirken.</p> <p>! Wäre es eine Möglichkeit jedem Haushalt eine Broschüre zum Impfen zuzuschicken? Ist im Moment nicht angedacht, da sehr heterogene Adressatenlage und auch noch nicht genug Impfstoff für alle. Gezielte Ansprache, z.B. von Pflegepersonal oder älteren Menschen scheint sinnvoller.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verschiedene Anmerkungen zu Hygienekonzepten und Nutzung von Homeoffice, Eingehen auf Aerosole</li> <li>○ Erkrankte sollen zuhause bleiben, Homeoffice soll genutzt werden, Besprechungen virtuell, Verzicht auf Dienstreisen</li> <li>○ Ziel: Selbstverpflichtung von Arbeitgeberseite</li> </ul> <p><i>ToDo: Weiterleitung der kommentierten Version an Hr. Wieler, FF Lagezentrum</i></p> <p>! Anfrage vom Spiegel, halten dieses Wochenende Rückschau auf Pandemie, Fragen sind sehr RKI kritisch, Strategien werden besprochen.</p>	<p>FG36 (Haas)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung Flugverkehr aus UK und Südafrika (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ im Moment Fokus auf Rückreisenden aus UK und Südafrika</li> <li>○ 1.1 Allgemeine Hinweise             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „vorübergehende Wiederaufnahme der Empfehlung“: vorübergehend wird gestrichen.</li> <li>▪ Prospektive Nachverfolgung, „je nach Bewertung der Behörden vor Ort auch retrospektiv“ bleibt.</li> </ul> </li> <li>○ Der Kreis der betroffenen Länder wird sich bald ausweiten,</li> </ul>	<p>FG38 (Maria an der Heiden)</p>

	<p>es gibt bereits eine weitere Variante aus Brasilien. -&gt; Wird sukzessive nach Faktenlage entschieden. Zunächst Entscheidung für pragmatisches Vorgehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 3.1 Kontaktpersonen der Kategorie 1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personen, die in den 2 Reihen vor und hinter dem Fall gesessen haben</li> <li>▪ andere Personen und Crew-Mitglieder, sofern eines der anderen Kriterien zutrifft</li> <li>▪ Retrospektiv auf 28 Tage ausgedehnt</li> <li>▪ Ausnahmen für kontinuierliches Tragen einer Maske werden gestrichen.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Anpassen der Infografik, FF IBBS?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel der morgigen Pressekonferenz: Leute sollen motiviert werden, nicht mehr zu reisen.</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 128 Proben in 1. KW, sehr heterogen, was eingeschickt wird.</li> <li>○ Nach wie vor hohe Nachweisquoten (in KW 1: 14,8%)</li> <li>○ Diese Woche 21 Eingänge, davon 2 Proben pos. für SARS-CoV-2</li> <li>○ Rhinoviren sind rückläufig, Positivenrate &lt; 10%. Ist ein Zeichen dafür, dass der Lockdown greift</li> <li>○ keine Nachweise von weiteren Erregern</li> <li>○ Auch Meldezahlen für Influenza sind gering.</li> </ul>	FG17 (Dürrwald)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Auf Freitag verschoben</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! FFP-2-Masken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Bayern ist eine FFP-2 Maskenpflicht ab Montag geplant.</li> <li>○ Es gibt keine neuen Daten zum Eigenschutz von FFP-2 Masken, der über MNS hinausgeht.</li> <li>○ Gestern Abend waren FFP-2 Masken im Großraum München bereits ausverkauft, bereits erste Beschaffungsprobleme.</li> <li>○ Aus fachlicher Sicht es nicht unproblematisch generell FFP-2 Masken zu empfehlen. Dies kann bei Personen mit Vorerkrankungen zu gesundheitlichen Problemen führen und sollte deshalb eine individuelle Entscheidung bleiben.</li> <li>○ Eine generelle FFP-2 Maskenpflicht wird als nicht sinnvoll erachtet. Ist ausreichend, was in FAQ steht oder sollte diese</li> </ul>	FG14 (Brunke)  FG36 (Haas)



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Position deutlicher kommuniziert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Wieler denkt darüber nach.</li> </ul> <p><i>ToDo: Erstellen einer Folie für Pressekonferenz morgen mit nüchternen Hintergrundinformationen zu Masken, FF <a href="#">FG14</a></i></p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ergebnis WHO -TK v. 12.01. zu neuen Varianten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es zwischenzeitlich eine eindeutige Nomenklatur?</li> <li>○ Es gibt 3 Verschiedene, noch ist nicht klar, welche international favorisiert wird.</li> </ul> </li> <li>! Molekulare Surveillance wird ausgeweitet. Am Freitag findet eine TK mit einem Netzwerk von Laboren statt, die sich mit respiratorischen Viren beschäftigen. Hr. Wieler wird dafür werben, dass Sequenzen hochgeladen werden.</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Veranstaltung zur „coronafreien internationalen Mobilität“ der OECD am 14. Januar 2021 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bitte um Teilnahme von BMG</li> <li>○ Initiative zur Wiederbelebung des internationalen Flugverkehrs, Themen: u.a. Teststrategien, die eine baldige Wiederaufnahme des Flugverkehrs ermöglichen sollen</li> <li>○ Steht in Widerspruch zur aktuellen Empfehlung auf Reisen soweit möglich zu verzichten, Antigentests erzeugen falsche Sicherheit</li> <li>○ Aufgabe des RKI ist Schutz der Bevölkerung vor Infektionen, Mobilität trägt zur Verbreitung von Varianten bei.</li> <li>○ Entscheidung: RKI wird nicht teilnehmen</li> </ul> </li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag, 15.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	15.01.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG37                      |
| ○ Lars Schaade       | ○ Tim Eckmanns              |
| ! AL3/Abt. 3         | ! FG38                      |
| ○ Osamah Hamouda     | ○ Ute Rexroth               |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Maria an der Heiden       |
| ! ZIGL               | ○ Inessa Markus (Protokoll) |
| ○ Johanna Hanefeld   | ! IBBS                      |
| ! FG12               | ○ Christian Herzog          |
| ○ Annette Mankertz   | ! P4                        |
| ! FG14               | ○ Susanne Gottwald          |
| ○ Melanie Brunke     | ! Presse                    |
| ! FG17               | ○ Ronja Wenchel             |
| ○ Djin-Ye Oh         | ○ Susanne Glasmacher        |
| ! FG21               | ○ Marieke Degen             |
| ○ Patrick Schmich    | ! ZBS1                      |
| ○ Wolfgang Scheida   | ○ Janine Michel             |
| ! FG24               | ! ZIG1                      |
| ○ Thomas Ziese       | ○ Regina Singer             |
| ! FG 32              | ! BZGA                      |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Heidrun Thaiss            |
| ! FG36               | ! BMG                       |
| ○ Walther Haas       | ○ Iris Andernach            |
| ○ Silke Buda         |                             |
| ○ Stefan Kröger      |                             |





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): 89,8 Mio. Fälle weltweit, &gt;1,9 Mio. Todesfälle (2,2%)</li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 1, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ USA/UK/Russland/Spanien/Deutschland/ Südafrika/ Frankreich/Indien/ Kolumbien</li> <li>▪ Abnehmender Trend nur in Russland und Indien</li> <li>▪ Spanien berichtet viele Nachmeldungen auf Grund von Feiertagen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz &gt; 50 pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 91 Länder/Territorien (Stand 11.01.2021)</li> <li>▪ V.a. in Afrika nimmt die Anzahl der Neuinfektionen zu</li> <li>▪ Amerika: Peru, Ekuador, Venezuela mit Inzidenz &lt;100/100.000,</li> <li>▪ Asia: wenig Veränderung</li> <li>▪ EU: unverändert</li> <li>▪ Ozeanien: Guam wieder auf der Liste</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unverändert</li> <li>▪ Über 500/100 000: UK, Irland Tschechien, Slowenien und Portugal</li> <li>▪ Länder &lt;50/100.000: Griechenland, Finnland, Island</li> </ul> </li> </ul> <p>SARS-CoV-2-Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GB VOC 202012/01 Variante <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in &gt;50 Länder nachgewiesen; davon 22 Länder innerhalb EU</li> <li>▪ Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Verteilung von Sequenzierkapazitäten unklar ist</li> <li>▪ Es wurde Import von UK Variante aus Nicht-UK beschrieben</li> </ul> </li> <li>○ Südafrika 501Y.V2 Variante <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigender Trend mit &gt; 20 Ländern</li> <li>▪ Betroffene Länder: v.a. EU und Grenzgebiete Südafrika</li> </ul> </li> <li>○ Variante Brasilien (P1 (descendent of B.1.1.28)): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erstbeschreibung im Dezember in Manaus/Nordbrasilien</li> <li>▪ Publikation: lokale Ausbreitung angenommen;</li> <li>▪ 13/31 Isolate trugen die Virusvariante; mehrere Mutationen wie E484K, K417T und N501Y, die auch bei brasilianischen Reisenden gefunden wurden, wurden in Japan sequenziert</li> <li>▪ Annahmen, dass die Maßnahmen nicht ausreichend sind, die Compliance gering ist. Es gibt es Meldungen über O2-Reservenknappheit</li> <li>▪ UK: alle Flüge aus Südamerika, Panama, Cape Verde, Portugal (enge Verbindung mit Brasilien) ab heute eingestellt</li> <li>▪ Heute wird entschieden, ob Brasilien als Virusvariantengebiet</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1



	<p>aufgenommen wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG klärt die Frage nach Maßnahmen und Einhaltung in Brasilien;</i>  <i>FG17 klärt die Frage nach wissenschaftlichem Stand möglicher Saisonalität</i></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SurvNet übermittelt: &gt; 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</li> <li>▪ Anzahl der Geimpften: 842.445</li> <li>▪ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber hohes Niveau</li> <li>▪ 7-Tage-Inzidenzen: leichter Rückgang bzw. hohes Plateau; abnehmender Trend in TH und SN, BB und ST hohes Niveau</li> <li>▪ Geografische Verteilung: In SA und TH viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (&gt;100/100.000), insgesamt über 300 LK mit &gt;100/100.000; 2 KL mit &gt; 500/100 000</li> <li>▪ Sterbefallzahlen: Datenstand 50 KW, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 20% sichtbar</li> <li>▪ Meldeverzug Fallzahlen (Bildet den Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn (EB) der Fälle bis Eingang der Meldung am RKI /Auswertung Hr Zacher in Absprache Matthias an der Heiden) In 50% der Fälle vergehen 2-3 Tage zwischen EB und Eingang am RKI; Verzug im Sommer geringer im Vergleich zu KW 53</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Aktuell sind CS im Rahmen eines Amtshilfeersuchens in BB um bei der Falleingabe zu unterstützen. Das müsste retrospektiv die Fallzahlen für BB beeinflussen.</li> <li>○ Die nachträglich übermittelten Fallzahlen werden als Fälle/Differenz zum Vortag gezählt, aber die 7-Tages-Inzidenz wird nicht nachträglich korrigiert. In BB handelt es sich am</li> </ul>	<p>FG38/ZIG/alle</p> <p>FG32</p> <p>FG37/FG32/FG38/alle</p>
--	--	---



	<p>ehesten um Daten aus 2020. Landesbehörde in BB möchte das BL-weite Rollout von Survnet unterstützen um eine Homogenität in der Softwarenutzung zu fördern. Es wurde von Problemen im Zusammenhang mit SORMAS berichtet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das systematische „Liegenlassen“ /nachträgliche Eingabe von Fällen bietet eine Möglichkeit die 7-Tage-Inzidenz zu manipulieren. Es sind zahlreiche Maßnahmen daran geknüpft. Abbildung Übermittlungsverzug (Folie 7) weißt aktuell nicht auf systematisches Handeln hin. Am Mittwoch wurde das aktuelle Vorgehen und dieser Aspekt mit Hr. Wieler diskutiert und eine Korrektur/Anpassung der 7-Tagesinzidenz Abbildung (mit den nachgemeldeten Fällen) im Lagebericht zunächst abgelehnt. Beide Darstellungen sollten erneut nebeneinander betrachtet werden. M. Dierke bereitet es für Montag vor und es soll Hr. Wieler diskutiert werden. <p><b>ToDo: FG32 Vorstellung der 7-Tages-Inzidenzen (mit/ohne Nachübermittlungen) und Entscheidung über die mögliche Aufnahme in den Lagebericht am 25.01.2020.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probleme im Zusammenhang mit SORMAS sind fehlende Rückkopplung zu SurvNet, was in Zukunft (wieder) zu Untererfassung auf Grund von technischen Problemen oder Ablehnung seitens der GAs die Fälle doppelt einzugeben führen könnte. Das sollte ans BMG gespiegelt werden.</li> <li>○ SORMAS ist sehr offensiv mit ihrem Angebot an GA angetreten ohne sicherzustellen, dass eine Schnittstelle zum Meldesystem besteht. RKI hat seinen Beitrag zur Entwicklung einer Schnittstelle zu DEMIS (SORMAS @DEMIS) bereits geleistet, so dass eine Verzögerung seitens des RKIs nicht besteht. Die initiale Einschätzung des Zeitraums, die als sehr konservativ eingestuft wurde, scheint sich zu bestätigen. Auf Grund des hohen öffentlichen Drucks und Interessen werden gleichzeitig parallel Schnittstellen zu kommerziellen Produkten entwickelt.</li> </ul> </li></ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) beschäftigt aktuell viel die INIG</li> <li>○ Sonntag startet eine kleinere Folgemission in den Kosovo zu Labordiagnostikkapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AA legt aktuell einen Fokus auf Westbalkan und ist an die ZIG ran getreten. Die Botschaft in Pristina berichtet, dass ca. 50 000 Personen, die in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt haben, nach den orthodoxen Weihnachtsfeiertagen im</li> </ul> </li> </ul>	ZIGL

	<p>Kosovo sich demnächst die Rückreise aufmachen werden. Es besteht die Sorge um möglichen vermehrten Eintrag. Die Mission wurde erweitert um einen weiteren Laborbesuch. Das Team wird ein großes Privatlabor am Flughafen besichtigen um den Stand und die Möglichkeiten einzuschätzen. Die Inzidenz im Kosovo ist aktuell geringer als in Deutschland und ein möglicher Eintrag kann über die Meldedaten überwacht werden. Daten zu Exposition im Ausland werden demnächst vorgestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzentren an deutschen Flughäfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt Informationen, dass beispielsweise am BER (Betreiber Malteser/CENTOGENE (privat/zahlreiche Testzentren in ganz Dt.) Tests nicht korrekt durchgeführt werden. Die aktuelle Vorgehensweise bei der Probeentnahme ermögliche kaum positive Befunde zu generieren. Einzelne MA berichten, dass man von vielen falsch negativen Befunde ausgehen müsse. Brandenburg ist informiert und kümmert sich. Die Verantwortung liegt bei den Bundesländern und diese sollten natürlich über solche Vorfälle entsprechen informiert werden.</li> </ul> </li> </ul>	FG38
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfragen zu Grenzverkehr sowohl von Arbeitnehmenden wie Arbeitgebenden: Es wird berichtet, dass Auflagen wie Quarantäne oder Testung auf Grund von wirtschaftlichen Bedenken nicht eingehalten werden.</li> <li>○ Neue Produkte zielgruppenspezifische Materialien werden entwickelt (Ältere/ Informationen in leichter Sprache/ emotionale Belastung und Umgang mit Sterbefällen für Pflege), dabei wird ein Modellprojekt aus BY betrachtet und ggf. national ausgerollt.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Könnten unter dem Aspekt: „Wann muss ich zuhause bleiben?“</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse/VPPräs /alle</p>



	<p>zusammengefasst und kommuniziert werden. Dabei können mehrere Aspekte zusammenfassend adressiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Der Aspekt des niedrigschwelligen Home Office mit Appell an Arbeitgeber wurde bereits umgesetzt. Das Verständnis zum Verhalten am Arbeitsplatz kann aufgenommen werden.</li> <li>○ Aktivitäten zu Kommunikation werden am BMG gesteuert.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Degen stellt die Punkte aus dem gestrigen Briefing zusammen und Frau Glasmachen verfasst die Anregungen zusammen. Hr. Schaade bring es in die Steuerungsgruppe „Kommunikation“ (an Hr. Pfeffer/Frau Maida-Laukei?) am BMG ein.</i></p>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Überprüfung Maskenempfehlung (Bayern Pflicht FFP2-Masken im ÖPNV &amp; Einzelhandel) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es gibt keine Änderung der bereits bekannten Evidenz zum Tragen von FFP2 in der Allgemeinbevölkerung (<a href="#">Folie</a>)</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Erste Anfragen zu Mangel an Gesundheitseinrichtungen in Bayern, ob ressourcenschonender Einsatz bei med. Personal möglich.</li> <li>▪ Es kommen Fragen aus der Bevölkerung (soziale Medien), ob die Quarantäne entfällt / ob gleiche Handhabung des KM wie bei med. Personal möglich.</li> </ul> </li> <li>○ Das Tragen von FFP2 benötigt eine arbeitsmedizinische Einschätzung (gesundheitsmedizinische Risikoprüfung) und kann mit Risiken (Dermatosen etc) einhergehen.</li> <li>○ Studien zu Schutzwirkung von nicht angepassten FFP2 bei Influenza zeigen einen vergleichbaren Schutz zu MNS, jedoch</li> </ul>	FG14/ M. Brunke

	<p>besser als MNB. Anregung zur besseren Kommunikation/Erklärung des Fachwissens (FF2 vs. MNS) wie oben angeregt an BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Kommunikation dieser Einschätzung ist herausfordernd da Bereiche mit Vorbildfunktion (z.B. Politik) FFP2-Masken nutzen.</li> <li>○ DGKH und DGHM äußern sich derzeit kritisch zur Nutzung von FFP2 Masken in der Allgemeinbevölkerung.</li> <li>○ Die aktuelle öffentliche Diskussion und bestehende (regionale) Empfehlung/Nutzung könnte als Unsicherheit über zusätzlich mögliche Maßnahmen und aktuelle Entwicklung gewertet werden. 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).</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Diskutierte Aspekte sollten in das nächste Pressebriefing eingebracht werden.</li> </ul> <p><i>ToDo:</i>  <i>T. Eckmanns bespricht eine mögliche Kontaktaufnahme mit DGHM/DGKH (Schulterschluss mit den Fachgesellschaften) mit Hr. Wieler und nimmt Kontakt mit Hr. Hecker (DGHM) auf.</i></p> <p><i>FG14 Kritische Revision der Informationen zu Masken (FAQ) auf der Homepage (Änderungen zur Verbesserung des Verständnisses, keine inhaltliche Änderung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modellierungsstudie (<b>Mittwoch</b>) Nicht besprochen</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>VPräs/FG36/ alle</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 in Quarantäne bei engem Kontakt. Dazu wurde ein Bericht von O. Wichmann erstellt. Es gab kritische Nachfragen aus den Ländern und BMG zum</li> </ul>	<p>FG36/VPräs/ alle</p>



	<p>Einfluss auf die VO und es wurde ein Bedarf an einer Übersicht (EpiBull Artikel) geäußert. ZIG hat zusammen mit Cochrane Südafrika eine Systematic Review zu Auswirkungen unterschiedlicher Einreisbestimmungen erstellt und kann diese nächste Woche vorstellen.</p> <p><i>ToDo:</i> <i>LZ: Aktualisierten Bericht von O. Wichmann mit FG37 und FG 36 teilen. (erledigt, siehe E-Mail Ute Rexroth Freitag, 15. Januar 2021 15:22)</i> <i>LZ: Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten“ am 22.01.2021 auf die Agenda nehmen</i> <i>Fr. Hanefeld (ZIGL): Prüfung möglicher Erstellung einer Übersicht zu „Re-Infektion bei Geimpften und Genesenen“ dazu durch ZIG2; Rückmeldung an LZ</i></p>	
8	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b> Nicht besprochen</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Molekulare Surveillance: Entwicklung einer Empfehlung, was extern sequenziert werden soll (<a href="#">ID2543</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A) Anlassbezogene Indikationen zur Sequenzierung <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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</li> </ul> </li> <li>▪ B) Reise-assoziierte Indikationen (z.B. Proben aus der Untersuchung Einreisender)</li> <li>▪ C) Zur Information: Inländische "Zufallsstichproben" <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proben im Rahmen der Aktivitäten zur integrierten molekularen Surveillance für die Genomsequenzierung an das RKI gesendet (IMSSC2-Netzwerk).</li> </ul> </li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ 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 bereits zirkulierenden Varianten gestärkt werden.</li> <li>○ Konzept sollte sämtliche Labore umfassen und Kriterien für die Auswahl von Zufallsstichproben vorschlagen (Bsp. Bestimmter % Anteil). Die Ergebnisse sollten mit den Daten im GA</li> </ul>	FG36

	<p>zusammengeführt und ausgewertet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Weiteres Vorgehen: Darstellung Gesamtkonzept Handlungsanleitung für GA (1-2 Seiten) Handlungsanleitung für Labore</li> </ul> <p><i>ToDo:</i> <b>FG36: Bis Mitte nächster Woche die Erstellung eines ersten Entwurfs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG17: AG Influenza 454 eingegangen Proben; 44/400 (11%) analysierten Proben sind positive auf SARS-CoV-2 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 46 Proben mit Nachweis von Rhinoviren; 1 Nachweis von Parainfluenza; weiterhin kein Nachweis von Influenza i</li> <li>▪ PCR Schmelzkurvenanalysen werden eingesetzt um deletion von N501Y in positive Proben nachzuweisen (Mutation aus in der UK/Brasilien/Südafrika)</li> </ul> </li> <li>○ ZBS1</li> <li>○ <b>Bitte ergänzen</b></li> </ul>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <b>Strategische Patientenverlegung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 200 000 Dosen monoklonaler AK (Roche/Lilly) können ab nächste Woche bereitgestellt werden. Priorisierung der Verteilung wurde vom BMG abgelehnt. Ausgabe wird über Apothekennetzwerk mit Anschluss STAKOB beobachtet. Die Information zu Produkten kommt auf die Homepage. Zweck der frühzeitigen Gabe im ambulanten Bereich ist die Verhinderung von schweren Verläufen (Gabe benötigt eine engmaschige Überwachung). BMG sieht die Gabe im Krankenhaus und teilstationären Bereichen, das könnte die Arbeitslast erhöhen.</li> <li>○ Strategische Patientenverlegung: In allen 5 Kleeblätter hat sich die Lage (auch Ost) entspannt, keine Verlegung für die nächste Zeit vorgesehen. Über das BMG kam eine Anfrage aus Slowenien für Verlegung von Patienten nach Deutschland. Die Anfrage wird über EWRS offiziell kommuniziert und RKI koordiniert nach bereits bekanntem Vorgehen.</li> </ul>	<p>IBBS</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbruch in einem KH in Ludwigshafen (Vorstellung diese Woche in der EpiLag) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 550 Fälle gesamt (150 Pat/ 400 MA), 35 Todesfälle</li> <li>▪ Beginn KW 45; Ein Unterstützungsangebot seitens des RKIs in KW 46/47 wurde ablehnt. Gestern erfolgte ein Telefonat</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37/FG38</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>als Unterstützung, da das Geschehen noch nicht ganz unter Kontrolle zu sein scheint und die Ausbreitung relativ schnell erfolgte.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell viele Nachmeldung zu Fällen und Ausbrüchen in Kitas und Schulen</li> </ul>	FG36
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meldepflicht und -weg von Heimtest/Selbsttest/private Testpraxen Ein Positionspapier zu diesem Thema wurde im November an das BMG gesandt. Die Meldung von positiven Befunden ist weiter vom BMG empfohlen und es gibt Bestrebungen einer Ausweitung der Testmöglichkeiten. Es scheint weiterhin unklar wie und wo die Befunde übermittelt werden sollen und geniereit viele Anfragen seitens der Länder. Ein Meldeportal in DEMIS ist schwer zeitnah/schnell umsetzbar. RKI braucht Haltung und die Meldewege müssen geklärt werden. Mit Selbstanzeigen von Bürgern werden die GA überfordern. In einigen BL liegt die Testung in der Selbstverantwortung der MA der Pflegeeinrichtungen.</li> <li>○ Eine Möglichkeit wäre die Abgabe über Apotheken mit Aufklärungspflicht. Ein positives Ergebnis sollte den Wunsch nach Bestätigung mittels PCR auslösen, da ein bestätigtes pos. Ergebnis mit Maßnahmen (Isolierung) einhergeht.</li> <li>○ Der Vorschlag Heimtests bei leichter Symptomatik durchzuführen wurde nicht mehr diskutiert und Papier/Vorschlag liegt beim BMG. Aktuell dazu keine Haltung seitens BMG.</li> <li>○ Dieser Punkt muss weiterdiskutiert werden.</li> </ul> <p>○ Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</p>	FG32/alle
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Personen aus Virusvarianten-Gebieten oder Hochinzidenzgebieten müssen zusätzlich zu den oben genannten Kriterien, statt 48 Stunden nach Einreise bereits 48 Stunden vor der Einreise ein Test durchführen lassen und beim Transportunternehmen vorlegen, sonst kann die Beförderung</li> </ul>	FG38



	<p>verweigert werden. Das stellt beispielsweise Schifffreisen/Schiffverkehr vor Herausforderungen, da diese längere Zeit unterwegs sind und Testung auf Schiffen durchgeführt werden muss.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KoNa im Flugverkehr wurde wieder aufgenommen und ist an Einreise aus Virusvariantengebieten gekoppelt. Die Änderungen gehen heute online.</li> <li>○ Eine wesentliche Barriere zu Implementation sind die mit der Testung verbundene Kosten. Monitoring scheint unklar. Einreise mit Auto kann kaum nachvollzogen werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	FG38/ZIG/FG 36/VPräs
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1-Jahr LZ (Stand 13.01.2021, 13 Uhr) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl Krisenstabssitzungen: 191 Tage</li> <li>▪ Koordinierungsstelle/Lagezentrum aktiv: 365 Tage (KS: 12 Tage, LZ: 353)</li> <li>▪ Kumulative Personen-Schichten: 5.514</li> <li>▪ Durchschnittliche Schichten pro Woche: 106 (Max: 150; Min: 19)</li> <li>▪ E-Mails im dedizierten Postfach: 151.246</li> <li>▪ Einträge in das Lageprotokoll: 1.686 V</li> <li>▪ ergebene Aufgaben: 2.580</li> <li>▪ Telefonanrufe im Telefonprotokoll: 1.390</li> <li>▪ Aktivitäten zur Kontaktpersonennachverfolgung durch die Position internationale Kommunikation: 10.072</li> <li>▪ Lageberichte (Deutsch) veröffentlicht 352</li> <li>▪ Lageberichte (Englisch) veröffentlicht 343</li> </ul> </li> </ul> <p>Großer Dank an das ganze Haus für die Unterstützung!!!</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Montag, 18.01.2020, 13:00 Uhr, via WebEx</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	18.01.2021, 13-15:16 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                       |                         |
|-----------------------|-------------------------|
| ! Institutsleitung    | o Ute Rexroth           |
| o Lars Schaade        | ! FG 33                 |
| o Lothar Wieler       | o Ole Wichmann          |
| ! Abt. 1 Leitung      | ! FG 34                 |
| o Martin Mielke       | o Viviane Bremer        |
| o Annette Mankertz    | ! FG36                  |
| ! Abt. 3 Leitung      | o Walter Haas           |
| o Osamah Hamouda      | o Silke Buda            |
| o Tanja Jung-Sendzik  | ! FG37                  |
| ! ZIG Leitung         | o Tim Eckmanns          |
| o Johanna Hanefeld    | ! IBBS                  |
| ! FG14                | o Christian Herzog      |
| o Melanie Brunke      | ! P1                    |
| o Mardjan Arvand      | o Mirjam Jenny          |
| ! FG17                | ! P4                    |
| o Thorsten Wolff      | o Susanne Gottwald      |
| ! FG 21               | ! Presse                |
| o Patrick Schmich     | o Ronja Wenchel         |
| o Wolfgang Scheda     | o Mareike Degen         |
| ! FG 24               | ! ZBS1                  |
| o Thomas Ziese        | o Janine Michel         |
| o Alexandra Hofmann   | ! INIG                  |
| (Protokoll)           | o Regina Singer         |
| ! FG 32/38            | ! BZGA : Heidrun Thaiss |
| o Maria an der Heiden |                         |

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International (nur Freitags) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fälle, Ausbreitung</li> </ul> </li> <li>! National</li> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SurvNet übermittelt: &gt; 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</li> <li>▪ Anzahl der Geimpften: 1.048.160</li> <li>▪ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber hohes Niveau</li> <li>▪ 7-Tage-Inzidenzen: leichter Rückgang</li> <li>▪ Geografische Verteilung: In SA und TH viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (&gt;100/100.000), insgesamt über 300 LK mit &gt;100/100.000;</li> <li>▪ Großstädte mit den höchsten 7-Tage Inzidenzen sind u.a. Nürnberg, Leipzig, Dresden, Essen, Großstädte mit Inzidenz&lt;100 sind u.a. Hamburg, Bremen und Düsseldorf</li> <li>▪ Fallzahlen Montags immer etwas niedriger, relativiert sich im Wochenverlauf; Fallzahlen leicht rückläufig</li> <li>▪ Diskussion: Ist der Rückstau von Meldungen aus Brandenburg behoben? Noch nicht ganz, die Nachmeldungen haben jedoch keinen Einfluß auf die aktuellen Fallzahlen, da die Meldungen mehr als 7 Tage zurückliegen.</li> <li>▪ Rheinland-Pfalz hat nur 2 Fälle gemeldet. Es soll daher ein Disclaimer auf der Internetseite erscheinen;</li> <li>▪ Fehlende Meldungen aus Bayern bzw. Saarland sollen nicht erwähnt werden, da dies durch die üblichen Tagesschwankungen erklärt werden kann.</li> <li>▪ Die aktuelle Einschätzung im Lagebericht soll angepasst werden zu einem leicht sinkenden Trend, der regional unterschiedlich ausfällt.</li> </ul> <p><i>ToDo: Im Lagebericht Text zu leicht sinkenden Fallzahlen anpassen (FF LZ)</i></p> <p><i>TODO: Disclaimer zu fehlenden Meldungen auf Internetseite hinzufügen (FF Presse)</i></p> </li> </ul>	Abt. 3 (O. Hamouda)
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>DEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Projektfinanzierung ist gesichert</li> <li>! Es ist eine Integration eines digitalen Impfpasses angedacht, weitere Ideen sind in Arbeit z.B. freiwillige</li> </ul>	FG21 (P. Schmich)



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Angabe zum Reisegrund bzw. Angaben zu durchgeführten Tests; Aktuell gibt es viele Ideen und Wünsche (z.B. vom BMG) um das System auszubauen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktuell ist immer noch kein Vertrag mit der Bundesdruckerei vorhanden.</li> <li>! Die DEA existiert in 14 verschiedenen Sprachen.</li> <li>! Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern ist sehr gut</li> <li>! Fast alle GA sind an die DEA angebunden; eine Handvoll GA sind nicht angebunden, Gründe dafür werden gerade erhoben;</li> <li>! Eine Verlängerung des Vertrages mit der Post ist erfolgt</li> </ul> <p><b>CWA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Evaluation: Fertigstellung der Kurzbefragung für diesen Monat geplant (inkl. Rücksprache BDFI); Fragebogen ist erstellt und soll diese Woche noch intern kommentiert werden</li> <li>! Es gibt Überlegungen wie man die verschiedenen Apps noch nutzen kann. Beispielsweise eine Husten App. Das Produkt betrachtet das BMG als interessant; ggf. kann darüber im Krisenstab berichtet werden.</li> </ul> <p><b>Datenspende App:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Evaluation der Ergebnisse zur Fieberdetektion erfolgt</li> <li>! Der Algorithmus wurde angepasst; Fieberkurve passt nun besser zu COVID-Fällen</li> </ul>	P4 (S. Gottwald)
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BzGA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Nachgang zur Diskussion am Freitag: Informationen zu FFP2 Masken wird auf Aktualität geprüft.</li> <li>! Statt Alltagsmaske soll zukünftig nur von Maske gesprochen werden</li> <li>! Es erfolgt ein Hinweis darüber, dass Personen, die sich im Umkreis von Kranken (im häuslichen Umfeld) bewegen es vermeiden sollen zur Arbeit zu gehen und Kontakte zu reduzieren</li> </ul> <p><b>Presse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! siehe Punkt FAQ</li> <li>! Diskussion: Sollte das Thema Kommunikationskampagne noch bei dem Treffen der</li> </ul>	BzGA (H. Thais)

	Ministerpräsidenten erwähnt werden? Punkte der Diskussion wurden am Freitag ans BMG weitergegeben. Hr. Schaade wird den Bericht an Hr. Wieler als Hintergrundinformation schicken.	
<b>6</b>	<b>Neues aus dem BMG</b> ! Nicht besprochen	BMG
<b>7</b>	<b>Strategie Fragen</b> a) <b>Allgemein</b> ! Positionspapier: Zero COVID (Dokument <a href="#">hier</a> ) ! Ziel des Dokumentes ist es in Deutschland Null SARS-CoV-2 Fälle zu erreichen. Wie ist die Position des RKI zu diesem Papier? ! Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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;</li> <li>○ Problematisch wäre der mögliche erneute Anstieg nach einem sehr harten Lockdown (siehe Irland),</li> <li>○ Es sollte eher die Kontrolle der Pandemie (Control COVID-19) im Vordergrund stehen, hin zum Übergang zu einer saisonalen Übertragung;</li> <li>○ 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;</li> <li>○ Sollte Inzidenz und R-Wert genutzt werden um Ziele zu erreichen? Welche Werte sollten genutzt werden? Schwierig Strategie an Zahlen fest zu machen, da z. B. Meldezahlen abhängig von Teststrategie. R-Wert regional nicht verlässlich. Inzidenzwert kann als Orientierung genutzt werden, allerdings unter Berücksichtigung der lokalen Begebenheiten; Eine angemessene Reaktion auf lokaler Ebene ist notwendig;</li> <li>○ Konsens: dieses Positionspapier nicht zu unterstützen, sondern auf eigenes Konzept und Stufenplan zu konzentrieren</li> <li>○ RKI Konzept sollte daher um Stufenplan inkl. Vorblatt ergänzt werden</li> </ul> <p><i>TODO: RKI Strategiepapier klarer, prägnanter formulieren</i></p>	Alle



	<p><i>zirkulieren und aktualisieren (FF ?) (zusammen mit Stufenplan Deadline Ende Januar)</i>  <i>TODO: Stufenplan überarbeiten und Vorblatt entwickeln um Maßnahmen zu erklären (FF ?) Deadline Ende der Woche</i></p> <p>! Kommunikation Tschechisches Ministerium (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Information zu Aktivitäten in Tschechien über Hr. Span erhalten. Soll hier ein Antwortschreiben formuliert werden?</li> <li>○ Hintergrund ist die Situation der Pendler, die durch Einreisebeschränkungen betroffen sind.</li> <li>○ Vorschlag von Tschechien: Hochinzidenzgebiete regional auszuweisen und wöchentliche Antigenteste bei Pendlern durchführen</li> <li>○ Konsens: Jeder grenzüberschreitende Verkehr ist ein Risiko; sinnvolles Testprinzip ist notwendig mind. 2-mal wöchentliche Testung der Pendler.</li> </ul> <p><i>TODO: Rücksprache mit BMG (C. Bayer), ob Antwort benötigt wird. (FF ZIG, Fr. Hahnefeld)</i></p> <p>!</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Überarbeitung der FAQ zu Quarantäne bei Genesenen/ Musterquarantäneverordnung (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Widerspruch zwischen FAQ und Musterquarantäneverordnung</li> <li>○ Vorschlag der Textanpassung im Krisenstab diskutiert.</li> <li>○ Konsens Widerspruch kann nicht aufgelöst werden, daher bei Fragen dazu auf entsprechende Quarantäneverordnungen verweisen, unabhängig davon, ob das vom RKI fachlich unterstützt wird.</li> <li>○ Nachfrage wie man Genesung nachweist? Thema soll am Freitag den 22.1.2021 ausführlich besprochen werden</li> </ul> <p>! Überarbeitung der FAQ zu FFP2-Masken (siehe <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungsvorschläge (redaktionelle und inhaltliche) wurden im Krisenstab diskutiert:</li> <li>○ Wichtig Verweis auf Papiere der DGHM;</li> <li>○ Keine fachliche Grundlage zur Empfehlung FFP2-Maske für die Bevölkerung vorhanden, daher Warnung vor unerwünschten Nebenwirkungen hinzufügen</li> <li>○ Redaktionelle Änderungen und Ergebnis der Diskussion wird in Zusammenarbeit mit der</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG38 (M. an der Heiden)</p>
--	---	--

	<p>Pressestelle geprüft und übernommen. P1 wird Wording überprüfen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wann sollte die Änderung der FAQ veröffentlicht werden? Zeitpunkt schwierig da nicht der Eindruck entstehen soll das das RKI seine FAQ aufgrund der Ministerkonferenz und der dort enthaltenen politischen Beschlüsse geändert hat. Da sich die fachlichen Argumente nicht geändert haben, Vorschlag die FAQ erst nächste Woche zu aktualisieren.</li> <li>○ Konsens: FFP2 Masken werden jetzt schon von der Bevölkerung genutzt; Wichtig ist klarzustellen, dass Maske tragen nur eine Komponente ist. FAQ sollten geändert werden, wenn die Evidenz vorhanden ist, allerdings liegt im Bereich des Arbeitsschutzes schon Evidenz dazu vor, wenn diese richtig getragen wird. Endgültige Entscheidung über den Zeitpunkt der Veröffentlichung der geänderten FAQ vertagt.</li> </ul> <p><i>TODO: telefonisch Kontakt zum LGL aufnehmen um zu klären, ob Studien in Bayern zu der Maßnahme geplant sind (FF M. an der Heiden)</i></p>	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b> !	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Vorgesehenes Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten“ verschoben, da FG nicht mehr anwesend	FG33
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG 17:</b>  ! 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  ! FG17 hat eine Probe der SARS-CoV-2 Variante aus Dänemark (Nerze) erhalten, angezüchtet und auch an ZBS1, sowie Friedrich Loeffler-Institut und Paul Ehrlich Institut weitergegeben.  ! FG17 versucht SARS-CoV-2 Varianten, die der UK- oder Südafrika-Linie angehören, aus Patientenmaterial	FG17 (T. Wolff)



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>anzuzüchten</p> <p>! bei saisonalen Coronaviren in tropischen Klimazonen (z.B. in Ghana) sind pro Saison zwei Peaks zu beobachten</p> <p><b>ZBS1:</b></p> <p>! letzte Woche gab es 823 Einsendungen, davon waren 301 also 37% positiv</p> <p>! eine weitere Probe wurde per Sequenzierung als B.1.1.7 Variante identifiziert. Der zuständige Einsender und das GA wurden informiert.</p> <p>! Nachfrage: Ist etwas zur Impfstoffwirksamkeit gegenüber der brasilianischen Variante bekannt? Um diese Frage zu beantworten wird eine Probe der Variante sowie Impfsereen benötigt. Entsprechende Informationen sind noch nicht verfügbar.</p>	ZBS1 (J. Michel)
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! BMG-Erlass: Aktualisierte Musterquarantäneverordnung; Begründungserfordernisse</p> <p>! Kommentar zu § 3 der Verordnung: geforderte Doppeltestung (Heimatort und Zielort) hat nichts mit Quarantäne zu tun</p> <p>! Fachlich auf Papier von Kleist verweisen zu Auswirkungen der Verkürzung der Quarantäne</p> <p>! Textentwurf wird von M. an der Heiden entwickelt und an die in der Aufgabe involvierten zur Kommentierung geschickt.</p>	Alle FG38 (M. an der Heiden)



<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grippe Web: 2. Lockdown zeigt deutlichen Effekt, danach sinken die Werte deutlich; Maßnahmen zeigen einen Effekt, jedoch keine regionale Unterscheidung möglich</li> <li>○ Meldedaten nach Altersgruppen: bis auf AG 15 Jahre und älter, ist die Inzidenz sehr niedrig und die Fallzahlen sind rückläufig</li> <li>○ 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</li> <li>○ Ausbrüche in Schulen: Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) gleiches Niveau wie in KW 49/50 ab 51 rückläufig aufgrund von Schulschließungen,</li> <li>○ Maßnahmen in Schulen und Kitas können nicht verhindern, dass es zu Ausbrüchen kommt.</li> </ul>	FG32 FG36 (W. Haas)
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! 18.01.2021, 17 Uhr: Herr Wieler beim Expertengespräch Bundeskanzlerin und den MPn (Sprechzettel wird vorbereitet) ! 19.01.2021, 11 Uhr: Herr Wieler bei der Sondersitzung Ausschuss Gesundheit	Alle
<b>17</b>	Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.01.2021, 11:00	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	20.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG24
  - Thomas Ziese
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Stefan Kröger
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
- ! IBBS
  - Christian Herzog



- Claudia Schulz-Waidhaas
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Christophe Bayer
- ! MF3
  - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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);</li> <li>○ 4-Tage-R=0,87; 7-Tage-R=0,87 (deutlich unter 1);</li> <li>○ Impfmonitoring: 1.195.429 geimpfte Personen insgesamt, seit Vortag + 49.289 erste Impfung; + 13.252 zweite Impfung;</li> <li>○ ITS: 4.947 (-56): geringerer Rückgang im Vergleich zum Vortag;</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen: deutlich über dem Bundesdurchschnitt, insgesamt jedoch abnehmende Tendenz</li> </ul> </li> <li>○ Geogr. Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin 4 LK &gt; 400 Fälle/100.000 Einw.</li> <li>▪ Abnahme der Anzahl der LK mit Inzidenz von &gt; 300 bzw. &gt; 200 Fälle/100.000 Einw.</li> <li>▪ Nur 19 von 412 LK mit Inzidenz &lt; 50 Fällen/100.000 Einw.</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW – Heatmap <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen AG leichter Rückgang, Hochaltrige weiterhin Inzidenz von &gt; 500 bzw. 600/100.000 Einw. in den letzten 7 Tagen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Über 80-Jährige höchste Inzidenz</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sequenzierungsergebnisse stehen aus</li> <li>▪ <u>Ausbruchsgeschehen - Limburg</u>: erste Hinweise auf Vorliegen der 501-Mutation</li> <li>▪ Schnelle Sequenzierung erforderlich, auch hinsichtlich Mutation (gilt ebenso für Kiel)</li> <li>▪ <u>Ausbruchsgeschehen - Flensburg</u>: ca. 100 Infizierte in drei Firmen (vermutlich aufgrund einer Feier in Dänemark)</li> <li>▪ Verdacht auf Vorliegen einer Mutation, Proben ebenfalls derzeit zur Sequenzierung</li> <li>▪ <u>Ausbruchsgeschehen – NRW Altenheim</u>: viermaliger Nachweis der UK-Variante ohne Bezug zu UK- oder anderen Auslandsaufenthalten</li> <li>▪ Vergleichsweise abgeschiedener Landkreis nördlich Berlins mit steigender Inzidenz: bedingt durch Pendlerverkehr?</li> <li>▪ Nachmeldungen haben keine Auswirkung auf 7-Tages-Inzidenz, lediglich auf Differenz zum Vortrag</li> </ul> <p><b>Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile: weniger Tests als in Vorwoche</li> <li>○ Anzahl positiv getesteter nach Bundesland: Rückgang des Positivenanteils in allen Bundesländern (derzeit ca. 10 %) zeigt breite Wirksamkeit der Maßnahmen</li> <li>○ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG derzeit Plateau, nur bei &gt;80-Jährigen geringe Abnahme; geringste Anzahl der Tests in AG 0-14-Jähriger, höchste Testzahl in AG &gt; 80-Jähriger</li> <li>○ Positivenanteile nach AG und KW: rückläufig über alle Altersstufen</li> <li>○ Abnahmeort: ähnliche Verteilung im Vergleich zu Vorwochen, insgesamt derzeit rückläufige Positivenanteile</li> <li>○ Zeit zwischen Abnahme und Test: derzeit wenig Verzug</li> <li>○ Antigentests in ARS: Anteil positiver Testungen (Linie) derzeit gering</li> <li>○ Antigentests in ARS: PCR-Testung am selben Tag nach positiver AG-Testung: ca. 18 % falsch positiv (ggf. aufgrund</li> </ul>	
--	---	--

Abt. 3  
(Hamouda)





	<p>diagnostische Bereiche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Kannibalisierung“ durch unnötige Testungen ist zu vermeiden (bspw. Wiederbelebung Flugverkehr)</li> <li>○ S-Gen-Ausfälle: von KW52, 2020 bis KW 2, 2021 haben 16 Labore deutschlandweit insgesamt 337 positive Proben mit S-Gen-Ausfall berichtet</li> <li>○ Sequenzierungsempfehlung dieser Proben: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeitige Kapazität im Haus: ca. 400 Proben pro Woche sofern RNA bereits aufbereitet, ansonsten ca. 200 Proben pro Woche</li> <li>▪ Dezentrale Sequenzierung daher zunächst anzuraten (gewährleistet durch die VO), es sollen somit zunächst die regionalen Kapazitäten genutzt werden, auch hinsichtlich Verantwortlichkeit</li> <li>▪ Nur in Ausnahmefällen sind Proben an das RKI zu senden</li> </ul> </li> <li>○ AG-Point of Care: BaWü mit zweistelliger Anzahl an Einrichtungen rückgemeldet, andere BuLä jedoch &lt; 10 beigesteuert, daher vermutlich massive Untererfassung, Zahlen nicht repräsentativ</li> <li>○ Ca. 96% der erfassten positiven AG-POCT gingen in die PCR</li> <li>○ Weitere Akquise in Arbeit, in EpiLag, AGI und Schalte der Testkoordinatoren der BL erneut beworben</li> </ul> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit 4.827 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt (Stand 20.01.2021)</li> <li>○ Ca. 2 Wochen <u>nach</u> 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)</li> <li>○ Sachsen, Berlin, Saarland am stärksten, andere BuLä vergleichsweise gleichmäßig von zweiter Welle betroffen</li> <li>○ Saarland, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein befinden sich jedoch weiter im Anstieg</li> <li>○ Zahlen und Belastung weiterhin sehr hoch</li> <li>○ Ca. 60 % der Intensivbereiche geben an ‚begrenzt‘ oder ‚komplett ausgelastet‘ zu sein, Hauptgrund: Personalmangel</li> </ul>	
--	---	--





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Todesfälle auf ICU mit ca. 200 pro Tag hoch</li> <li>○ In 9 BuLä Anteil von COVID-19-Patient*innen an Intensivbetten zwischen 20-30 % (jedes 4.-5. Bett)</li> <li>○ Freie Kapazitäten stagnieren aktuell auf niedrigem Niveau, in 10 BuLä weniger als 15% freie Kapazitäten vorhanden</li> <li>○ SPoCK: derzeitige Prognose einer möglichen weiteren Stabilisierung der Lage, v.a. in stark betroffenen Ländern</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anfängliche Kapazitätseinschätzungen der Einrichtungen anfangs optimistischer, jedoch viele Verlegungen (! Korrektur) und Kapazität sinkt nicht linear (Belastung durch gestiegenen Behandlungsbedarf! Personalausfall)</li> <li>▪ Einschränkungursachen durch DIVI abgeprüft: Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten wird ermittelt, die Verfügbarkeit von Sauerstoff jedoch nicht (bei STAKOB noch nicht thematisiert)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ 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 &lt; 15 Jahre seit KW 40/2020 extrem niedrige Fallzahlen</li> <li>○ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil, auf Niveau der Vorsaisons, aber AG &lt; 15 Jahre weiter extrem niedrige, AG 35+ hohe bis sehr hohe Fallzahlen, AG 80+ bleibt als einzige Altersgruppe auf sehr hohem Niveau</li> <li>○ Anteil COVID-19 Patienten an SARI: leichter Rückgang in KW 1/2021 (65 %, Vorwoche 70 %) bei stabilen SARI-</li> </ul>	
--	--	--



	Fallzahlen (seit 3 Wochen)	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZIG
3	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen	Schmich
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen ! Wording sollte kommende Woche auf Aktualität überprüft werden	Alle
5	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> ! Nicht besprochen <b>Presse</b> ! Termine PräS: heute ausländische Presse, Freitag Bundespressekonferenz, für folgenden Townhall ggf. Unterstützung nötig ! Masken-FAQ: Begrifflichkeit der „medizinischen Maske“ soll eingeführt bzw. erläutert werden, bereits Nachfragen dazu, Frau Brunke arbeitet diese Änderung ein	BZgA  Presse (Wenchel) Präs
6	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>a) Allgemein</b> <b>Modellierungsstudie (mittwochs)</b> ! Nicht besprochen <b>MPK Beschluss</b> ! Punkt 12: Unterstützung der Länder durch den Bund darin, Studierende hinsichtlich SORMAS zu schulen, sodass diese in den Semesterferien die KP-Nachverfolgung unterstützen können <ul style="list-style-type: none"><li>○ Gesundheitsämter könnten durch diese zusätzlichen Personen eher Belastung erfahren</li><li>○ Hinweis an das BMG auf die bereits erfolgende Unterstützung der Gesundheitsämter durch das RKI über den Einsatz von 800 Containment Scouts erfolgt! Bitte</li></ul>	Alle  Abt. 3 (Hamouda)



	<p>von Herrn Müller an das RKI um einen Bericht dazu bzw. zu deren Management, Herr Eckmanns nimmt Herrn Müller mit in Abstimmungsschleife</p> <p>! Punkt 13 zum flächendeckenden Einsatz von SORMAS und Roll-Out an allen Gesundheitsämtern bis Ende Februar, sowie zur Nutzung von SORMAS und DEMIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auf Seite der Beschlussfassenden ggf. Vorliegen eines Missverständnisses zu den Funktionen von DEMIS, SORMAS und SurvNet (Cave: Schnittstelle SORMAS-SurvNet existiert nicht, Daten müssen derzeit doppelt eingebunden werden; DEMIS: Plattform, im Ausbau befindlich)</li> <li>○ Es muss Klarheit geschaffen werden, welche Funktion und Limitierung die jeweiligen Systeme besitzen</li> <li>○ Herausforderungen und Chancen müssen klar und transparent adressiert werden</li> </ul> <p>! SORMAS sollte nicht lanciert werden, sofern die Schnittstelle nicht funktional ist, andernfalls Konsequenzen aufzeigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei SurvNet sind lediglich ca. 1/3 der Ämter noch anzuschließen</li> <li>○ Erstellung einer erklärenden Grafik, die zentral platziert wird (Grafik bis morgen erforderlich, cave: Sachsen bspw. nutzt anderes System als SurvNet)</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>Ministergespräch – CompuGroup</p> <p>! Vertreter des RKI wurden seitens BMG gebeten, an Folgegespräch teilzunehmen</p> <p>! Teilnehmende: Herr Ziese, Frau Scheidt-Nave, Frau Neuhauser sowie ggf. ein Mitarbeitender aus ZBS1 für labortechnische Fragestellungen (Anfrage wird weitergeleitet)</p> <p>! Im Gespräch soll der sachliche und faktenbasierte Hinweis auf die bisherigen Kritikpunkte erfolgen sowie die Bitte darum, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (siehe SORMAS)</p>	<p>FG24 (Ziese)</p>
--	---	-------------------------



<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für Labore (Dokument <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VO regelt, dass bis zu 5 % der Proben, die in letzter KW bei primärdiagnostizierendem Labor eingegangen sind, sequenziert werden sollen, geregelte Vergütung</li> <li>▪ Kriterien Probenauswahl – zwei Gruppen: 1) Gesamtgruppe aller Proben und 2) Proben aufgrund eines Verdachtes auf eine variant of concern (VOC)</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Strang B: Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen einer Variante nach festgelegten Indikatoren</li> <li>▪ Ggf. Rückfragen an Diagnostikexperten ob Empfehlung hinsichtlich Ct-Werten sinnvoll</li> <li>▪ Darlegung der Durchführung und Informationsübermittlung via DESH, DEMIS, IMS ID, Verknüpfung von Sequenzierdaten mit Meldedaten, siehe Grafik S. 4</li> </ul> </li> <li>○ Für Gesundheitsämter (Dokument <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Probenauswahl und Beauftragung der Sequenzierung</li> <li>▪ Auswahl: ausschließlich beschränkt auf Verdacht – keine zufällig ausgewählten Proben</li> <li>▪ Indikatoren identisch (s.o.)</li> <li>▪ Beauftragung der Sequenzierung durch das Gesundheitsamt beim primärdiagnostizierenden Labor</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abrechnungsmisbrauch: in VO ist Abrechnung via KV vorgesehen, retrospektiv überprüfbar, rechtliche Handhabe</li> <li>▪ Abrechnung kann jedoch nicht Anzahl der eingesandten Sequenzen überprüfen, ggf. Transportkosten als Zusatzkriterium ! (Quittierungs)Mechanismus in Phase 1 einzubringen</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Herrn Kröger um Ergänzung eines Satzes dazu, dass das System das andere ergänzt und zur Verdeutlichung der Zusammenarbeit mit dem KL (ggf. Satzbaustein aus FAQs verwenden)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwellenwert: Ct &lt; 25 sollte enthalten sein</li> </ul>	FG36 (Kröger)
----------	---	------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ct korreliert mit Infektionsstadium, somit sollte keine Verzerrung in epidemiologischer Hinsicht erfolgen, zumal für Sequenzierung wertvoll (Ausschluss fälschlicher Proben durch niedrigen Ct-Wert)</li> </ul> <p><i>To Do: Veröffentlichung der Dokumente morgen bzw. spätestens bis Ende der Woche, via Labornetzwerk und Homepage</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! SARS-CoV-2 Integration in Genom, Implikation für mRNA-Impfstoffe (Dokument <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Qualität des Preprints noch nicht beurteilbar, da Review ausstehend (bislang Veröffentlichung auf Preprint-Server)</li> <li>○ Artefizielles System als Grundlage, daher reale Bedeutung fraglich, soweit kein Befund einer Relevanz für die Impfung</li> </ul> </li> <li>! Labordiagnostik NRZ Influenza             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probenaufkommen in etwa vergleichbar mit Vorwoche</li> <li>○ Von ca. 75 % der Praxen trotz Einsatz eines Kurierdienstes lediglich jeweils eine Probe eingeschickt (Grundanforderung: 3 Proben)</li> <li>○ Es sollen somit 50 neue Praxen rekrutiert werden</li> <li>○ Nachweisrate: auch hier Rückgang: 10 % SARS-CoV-2-positiv, Rhinoviren weiterhin auf niedrigem Niveau</li> <li>○ Erstmals Nachweis von Parainfluenza und NL63 (saisonale Coronaviren) seit langer Zeit</li> <li>○ Influenza: keine Nachweise seit Lockdown</li> <li>○ RespVir: identische Ergebnisse hinsichtlich Influenza und NL63</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17/ZBS1 (Dürrwald) Präs</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AK-Auslieferung für 4. KW wird stattfinden</li> <li>! COVRIN Fachgruppe: Anfrage zu Vitamin D und Ivermectin: Bericht für Kliniker wird erstellt, da berechtigte Fachfragen</li> <li>! Weiterfinanzierung Beratungsnetzwerk für Behandlung</li> <li>! Webseminare wiederaufgenommen: v.a. zu besonderen Fallbesprechungen, intensivmedizinischer Behandlung</li> <li>! Vitamin D: Textbaustein zu PH Prävention wird erscheinen, wird morgen im Expertenbeirat Influenza diskutiert</li> </ul> <p>Entlassungsmanagement hinsichtlich neuer Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit noch kein Anlass zur Änderung</li> <li>! Ausbruch Garmisch-Partenkirchen: von Covid-Station ausgehend, vermehrt Escape-Mutanten! gewisse Gefahren von Covid-Stationen ausgehend, sollte niederschwellig sequenziert werden, ggf. mit FG 17 / ZBS1 besprechen hinsichtlich Immunsuppression als Auswahlkriterium zur Sequenzierung</li> <li>! Immunsuppression: Zusammenhang mit Prädisposition der Entwicklung von Mutationen und relevante Ausscheidung von &gt;</li> </ul>	<p>IBBS (Herzog)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>



	<p>10<sup>6</sup> über 60 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Korrelation zwischen Menge und Infektiosität bzw. Kopplung der Faktoren „Zeit“ und „klinische Besserung“ als Indikator für Überwindung der Infektion auch auf neue Variante anwendbar</li> <li>! Limburg Entlasskriterien eigenständig verschärft (neg. PCR erforderlich)</li> </ul> <p><i>To Do1: Ggf. über STAKOB gezielt um Proben immunsupprimierter Patienten bitten, Rücksprache mit Herrn Herzog</i></p> <p><i>To Do2: Formulierung im Entlasspapier zur Einzelfallbeurteilung und Virusanzucht bei Immunsuppression bitte ergänzen um „und ggf. sequenzieren“ nach Rücksprache mit Herrn Herzog</i></p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! COVID-19/Obdachlosigkeit (Freitag)</li> </ul>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</li> </ul>	FG32 FG36
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (<b>nur freitags</b>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anfragen nach IFG: Bearbeitung durch Lagezentrum in jetziger Form nicht weiter tragbar, gesondert zu besprechen mit L1</li> <li>! Fehlende Aktivität neutralisierender AK bei afrikanischer Variante (E-Mail an ZIG zu Ausführungen seitens CDC)</li> <li>! Preprint dazu: <a href="https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.18.427166v1.full.pdf">https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.18.427166v1.full.pdf</a></li> <li>! Mögliche Konsequenz für Impfung, Reinfektion, T-Zell-Immunität: noch keine belastbare Datenlage bzw. epidemiologische Erfahrung im Feld</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Herrn Voigt um Einschätzung und Bitte an Herrn Wieler um Zusendung einer Bitte um Einschätzung an das PEI</i></p>	FG37 (Eckmanns) FG36 (Haas)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen bzw. jeweils s.o.</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.01.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade, Osamah Hamouda

### Teilnehmende:

- |                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| ! Institutsleitung               | ! FG37                 |
| ○ Lars Schaade                   | ○ Tim Eckmanns         |
| ○ Lothar Wieler, z.T.            | ! FG38                 |
| ! AL1/Abt. 1                     | ○ Ute Rexroth          |
| ○ Martin Mielke                  | ○ Maria an der Heiden  |
| ! AL3/Abt. 3                     | ○ Navina Sarma         |
| ○ Osamah Hamouda                 | ! IBBS                 |
| ○ Tanja Jung-Sendzik             | ○ Christian Herzog     |
| ! FG12                           | ○ Annegret Schneider   |
| ○ Annette Mankertz               | ! P1                   |
| ! FG14                           | ○ Esther-Maria Antao   |
| ○ Melanie Brunke                 | ○ Mirjam Jenny         |
| ○ Mardjand Arvand                | ! Presse               |
| ! FG17                           | ○ Ronja Wenchel        |
| ○ Djin-Ye Oh                     | ○ Marieke Degen        |
| ! FG21                           | ! ZBS1                 |
| ○ Wolfgang Scheida               | ○ Janine Michel???     |
| ! FG33                           | ! ZIG1                 |
| ○ Ole Wichmann                   | ○ Sarah Esquevin       |
| ! FG34                           | ! ZIG2                 |
| ○ Ruth Zimmermann                | ○ Charbel El Bcheraoui |
| ○ Viviane Bremer                 | ! ZIG3                 |
| ! FG35                           | ○ Roland Hassel        |
| ○ Kirsten Pörtner<br>(Protokoll) | ! BZGA                 |
| ! FG36                           | ○ Heidrun Thaiss       |
| ○ Walther Haas                   |                        |
| ○ Silke Buda                     |                        |
| ○ Stefan Kröger                  |                        |



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): 95,6 Mio. Fälle weltweit, &gt;2 Mio. Todesfälle (2,2%)</li> <li>○ Leichter Rückgang bei Neuinfektionen, dafür steigende Todesfälle weltweit</li> <li>○ Top Ten ungefähr gleichbleibend, Trends ebenso, USA, UK, Russland, Deutschland abnehmend, Spanien zunehmend mit starkem expon. Anstieg, Brasilien stabil zur Vorwoche</li> <li>○ In Europa sinkt die Inzidenz bis auf Portugal</li> <li>○ Amerika mit den meisten Neuinfektionen (51%/aller Fälle), dann Europa, dann Asien, Afrika, Ozeanien, Reihenfolge bei Todesfällen ähnlich</li> <li>○ UK Variante in 60 Ländern weltweit nachgewiesen, SA-Variante in 23 Länder, brasil. Variante auch in Italien nachgewiesen</li> <li>○ Israel deutlich führend mit verimpften Dosen/100 Personen, Israel und Bahrain auch führend bei verabreichten 2 Dosen</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SurvNet übermittelt: &gt; 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</li> <li>▪ In meisten Bundesländern Rückgang der 7-Tages-Inzidenz, führend Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt</li> <li>▪ Streuung hat in anderen BL abgenommen, konzentriert sich um Mittelwert</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 7-Tage-Inzidenz: 21 LK&lt;50/100.000, 217 LK 100-250/100.000, 20 LK 250-400/100.000</li> <li>▪ Inzidenz nimmt ab, im Vergleich zur Vorwoche um 26%, auch in den Großstädten</li> <li>▪ Deutliche Übersterblichkeit in KW 51, ca. 24% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19</li> <li>▪ Regionale Unterschiede bei Inzidenz nach verschiedenen Altersgruppen, &gt;80jährige besonders in Ostdeutschland betroffen, keine Stratifizierung nach Aufenthalt in Pflegeheim/Häuslichkeit, vermutlich unterschiedliche Familienstrukturen/ggf. Untererfassung zugrundeliegend?</li> <li>▪ 7-Tage-Inzidenz bei &gt;80jährigen bei 206/100.000 bundesweit</li> <li>▪ DIVI: Belegung geht langsam zurück, regional &gt;70% belegt</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG1/S. Esquevin</p> <p>AL3/O. Hamouda</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ggf. Modifizierung des KP-Managements wenn weitere Daten zu Impfstoffen und Transmissionen nach erfolgter Impfung vorliegen, bei Astra Zeneca gibt es Hinweise, dass es asymptomatische Infektionen gibt nach Impfung (also womöglich auch Virusausscheidung?), bei den mRNA-Impfstoffen gibt es bisher keine Daten dazu</li> </ul> <p><u>Re-Infektionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Re-Infektion nach Studienlage bei 13-18% (ohne Sequenzierung, nur pos. Testergebnis)</li> <li>○ Wird die Wahrscheinlichkeit von Re-Infektionen mit weiteren Mutationen steigen und sollten Genese, wenn sie KP1 sind daher in Quarantäne gehen?</li> <li>○ Welche Rolle spielen neue Varianten bei Re-Infektionen?</li> </ul> <p><u>Genesene vs. Geimpfte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geimpfte sind prinzipiell homogener als Genesene, da es bei Genesenen deutlichere Unterschiede in Immunreaktion gibt</li> <li>○ Andere Länder handhaben Genesene und Geimpfte gleich im Gegensatz zu uns</li> <li>○ Ggf. individuelle Handhabung (z.B. HCW mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen)??</li> </ul> <p><u>Aktuelle Situation in Deutschland:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Krankheitslast ist weiterhin hoch und auch Genese nehmen zu</li> <li>○ Entlastung des Gesundheitssystems als Ziel und Vermeidung von schweren Erkrankungen</li> <li>○ Re-Infektion ist nicht klar definiert, mögliche Re-Infektionen werden teilweise in SurvNet dargestellt</li> <li>○ Zeitraum muss definiert werden für Immunität für Genese</li> <li>○ Bericht aus NRW: 3/5 Fällen mit Re-Infektion, auch symptomatische Verläufe bei Re-Infektion</li> <li>○ Wichtig wäre keine Aufweichung der Maßnahmen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, Schutz der Patienten steht im Vordergrund</li> <li>○ Zudem auch einheitliche, einfache KP-Empfehlungen wichtig, unabhängig von Sequenzierungsempfehlungen</li> </ul> <p><i>ToDo: Entwurf mit Abschaffung der bestehenden Empfehlung für Genesene und Vereinheitlichung, danach erneute Diskussion im Krisenstab kommende Woche (FG36)</i></p>	
--	---	--



	<p><i>verschoben um Presse an Freitagen zu entlasten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FAQs zu FFP2 und MNB werden überarbeitet (Presse, FG14)</li> <li>▪ Fortführung der händischen Liste der neuen Varianten bis SurvNet überarbeitet ist (Maria a. d. Heiden/N. Zeitlmann)</li> </ul>	
6	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b> ! Modellierungsstudie (<b>mittwochs</b>)</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p>	Alle P4 (Brockmann)
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! keine</p>	Alle
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Astra Zeneca EMA-Zulassung ggf. Ende nächster Woche, 50 Mio. für Dtd. vorbestellt für nächsten 2 Quartale</li> <li>! STIKO sieht Wirksamkeit im höheren Alter als Problem, ggf. keine Empfehlung für Personen &gt; 60 LJ, Impfeempfehlung noch ausstehend</li> <li>! viele praktische Anfragen zu Impfungen (Impfungen von Genesenen, neue Varianten etc.),</li> <li>! Leitfaden für Pflegekräfte mit Fokus auf Impfung geplant</li> <li>! Aktualisierung der Impfverordnung in Vorbereitung</li> <li>! Hinweise zu Problemen bezgl. Protektion gegenüber brasilianischer Variante, UK Variante eher kein Problem</li> <li>! Akzeptanz in der Bevölkerung von Astra Zeneca bei schlechterem Schutz fraglich, Problem des 2-Klassen-Impfschutzes &amp; Kommunikationsproblem</li> </ul>	FG33/O. Wichmann
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FG17: in virolog. Surveillance ca. 440 Einsendungen, davon xxx SARS-CoV-2 positiv, Sequenzierung läuft noch, zudem nachgewiesen Rhinoviren, Parainfluenza, keine Influenza</li> <li>! 200/675 (30%) SARS-CoV-2 positiv, gestern 3 neue B1.1.7 Varianten aus Neukölln (ob Reiseanamnese vorhanden ist unklar), mögliche Re-Infektion mit tödlichem Verlauf, Positiv-Nachweis bei einem Geimpften</li> </ul> <p><i>ToDo: Abteilung 3 benötigt perspektivisch Laborliste für Gesundheitsämter für Variantenerfassung (FG17/ZBS1)</i></p>	FG17  ZBS1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nichts Neues</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Siehe oben</li> </ul> </li> <li>! COVID-19/Obdachlosigkeit, Folien <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Hintergrund</u>: Anfragen bei nCoV-Lage:</li> </ul> </li> </ul>	FG36  FG34/FG38 N. Sarma, R.



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldedaten (§36 - Obdachlosenunterkünfte bisher nicht ausgewiesen)</li> <li>▪ Wunsch nach einheitlichen Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 bei Obdachlosen</li> <li>○ <u>Herausforderungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zurückhaltige Testung, da keine Quarantäne/Isolierungsmöglichkeiten und schwierige Testergebniskommunikation</li> <li>▪ Fehlende Hygiene/Testkonzepte /Empfehlungen</li> <li>▪ Obdachlosigkeit als Risiko für schweren Verlauf</li> </ul> </li> <li>○ Internationale Empfehlungen (z.B. CDC oder PHE) vorhanden</li> <li>○ RKI-Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 unter Wohnungslosen gewünscht???</li> </ul> <p><i>ToDo: Rücksprache mit Leitung bezüglich möglichen Empfehlungen/RKI-Publikationen/Partnerinstitutionen (z.B. Charité) (N. Sarma, R. Zimmermann)</i></p>	Zimmermann
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</p>	FG32 FG36
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Erfahrungen mit der neuen Einreise VO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlreiche Einreisende an den Flughäfen ohne Dokumente, teilweise auch Flughäfen ohne Kontrollen, Ahndung von Verstößen</li> </ul> <p>! Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete&gt;&gt; Vertagung</p> <p><i>ToDo: Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete (FG38)</i></p>	FG38/Maria an der Heiden
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Umgang mit 08.03. (Feiertag Berlin) ausstehend</p> <p><i>ToDo: Umgang mit 08.03. (Feiertag in Berlin) (FG38)</i></p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 25.01.2021, 13:00</p>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	25.01.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                       |                                     |
|-----------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung    | ○ Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ○ Lars Schaade        |                                     |
| ○ Lothar Wieler       |                                     |
| ! AL1/Abt. 1 Leitung  | ! FG 34                             |
| ○ Martin Mielke       | ○ Viviane Bremer                    |
| ! FG 12               | ! FG36                              |
| ○ Annette Mankertz    | ○ Walter Haas                       |
| ! AL3/Abt. 3 Leitung  | ○ Silke Buda                        |
| ○ Osamah Hamouda      | ○ Stefan Kröger                     |
| ○ Tanja Jing-Sendzik  | ! FG37                              |
| ! ZIG Leitung         | ○ Tim Eckmanns                      |
| ! FG14                | ! IBBS                              |
| ○ Melanie Brunke      | ○ Christian Herzog                  |
| ○ Mardjan Arvand      | ! P1                                |
|                       | ○ Mirjam Jenny                      |
| ! FG17                | ! Presse                            |
| ○ Thorsten Wolff      | ○ Ronja Wenchel                     |
| ! FG 21               | ○ Marieke Degen                     |
| ○ Patrick Schmich     | ! ZBS1                              |
| ○ Wolfgang Scheida    | ○ Janine Michel                     |
| ! FG 32               | ! ZIG1/INIG                         |
| ○ Michaela Diercke    | ○ Sarah Esquevin                    |
| ! FG 38               | ! BZGA                              |
| ○ Ute Rexroth         | ○ Heidrun Thaiss                    |
| ○ Maria an der Heiden |                                     |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b> International (<b>freitags</b>) <b>National</b></p> <p>! Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt 2.141.665 Fälle, davon 52.087 (+217) Todesfälle (2,4 in%), 7-Tage-Inzidenz 111/100.000 Einwohner</li> <li>○ 4-Tage-R=1,06; 7-Tage-R=0,95 (Stand 25.01.2021)</li> <li>○ Impfmonitoring (24.01.2021): Geimpfte mit einer Impfung 1.469.353 (1,8%), mit 2 Impfungen 163.424,</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4628 Fälle in Behandlung (-32)</li> <li>○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 351, davon 39% verstorben</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: in allen Bundesländern leicht rückläufigen Trend, auch TH, SN, BB.</li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind SN, TH, ST <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein LK &gt; 500/100.000</li> <li>▪ Einige Landkreise &lt; 50/100.000 (überwiegend im Norden)</li> </ul> </li> </ul> <p>Beurteilung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> <li>○ Es ist nicht von einer Untererfassung auszugehen, (über DEMIS sind 5000 Meldungen eingegangen).</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: kein Anstieg, weiterhin leichter Rückgang</li> </ul> <p><b>Grafische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz</b></p> <p>! Bisher wurden die Darstellungen des jeweiligen Tages nicht mehr verändert („eingefroren“). Fälle waren nach Berichtsdatum eingetragen, was zu einer Unterschätzung von etwa 7-15% führt, da Daten vom Vortag jeweils noch nicht vollständig sind. Jetzt soll rückwirkend für den zurückliegenden Tag korrigiert werden</p> <p>! Eine Darstellung der Kurve mit Korrektur würde zu einer besseren Übereinstimmung mit WHO und ECDC führen</p>	<p>FG 32 M. Diercke</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Der Vorwurf einer absichtlichen Unterschätzung würde entkräftet</p> <p>! Beispieldarstellung: korrigierte Kurve ist entspannter, zeigt aber bspw. für Sachsen für zurückliegende Daten eine deutliche Unterschätzung der 7-Tage-Inzidenz</p> <p>! Der Bereich, der wegen noch unvollständiger Daten in jeder aktuellen Darstellung unterschätzt ist, soll mit grauem Balken hinterlegt und einem Hinweis versehen werden</p> <p>Diskussion:</p> <p>! 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</p> <p>! Könnte für die Länder problematisch sein: Verordnungen richten sich nach den Zahlen, die das RKI täglich ausweist</p> <p>! Es könnte zwar ein Problem sein, dass mit der rückwirkenden Korrektur in D eine 7-Tage-Inzidenz von &gt;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</p> <p>! Für den mit dem grauem Balken hinterlegten, unterschätzungsgefährdeten Zeitraum (s.o.) können aktuelle Länderdaten herangezogen werden</p> <p>! Die neue Darstellung zeigt, dass Stufenmodelle mit exakten Grenzen wenig sinnvoll sind, auch die Grenze von 50/100.000 wurde nicht auf Basis von RKI Daten bzw. durch das RKI gewählt</p> <p>! Es ist sinnvoll, alle Daten, die zum aktuellen Zeitpunkt vorliegen, in eine Darstellung einzubeziehen. Das ist nur in der neuen Darstellung möglich</p> <p>! Vorschlag: In der Überschrift der neuen Darstellung sollte „Korrektur“ durch „mit Ergänzung der Nachmeldungen“ ersetzt werden. Beschreibung der alten Darstellung: „Dokumentation der Daten, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorlagen“</p> <p>! 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</p> <p>! 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.</p> <p>! Vorschlag: Für eine Woche parallele Veröffentlichung der</p>	<p><i>Alle</i></p> <p><i>L. Wieler</i></p> <p><i>L. Schade</i></p> <p><i>O. Hamouda</i></p> <p><i>U. Rexroth</i></p> <p><i>W. Haas</i></p> <p><i>T. Eckmanns</i></p> <p><i>M. Diercke</i></p>
--	--	---

	<p>bisherigen und der korrigierten Kurve.</p> <p>! Ergebnis: Parallele Darstellung beider Kurven über 3 Tage, dann Wechsel zur korrigierten Darstellung</p> <p><i>ToDo: Bisherige Darstellung und korrigierte Darstellung sollen am Dienstag 26.01., Mittwoch 27.01 und Donnerstag 28.01. parallel veröffentlicht werden.</i></p> <p><i>ToDo (ohne Deadline) Nowcasting versuchsshalber auf die 7-Tage-Inzidenz anwenden,</i></p> <p><b>Ausbruch mit B.1.1.7 im Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin (HUK)</b></p> <p>Kurzbericht</p> <p>! Muna Abu Sin und Sofia Burdi sind vor Ort um die Linelist-Erstellung zu unterstützen</p> <p>! Genaue Anzahl der VOC-Fälle, etwa 20, ist noch nicht geklärt</p> <p>! Seit Freitag: Klinikum ist für die Aufnahme von Notfällen und von neuen Patienten geschlossen.</p> <p>! MA stehen unter Pendelquarantäne</p> <p>! Rückwirkend bis 01.01.2021 werden 100 Verlegungen verfolgt und die Zieleinrichtungen informiert.</p> <p>! Von etwa 1000 Entlassungen werden 104 vor Ort oder durch mobile Teams nachgetestet</p> <p>! MA und Patienten werden 2x/Wo PCR-getestet</p> <p>! Vivantes Klinikum Spandau ist durch gemeinsamen Chefarzt und OÄ d. Kardiologie involviert</p> <p>! Dialyse- und Chemotherapie- und Psychiatrie-Patienten werden weiterbehandelt, um Eintrag in andere Einrichtungen zu vermeiden</p> <p>! Es soll zeitnah festgelegt werden, welche Fragestellungen/Fragen zu B.1.1.7 im Rahmen des Ausbruchs betrachtet werden sollen</p> <p>! Fälle sollen 2-tägig getestet werden</p> <p>! Zunächst geht es darum, den Ausbruch in den Griff zu bekommen, Virusübertragung nach außen zu vermeiden und interne Maßnahmen festlegen</p> <p>! Die parallele Untersuchung von Ausbrüchen mit der klassischen Sars-CoV-2 Variante und B.1.1.7 ist jetzt möglich</p> <p>! Hinweis: Auch bei dem Ausbruch in Hamburg (Airbus) mit 22 Fällen steht der V.a. B.1.1.7 im Raum</p> <p>! Frage: Ist im HUK Einzelquarantäne möglich, oder wird Kohortenquarantäne angestrebt?</p> <p>Antwort: Bettenbelegung ist derzeit gering, räumliche Kapazitäten sind wahrscheinlich gegeben, Frage soll noch heute geklärt werden</p> <p>Grundsätzlich sollen Fälle in drei Gruppen getrennt werden: (a) klass. Variante, (b) B.1.1.7, 3. (c) Unklar</p> <p>! Frage: Wurde sequenziert oder wurden die Fälle nur über PCR ermittelt?</p> <p>! Antwort: Bisher über PCR, Sequenzierung von bisher 8 Isolaten soll über RKI, IMS und ZBS1 demnächst erfolgen.</p>	<p>Position Lagebericht</p> <p>M. a d Heiden?</p> <p>T. Eckmanns</p>
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Vorschlag: Von allen diagnostizierten Fällen sollten Sequenzierungen durchgeführt werden	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> !	ZIG
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> <b>Nicht besprochen (vertagt wegen Zeitmangel)</b>	FG 21 S. Gottwald P. Schmich
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Einschätzung der Schwere der UK Variante (B.1.1.7) <b>Auf Mittwoch vertagt</b>	Alle FG 37
5	<b>Kommunikation</b> <b>BZGA:</b> ! Es sind zahlreiche Aktionen geplant, die genutzt werden können, um Informationen zu kommunizieren. ! Fragen aus der Bevölkerung zu den Optionen einer Präferenzierung im Rahmen der Impfpriorisierung ! Antwort: Hier sind die Möglichkeiten derzeit noch durch den Impfstoffmangel begrenzt und werden sich mit der Verfügbarkeit erweitern. <b>Presse:</b> ! Frage: Es gibt eine Ministeräußerung, nach der Antigen-Tests für die private Verwendung (Heimtestung) zugänglich gemacht werden sollen. Soll zu mehr Freiheit und Mobilität führen. ! 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 (M. Mielke), 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“	M. Degen





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>wir leichten Zugang haben, mehr Überblick verschaffen, dann an die Öffentlichkeit gehen? Antwort: Zu viel Zeitverzug</p> <p>! 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</p> <p><i>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 Immunsuppression sollte grundsätzlich Sequenziert werden.</i></p> <p><b>Getrennte Isolierung von Kohorten</b></p> <p>! Datenlage: Fallbericht aus Limburg, beide Erreger (klass. Variante und VOC) wurden nachgewiesen Fallbericht HUK: Nach Reinfektion sehr rasch verstorbener Patient ! Empfehlung: getrennte Isolierung</p> <p>Diskussion:</p> <p>! Dies wird auch bei anderen Erregern mit unterschiedlich virulenten Varianten so gehandhabt ! Einigung: getrennte Isolierung von Kohorten wird empfohlen.</p> <p><b>Kontaktpersoneneinstufung</b></p> <p>! 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</p>	W. Haas
--	---	---------

	<p>„Kontaktpersonen 2. Grades“ gesprochen werden, um eine Verwechslung mit KP II zu vermeiden!</p> <p><i>ToDo: Klären, ob der Hinweis auf ein Kontakttagebuch hier auch aufgenommen werden soll, oder bereits in den Dokumenten empfohlen ist.</i></p> <p><b>Gebietssperrungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage einer Riegelungsimpfung stellt sich bei derzeitigem Impfstoffmangel nicht</li> <li>! Abriegelung geografischer Einheiten wird nicht empfohlen, Abriegelung von Stadtteilen ist kaum möglich bzw. kontrollierbar und führt zu falschen Sicherheitsannahmen in nicht betroffenen Gebieten.</li> <li>! Die Abriegelung von Einrichten kann Im Rahmen von Ausbruchsgeschehen sinnvoll sein. (Beispiel HUK). Beispiel Tönnies: Wohneinrichtungen unter Quarantäne ohne interne Kohortierung sind keine gute Lösung Beispiel HUK: auch hier ist die Abriegelung eingeschränkt: bei Pendelquarantäne werden die Haushaltsmitglieder der Pendler nicht quarantänisiert. Erreger hat die Einrichtung wahrscheinlich schon verlassen.</li> <li>! Gebietssperrungen wie bei Tierseuchen (MKS) sind schwer vorstellbar</li> <li>! Fazit: Abriegelung ist zum jetzigen Zeitpunkt keine sinnvolle Maßnahme, um die Ausbreitung zu verhindern. (zu spät).</li> </ul> <p><b>Empfehlungen für Pflegeheime nach abgeschlossener Impfung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wann kann hier eine fertige Empfehlung geliefert werden?</li> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Diesbezügliche Stellungnahme mit bis 25.01.2021 Dienstschluss formulieren</i></p>	<p><i>T. Eckmanns</i></p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Wie soll bei Genesenen vorgegangen werden (im Kontext mit Geimpften):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Textvorschlag „Anpassung der Version vom 15.1. bez. des Managements von Kontaktpersonen der Kategorie 1 mit vorbestehender bestätigter SARS-CoV-2 Infektion oder</li> </ul>	<p><i>W. Haas</i></p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Impfung“ steht zur Diskussion (Entwurf <a href="#">hier</a>)</p> <p>Vorschlag 1: Falls Kontakt innerhalb von 3 Monaten nach Infektionsnachweis vorliegt: keine Quarantäne, Ausnahme: Kontakt mit vulnerablen Gruppen (dies entspricht dem ECDC-Vorschlag).</p> <p>Vorschlag 2: aufgrund der zirkulierenden Mutanten wird auch für Genesene Quarantäne empfohlen</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Vorschlag 2 ist einfach, bedeutet jedoch einen Kurswechsel, lässt sich durch Hinweis auf neue Varianten begründen, obwohl bisher wenig Informationen zu VOC vorliegen</li> <li>! Vorschlag 2, Quarantäne auch für Genesene, wird angenommen, mit dem Hinweis auf die Zirkulation neuer Varianten (auch die Brasilien-Variante soll erwähnt werden).</li> </ul> <p><b>Quarantäne für KP I bei Kontakt mit VOC:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es soll auf den „Infobrief 53 (22.01.2021) für Gesundheitsämter zur Beauftragung einer Genomsequenzierung von SARS-CoV-2-positiven Proben bei Verdacht auf das Vorliegen einer Variant of Concern (VOC)“ hingewiesen und verlinkt werden</li> <li>! Textvorschlag für die Hinweise zur Anordnung der Quarantäne: Die Quarantäne soll nicht auf &lt;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?</li> </ul> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Empfehlungen sollten möglichst einheitlich bleiben, PCR bei Abschluss der Quarantäne wäre eine Sonderregelung</li> <li>! IN UK erfolgten, außer Schulschließungen, keine weiteren Anpassungen der Maßnahmen in Reaktion auf B.1.1.7.</li> <li>! Fraglicher Zusatznutzen des abschließenden PCR, Verantwortung wird damit delegiert</li> <li>! PCR würde einen Rückblick auf 16 Tage erlauben, möglicherweise liegen Ansteckungen mit VOC weiter präsymptomatisch zurück</li> <li>! Hinweis: Zurückhaltung bei immer kleinteiligeren Empfehlungen ist erforderlich – GÄ sind überfordert, es dauert etwa 4 Wochen, bis sich Änderungen in der Breite</li> </ul>	Alle
--	--	------

	<p>durchsetzen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einigung zugunsten der Einheitlichkeit:</li> <li>! Bei Verdacht auf oder Nachweis von VOC keine Verkürzung der Quarantäne auf &lt; 14 Tage, Selbstmonitoring für eine weitere Woche nach Quarantäne wird empfohlen, kein PCR-Test vor Entlassung</li> <li>! Frage: sollte VOC bei Verdacht nicht innerhalb von 14 Tagen nachgewiesen werden?</li> <li>! Antwort: Das ist nicht realistisch (z.B. werden Proben nicht immer eingesendet, spezielle PCRs fehlen etc.)</li> </ul>	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b>	FG33 Tim Eckmanns
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG 17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AGI Sentinel: 303 Einsendungen, 10,9 % positiv für SARS-CoV-2, 7 % positiv für Rhinoviren, 3x saisonaler Coronavirus, 3x Parainfluenzavirus 3, kein Influenzanachweis.</li> <li>! Die Influenzasaison wird mild ausfallen</li> <li>! B.1.351 konnte erfolgreich angezüchtet werden, auch bei B.1.1.7 erfolgversprechender Versuch, ZBS1 ist einbezogen</li> <li>! Proben aus HUK sind über IMS eingetroffen</li> <li>! Lieferweg der eingesendeten Proben sollte vereinheitlicht werden,</li> </ul> <p><i>ToDo: Direkte Abstimmung mit allen Beteiligten</i></p> <p><b>ZBS1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! letzte Woche gab es 819 Einsendungen, davon waren 262 also 32% positiv</li> <li>! ZBS 1 unterstützt bei HUK-Ausbruch</li> </ul>	<p>ZBS1 FG17 TH. Wolff</p> <p>M. Mielke</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Sobald neue Informationen vorliegen, werden sie auf der Homepage eingestellt.</li> </ul>	IBBS
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kurzbericht zur Anfrage der WHO IPC Büro Europa mit der Bitte um ein Gespräch mit Deutschland und Österreich bezgl. der Empfehlung, im öffentlichen Raum medizinische Masken zu tragen</li> <li>! An der Videokonferenz nahmen I. Andernach (BMG), M. Arvand (RKI) und ein österreichischer Kollege der AGES teil</li> <li>! Es wurden folgende Fragen gestellt: Wurde überlegt, welche Konsequenzen das hat (z. B. auf die</li> </ul>	M. Arvand





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Verfügbarkeit)? Antwort: Laut BMG wurden wohl keine Daten zur Verfügbarkeit eingeholt Wird differenziert zwischen verschiedenen 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.</p> <p>! Anmerkung: Die BAuA hat die Bemerkung zur Verwendung von med. Masken für Privatpersonen aus ihrer Tabelle genommen (sie ist nicht für Privatpersonen zuständig).</p> <p>! Testung vor/nach Einreise aus Virusvarianten-Gebieten (NEU, für Montag) <b>auf Mittwoch vertagt</b></p> <p>! Abgrenzung bzw. Definitionen von Risiko-/Hochinzidenz-/Virus-Varianten-Gebieten -&gt; Verständlichkeit für Anwender*innen <b>auf Mittwoch vertagt</b></p> <p>! Empfehlung, alle nicht essenziellen Reisen im In- und Ausland zu unterlassen <b>auf Mittwoch vertagt</b></p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie, ! nur 1 Folie besprochen (Folien <a href="#">hier</a>) <b>weitere Folien auf Mittwoch vertagt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückgang der Inzidenz in fast allen Altersgruppen, lediglich in der AG 0-5 Jahre kein klarer Rückgang</li> <li>○ Im Gegensatz zu den Schulen: 41 Ausbrüche in KiTas Anstieg 2. KW: 8 Ausbrüche mit &gt;10 Fällen</li> <li>○ KiTas sind allerdings nicht geschlossen, sondern bieten Notbetreuung in unterschiedl. Umfang.</li> <li>○ Sorgfältige Beobachtung ist angebracht (mit Blick auf die Lage in UK), da Schulen weniger betroffen sind.</li> </ul>	<p>FG32 FG36</p> <p><i>W. Haas</i></p>
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen:</b>	

	! Nächste Sitzung Mittwoch, 27.01.2021, 11:00 Uhr, via webex	
--	--	--

**Ende der Sitzung 15:19 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	27.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36
!	Institutsleitung	○ Silke Buda
	○ Lars Schaade	○ Stefan Kröger
!	Abt. 1	○ Walter Haas
	○ Martin Mielke	!
!	Abt. 3	FG37
	○ Osamah Hamouda	○ Tim Eckmanns
	○ Tanja Jung-Sendzik	!
	○ Janna Seifried	FG 38
!	ZIG	○ Maria an der Heiden
	○ Johanna Hanefeld	○ Ute Rexroth
!	FG12	!
	○ Annette Mankertz	IBBS
!	FG14	○ Christian Herzog
	○ Melanie Brunke	!
	○ Mardjan Arvand	MF4
!	FG17	○ Martina Fischer
	○ Ralf Dürrwald	!
!	FG21	P1
	○ Patrick Schmich	○ Ines Lein
!	FG24	○ Mirjam Jenny
	○ Thomas Ziese	!
!	FG25	P4
	○ Hannelore Neuhauser	○ Susanne Gottwald
!	FG 31	!
	○ Alexander Ullrich	Presse
!	FG 32	○ Ronja Wenchel
	○ Michaela Diercke	○ Marieke Degen
!	FG34	!
	○ Viviane Bremer	ZBS2
	○ Matthias an der Heiden	○ Claudia Sievers
	○ Andrea Sailer (Protokoll)	!
		ZIG1
		○ Luisa Denkel
		!
		BZgA
		○ Heidrun Thaiss





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.161.275 (+13.198), davon 53.972 (+982) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 101/100.000 Einw.</li> <li>○ 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.638.425 (2,0%), mit 2 Impfungen 283.264</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4.571 Fälle in Behandlung (-48)</li> <li>○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +580, davon 29% verstorben</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückläufiger Trend setzt sich fort, Abnahme der Inzidenz von 160 auf 101 im letzten Monat</li> <li>▪ deutlicher Rückgang in Thüringen und Sachsen</li> <li>▪ Abbildung mit Berücksichtigung von Nachmeldungen war gestern zum ersten Mal im Lagebericht, bisher keine nennenswerten Fragen dazu.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ keine Datenübermittlung in 1 LK in Brandenburg wegen technischer Probleme</li> <li>▪ Containment Scouts in Brandenburg um Übermittlungsstau zu beheben</li> <li>▪ Schwerpunkt im Osten des Landes</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl SARS-CoV-2-Erregermeldungen über DEMIS und Anzahl übermittelte COVID-19-Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit 1.Dez. mittlerweile fast 300 Labore an elektronische Meldung angebunden.</li> <li>▪ Anzahl der DEMIS-Meldungen korreliert mit übermittelten Fällen</li> <li>▪ Einbruch der Meldungen an Wochenenden auch in DEMIS zu sehen</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (Michaela Diercke)











	<p><i>ToDo: Am Montag wird Flussschema zu Testkriterien nochmal im Krisenstab besprochen.</i></p> <p>! Heimtestung – Änderung Testindikation?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BMG Entscheidung ist gefallen, Heimtests werden eingeführt. Es wird nur noch auf Lizenzierung gewartet.</li> <li>○ Hinsichtlich der Begleitung der Einführung mit einer Informationskampagne ist BMG aufgeschlossen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Wie will man das kontrollieren?</li> </ul> <p>! Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell 900 aktive Ausbrüche in Altenheimen, über 300 Ausbrüche in Krankenhäusern, noch keine Tendenz, dass die Ausbrüche weniger werden.</li> <li>○ Dokument zu Altenheimen ist mit 33 Seiten zu komplex. Es ist eine einfachere Version geplant, soll an Fr. Jenny geschickt werden.</li> <li>○ Ausbruch in Humboldt-KH: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unterschiedliche Varianten zirkulieren, komplexes Geschehen.</li> <li>▪ Englische Variante steht in Zusammenhang mit einem Geschehen in einer Siedlung in Reinickendorf, führt vermutlich auf Ereignis an Weihnachten zurück, hoffen auf Kontakt zum Ausland zu stoßen. Erst Mitte Jan. wurde darauf getestet.</li> <li>▪ Es gibt Familien, in denen die Kontakte noch nicht positiv sind, hier sollen regelmäßige Abstriche nach Protokoll von Hr. Buchholz entnommen werden, um Informationen zum Shedding vor Symptombeginn zu sammeln.</li> <li>▪ Waren die Hygienemaßnahmen adäquat und reichen bei dieser Variante nicht aus?</li> <li>▪ Keine Aussage möglich, in der Regel wird zu spät reagiert. Wenn Hygienemaßnahmen umgesetzt werden, können größere Ausbrüche verhindert</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------

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](#))**

- 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](#))**

- GrippeWeb
  - Leichter Anstieg bei Kindern und Erwachsenen, aber auf sehr geringem Niveau.
- ARE-Konsultationen
  - Von 2. zu 3. KW wieder gesunken, deutlich weniger Arztbesuche als in Vorjahren.
  - In NRW Anstieg nach Neujahr wie jedes Jahr.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl SARI-Fälle bei 0-4 Jährigen auf außergewöhnlich niedrigem Niveau.</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ SARI-Fälle mit COVID-Diagnose                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entspannung ist deutlicher bei allen Fällen, inklusive der noch liegenden, zu sehen im Vergleich zu den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen.</li> <li>▪ Bei allen Fällen im Moment deutlich rückläufig.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Einschätzung Schwere UK VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemeine Ergänzungen, zeitlosere Gestaltung</li> <li>○ Bei Varianten: brasilianische eingefügt</li> <li>○ Umformulierungen: z.B. Mund-Nasen-Bedeckung durch Masken ersetzt, Länder durch Staaten ersetzen</li> <li>○ Bei Frage zu Reiseempfehlungen wird aufs Auswärtige Amt verwiesen. Hier ist eine stärkere Positionierung wünschenswert. Abraten von allen nicht notwendigen Reisetätigkeiten soll ergänzt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Wird noch einmal zirkuliert und dann umgesetzt.</i></p>	FG36 (Buda)
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Aufgrund der Pandemiemüdigkeit werden vermehrt wieder junge Erwachsene in Blick genommen.</p> <p>! Fragen aus Bevölkerung: zum Themenbereich Impfen und von Mitarbeitenden aus Intensivbereich, die nach Hilfsangeboten suchen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Hr. Wieler wird in den nächsten Wochen jeweils freitags an den Bundespressekonferenzen mit Hr. Spahn teilnehmen.</p>	<p>BZgA (Thaiss)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG14 (Brunke)</p>

	<p>! Begrifflichkeiten med. Masken (Sprachregelung) (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Begriff „Medizinische Maske“ wurde aus Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin übernommen.</li> <li>○ Auf Wunsch des BMG-Kommunikationsreferats soll dieser Begriff nicht mehr verwendet werden.</li> <li>○ Auch Fr. Jenny wurde vom BMG zur Sprachregelung bzgl. der Masken angesprochen. Es sind FFP-2 Masken im Umlauf, auf denen steht, dass sie keine med. Masken sind.</li> <li>○ Gemeinsame Sprachregelung: Wie dezidiert soll eine Aussage gegen Alltagsmasken getroffen werden? Alltagsmaske wurde bei BZgA durch Maske ersetzt, einheitliches Wording wäre sinnvoll.</li> <li>○ Aus dem Kommunikationssteuerungskreis des BMG liegt eine schriftliche Vorgabe vor.</li> <li>○ Es wird nur der Begriff „Maske“ verwendet, bei spezifischer Benennung wird medizinischer Mund-Nasen-Schutz und FFP2-Masken genannt.</li> </ul>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Visualisierung von Indikatoren / Veränderung Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Wunsch den Pandemieverlauf besser zu visualisieren wurde Ende letzten Jahres aus dem Krisenstab in Meldedatengruppe getragen.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Tägliche oder wöchentliche Aktualisierung? Es gibt Werte, die täglich und Werte, die nur wöchentlich dargestellt werden können.</li> <li>○ Automatisierbar? Im Moment noch händische Nachbesserungen, könnte aber automatisiert werden.</li> <li>○ Visualisierung ist sehr übersichtlich. Die Systematik und die Zuordnung der Variablen zu Indikatoren sollte nochmal überarbeitet werden.</li> </ul>	<p>ZBS1 (Sievers, Ullrich)</p>



	<p>eine Kollegin aus Abt. 2 in die Gruppe aufzunehmen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feste Zielwerte bei den einzelnen Stufen sind unkomfortabel, da Richtwerte auf Erfahrungen aus der Vergangenheit basieren und Zielwerte immer wieder revidiert werden müssen.</li> <li>○ Schwellenwerte sind für die Politik für Anpassung von Maßnahmen sinnvoll.</li> <li>○ Ein Schlagwort für so niedrige Fallzahlen, dass sie wieder kontrollierbar sind, sollte gefunden werden. Unter 10 (Lancet) scheint reeller.</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Kontaktpersonenmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sprachliche Änderungen, klarer verständlich</li> <li>○ Ergänzung: Kontaktpersonen der Kat. 1 sollen enge Kontakte außerhalb des Haushalts informieren, auch auf Krankheitssymptome zu achten.</li> <li>○ Vorschlag 1 gewählt: innerhalb von 3 Monaten nach Erstinfektion soll keine Quarantäne angeordnet werden. Einigung mit Ministerium.</li> <li>○ Basiert auf aktueller Datenlage zu Reinfektionen und zur Infektiosität. Statt Infektiosität Kontagiosität verwenden.</li> <li>○ Vulnerable Gruppe durch Risikogruppe ersetzen.</li> </ul>	FG36 (Haas)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von 159 Proben wurden 17 pos. auf SARS-CoV-2 getestet.</li> <li>○ Bei Bestimmung der Mutationen wurden 2 positive Proben von Mitte Januar gefunden. Eine aus Jena, die bereits sequenziert wurde, mit der UK-Variante und eine weitere noch nicht sequenzierte. -&gt; Bitte Jena erinnern, diese bei der Landesbehörde zu melden.</li> <li>○ &gt; 30 Proben aus molekularer Surveillance erhalten</li> </ul>	FG17 (Dürrwald)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Idee ist mit Serotracker Allianz zu bilden: Aggregierte Ergebnisse in Serotracker einzuspeisen, damit Ergebnisse für Deutschland im internationalen Vergleich verfügbar, gemeinsame methodische Weiterentwicklung, Dashboard-</li> </ul>	FG25 (Neuhauser)



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Version auf Deutsch.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analysen müssten mit aktuellem, knappem Personal realisiert werden.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Zentral ist die Berechnung der IFR (infection fatality rate). Falls die IFR nicht vom HZI in der Metaanalyse zeitnah angegangen wird, muss sich das RKI auch ohne zusätzliche Mittel damit befassen. Hohe Priorität.</li> <li>○ Zum Darstellungs- und Berichtsmodus wird Fr. Jenny angesprochen.</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! BPK Hr. Wieler Freitag 29.01.</p> <p>! Expertenrat Influenza 28.01.2021; 15-17:30 h</p> <p>! BMG VK: IMS-Sc2: Anbindung DECOI B-FAST 29.01.2021; 10:30-12:00 (M.v. Kleist; M.M., T. Wolff, L. Grabenhenrich, S. Kröger)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 29.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	29.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung          | o Ole Wichmann        |
| o Lothar Wieler             | ! FG34                |
| o Lars Schaade              | o Viviane Bremer      |
| ! Abt. 3                    | ! FG36                |
| o Osamah Hamouda            | o Silke Buda          |
| o Tanja Jung-Sendzik        | o Walter Haas         |
| o Nadine Litzba (Protokoll) | ! FG37                |
| ! ZIG                       | o Tim Eckmanns        |
| o Johanna Hanefeld          | ! FG 38               |
| o Iris Hunger               | o Maria an der Heiden |
| ! FG12                      | o Ute Rexroth         |
| o Annette Mankertz          | ! IBBS                |
| ! FG14                      | o Christian Herzog    |
| o Melanie Brunke            | ! P4                  |
| ! FG16                      | o Susanne Gottwald    |
| o Anton Aebischer           | ! Presse              |
| ! FG17                      | o Ronja Wenchel       |
| o Djin-Ye Oh                | ! ZBS1                |
| ! FG21                      | o Janine Michel       |
| o Wolfgang Scheida          | ! ZIG1                |
| ! FG24                      | o Luisa Denkel        |
| o Thomas Ziese              | ! BZgA                |
| ! FG33                      | o Heidrun Thaiss      |







TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Laut WHO &gt;100 Mio Fälle und ca. 2,2 Mio Todesfälle</li> <li>○ Länder auf Liste haben sich nicht verändert</li> <li>○ Rückläufiger Trend in USA, UK und Brasilien, sowie in der Russischen Föderation, Kolumbien, Deutschland und Indien</li> <li>○ Trend in Spanien und Frankreich stagniert bzw. leichter Anstieg</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz weltweit <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzwischen weltweit 101 Länder &gt;50/100.000 Ew.</li> <li>○ Insgesamt sind neue Fälle global um 15% gesunken, 2. Woche in Folge, größter Rückgang in Europa (-20%)</li> <li>○ Auch in Afrika Rückgang, -30% in Südafrika</li> <li>○ Die meisten Fälle aus Amerika und Europa (86%)</li> </ul> </li> <li>! SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nachweis in 70 Ländern, allen WHO Regionen, neu in Litauen</li> <li>○ Trotzdem rückläufige 7-Tages-Inzidenz, z.B. in Irland -40%</li> <li>○ Risikogebiete für UK-Variante: UK, Irland und Portugal unter Beobachtung: Dänemark, Frankreich, Schweiz, Tschechien, Israel und weitere</li> </ul> </li> <li>! SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ in 31 Ländern und in 5 von 6 WHO-Regionen nachgewiesen, erstmals Nachweis in den USA, in South Carolina, kein Link zu Südafrika</li> <li>○ Risikogebiete für südafrikanische Variante: Südafrika, Eswatini, Lesotho unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 (Denkel)





	<p>Einrichtungen anschauen, wenn dort große Ausbrüche starker Effekt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Betrachtung auf Kreisebene sinnvoll, dort auch kein Abfall? Betrachtung zu Kreisen ist von Matthias an der Heiden durchgeführt worden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Auswertung von Matthias an der Heiden soll für Montag aktualisiert und vorgestellt werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geografische Verteilung nach Alter             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin hohe Inzidenzen im Osten</li> </ul> </li> <li>○ Wöchentliche Sterbefallzahlen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutliche Excess-Mortalität auch in DEU sichtbar, viel mehr Verstorbene als in der ersten Welle</li> <li>▪ In EuroMoMo sieht man v.a. bei Portugal einen dramatischen Anstieg der Todesfälle</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ausbrüche</b></p> <p>! Humboldt Krankenhaus (HUK)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 15 Fälle unter Personal, 15 Fälle bei Patienten und Patientinnen, in Reinickendorf 5 Folgefälle, weitere Fälle auch in anderen Bezirken</li> <li>○ Siedlung in Reinickendorf:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schon zuvor insgesamt 9 Patienten aus einer Siedlung in HUK hospitalisiert, Proben der letzten 4 (seit 15.01.) konnten sequenziert werden und B.1.1.7 (UK)-Variante wurde nachgewiesen, bei den 5 Patienten zuvor derzeit keine Proben verfügbar (Labor Berlin schaut noch, ob doch Proben vorhanden sind)</li> <li>▪ am 5./6. gab es einen ersten Ausbruch, aber kein Isolat, das typisiert wurde</li> <li>▪ In der Siedlung werden Abstriche</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

FG38  
(Rexroth)

	<p>vorgenommen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Möglicher Eintrag in ein Altenheim: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwägerin einer Pflegerin ist als Reinigungsfrau im Altenheim tätig und hat symptomatisch gearbeitet</li> <li>▪ Bewohner:innen stehen unter Quarantäne, sind derzeit nicht symptomatisch, 1. Impfung im Altenheim war am 10.01.</li> </ul> </li> <li>○ Krankenhaus Spandau <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient nach Hause entlassen und in KH Spandau aufgenommen</li> <li>▪ Möglicherweise Sekundärfälle, aber noch nicht klar ob Variante, wird noch sequenziert</li> <li>▪ Auch ein Patient nach Polen weitergereist und dort diagnostiziert</li> </ul> </li> <li>○ In KH in Spandau und Reinickendorf auch Fälle mit B1.351 (südafrikanischer) Variante</li> <li>○ Christian Drosten war bei einer Besprechung dabei und meinte es wäre nicht notwendig verschiedene Bereiche für die verschiedenen Varianten zu schaffen, laut ihm unproblematisch die Fälle zusammenzulegen, ist nicht Meinung des RKI, v.a. da Kreuzprotektion zweifelhaft und Reinfektionen verhindert werden sollen</li> <li>○ Derzeit ist das HUK noch geschlossen, aber Druck vom Senat/der Feuerwehr, morgen Besprechung des GA und des RKI mit Senatorin</li> <li>○ Sekundärfälle nach Entlassung der Patienten nach Hause? Im Moment wird keiner keiner nach Hause entlassen Es gab Übertragungen bei Personal in häuslicher Isolation auf Mitbewohner:innen. Entlasskriterien: Test nach Isolation, PCR-Test sollte neg sein</li> </ul> <p>! Flensburg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Kontakt mit Fr. Marcic, Amtshilfeersuchen angeboten</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>Alle</p>
--	--	-------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbruch durch gemeinsame Infektionsquelle, ggf. Möglichkeit Fragen nach Inkubationszeit etc. zu klären</li> <li>○ Info aus Treffen mit ECDC:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehrere Länder gehen bei Quarantäne auf 21 Tage,</li> <li>▪ Irland, Portugal, Spanien zeigen sehr schnelle Wachstumsraten</li> <li>▪ Einzelfallberichte über sehr leichte Übertragbarkeit (trotz Distanz, Maske, Handschuhe) und höhere Attack-Rate</li> <li>▪ In SH aus Sicherheitsgründen unabhängig von Variante 14 Tage für Quarantäne und Entisolierung, zusätzlich negative Testung vor Entlassung aus Quarantäne empfohlen</li> </ul> </li> <li>! Epidemiologische und virologische Daten zu Varianten</li> <li>○ Datenlage zu Viruslast und Rezeptoraffinität für Varianten derzeit noch sehr unklar</li> <li>○ In HUK wird versucht versch. Studienfragen zu adressieren: Wie lange positiv? Testung der Kontakte zu Hause, um herauszufinden wann sie positiv werden. Labor Berlin hat Interesse, aber sehr viele Proben derzeit.</li> <li>○ Daten aus mehreren Quellen, sollten in Kürze vorliegen</li> <li>○ Empfehlungen für Quarantäne werden erst verändert, wenn weitere Daten vorhanden sind</li> <li>○ Entlasskriterien in Überarbeitung</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Allgemeine Infos:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kosovo-Unterstützungsmission endet heute</li> <li>○ Viele Anfragen zur Unterstützung bei Sequenzierungen und zu Vakzinen, z.T. verhandeln Partner mit China und Russland</li> </ul> </li> <li>! Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – Interim Report (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 3 Gremien, die COVID-Response auf WHO-Ebene beobachten:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ IOAC:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soll Health Emergency Programm der WHO beobachten und Verbesserungen vorschlagen</li> <li>▪ Von WHO DG eingesetzt und Bericht direkt an</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>ZIG (Hunger), Hr. Wieler</p>

	<p>WHO DG</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Report im Nov. 2020: Stufensystem bei Alarmierung – damit Länder zeitig anfangen sich vorzubereiten, Core Capacities sollten überprüft werden</li> <li>▪ <a href="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/looking-back-to-move-forward-ioac-report-to-the-resumed-wha73-10</a></li> <li>▪ <a href="https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-covid-19">https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-covid-19</a></li> </ul> <p>○ IHRRC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hr. Wieler Chair</li> <li>▪ Funktionsweise der IHR soll überprüft werden</li> <li>▪ Report an WHO DG</li> <li>▪ IHR grundsätzlich gut implementiert, Focal Points sollten mehr politische Macht erhalten, Alternativvorschlag zu Stufensystem, global und regional Risk Assessments besser mit Response verbinden, M&amp;E-System anschauen, Ressourcen und politische Unterstützung sollte verbessert werden</li> <li>▪ <a href="https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response">https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response</a></li> </ul> <p>○ IPPPR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Juli 2020 etabliert, mittelgroß, 2 hochrangige Chairs</li> <li>▪ Überlappendes Mandat mit IHRRC, aber Gesamtblick, politischer</li> <li>▪ Unabhängig von WHO, von WHO DG ernannt, aber unabhängiges Sekretariat etc.</li> <li>▪ Erster Bericht im Jan. 6 Key Messages: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. NPM nicht konsequent genug umgesetzt</li> <li>2. Verstärkung von Ungleichheiten, Verfügbarkeit von Impfstoffen etc.</li> <li>3. Kritik am Global Pandemic Alert System, zu viele Empfehlungen, fehlende Digitalisierung etc.</li> <li>4. Umsetzung der früheren Empfehlungen nicht ausreichend</li> <li>5. Ressourcen der WHO (finanziell, politisches Mandat) zu gering</li> <li>6. Pandemie als Weckruf für alle Ebenen, asiat.-pazifische Region als pos. Beispiel (koordinierte Maßnahmen, konsistente Risikokommunikation, koordinierte Grenzmaßnahmen)</li> </ol> </li> <li>▪ Wunsch nach einem rechtlich bindenden Vertrag zum Gesundheitsschutz – Globaler Rahmenplan für Preparedness &amp; Response</li> <li>▪ <a href="https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel-Second-Report-on-Progress-Final-15-Jan-2021.pdf">https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel-Second-Report-on-Progress-Final-15-Jan-2021.pdf</a></li> <li>▪ IPPPR ist sehr politisch, viel kritisiert, nicht evidenzbasiert (im Gegensatz zu IHRRC)</li> </ul>	
--	--	--





6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Das Wording für die Strategie zur COVID Kontrolle muss bis Dienstag finalisiert sein.</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	ZIG (Hanefeld)
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! nicht besprochen</p>	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Die Impfquoten steigen an, wenn auch nicht so wie erhofft, 2,2 Mio Impfdosen stehen zur Verfügung</p> <p>! Vorbereitung der STIKO-Empfehlungen, 2. Aktualisierung, mehrere Aspekte wurden beleuchtet</p> <p>! Inhalt der Empfehlung für AstraZeneca Impfstoff wurde an Presse durchgestochen, politische Dimension, STIKO empfiehlt Impfstoff nur für &lt;65-Jährige, da bei &gt;65-Jährigen fehlende Evidenz, sehr weite Konfidenzintervalle, zu unsicher, da zwei hochwirksame RNA-Impfstoffe zur Verfügung stehen, Abfall der NT-Titer ab 65 Jahre deutlich</p> <p>! 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 &gt;55-Jährigen die Evidenz unzureichend ist.</p> <p>! Thema in Bezug auf Kommunikation schwierig, viel Informationsbedürfnis, auch internationales Interesse am Austausch, z.B. von EMA und ECDC</p> <p>! Weiterhin Erstellung der Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI, damit vorhanden wenn nächste Woche der Impfstoff verfügbar</p> <p>! Begleitkommunikation wird vorbereitet, Wirksamkeit mit 70% signifikant niedriger, mit Impfstoff wird v.a. Gesundheits- und Pflegepersonal geimpft</p> <p>! viele zusätzliche Fragen: Erst AstraZeneca Impfstoff und später RNA-Impfstoff wenn der für alle verfügbar ist?</p> <p>! Beratung im Steuerungskreis Impfkommunikation am BMG, Implementierung in Impfverordnung und Strategie</p> <p>! STIKO-Bewertung auf Grundlage der im November eingereichten, öffentlichen Daten, weitere Daten inzwischen verfügbar, aber nicht öffentlich, Studien sehr komplex, Datenlage für 55-65-Jährige kann nicht mit in STIKO-Empfehlung</p>	FG33 (Wichmann)



	<p>aufgenommen werden, steht zudem kurz vor Veröffentlichung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FAQs werden vorbereitet, können flexibel angepasst werden</li> <li>! STIKO-Empfehlung lebendes Dokument, ggf. Zeithorizont nennen wann erneute Anpassung erwartet wird</li> <li>! In Kürze neue Daten verfügbar, aber werden Empfehlung nicht ändern; Ende Februar wahrscheinlich Johnson&amp;Johnson Impfstoff, ebenfalls Vektorimpfstoff, dann muss STIKO-Empfehlung wieder angepasst werden.</li> <li>! 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</li> <li>! Diskussion in Wissenschaft zur Auffrischimpfung, jetzt Vektor- und dann Auffrischung mit RNA-Impfstoff</li> </ul>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Virologische Surveillance             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 562 Proben im Januar eingegangen, davon                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 67 SARS-CoV-2 positiv, 47 Rhinovirus, 8 saisonales Coronavirus (NL63), 1 Parainfluenzavirus (Typ3)</li> <li>▪ Alle anderen respiratorischen Viren negativ, noch immer keine Influenzaviren nachgewiesen.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! ZBS1             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 771 Einsendungen, 196 Proben SARS-CoV-2-pos (25,4%)</li> <li>○ Viele Proben aus Reinickendorf aus der betroffenen Siedlung, 8 oder 9 positive Proben, sollen sequenziert werden</li> <li>○ Aus Ausbruch Anfang Januar aus Siedlung eine Probe entdeckt, wird ebenfalls sequenziert</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Therapie mit monoklonalen Antikörpern             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit Mitte der Woche wird ein mab-Präparat von Eli Lilly (Bamlavimab) über Verteilapotheken verteilt und angewendet.</li> <li>○ Anwendung in Therapiehinweisen im Internet aktualisiert: moderate Verläufe, frühe Phase bei Patienten mit Risikofaktoren, BMG hat abgelehnt sich mehr zu spezifizieren</li> <li>○ kann auch bei asymptomat. Fällen angewendet werden, wenn frühzeitig diagnostiziert</li> <li>○ auch in Diskussion als PEP, Einbindung der STIKO, da passive Impfung</li> </ul> </li> </ul>	<p>IBBS (Herzog)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl an Patienten, die in Frage kommen recht groß – daher Einzelfallentscheidung also individueller Heilversuch</li> <li>○ Beratungsnetzwerk von DGI und RKI, auch für ambulanten Sektor, aber Gabe sollte teilstationär bzw. stationär, wenn schon hospitalisiert, erfolgen</li> <li>○ Verpflichtungserklärung geht an BMG, PEI hat Info für Patienten vorbereitet</li> <li>○ Ebenso dann für Roche Regeneron mab</li> <li>○ Bei Varianten kann mab gegeben werden, aber Effizienz ist nicht klar</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Oh stellt in vitro Studien zur Bindung von mab an Varianten für Mo zusammen.</i></p>	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Absonderung nach Einreise aus Virusvariantengebieten/ Quarantäne von KP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei der TK der IGV-benannten Flughäfen kam der Wunsch nach einer verpflichtenden Testung nach 14 Tagen auf.</li> <li>○ Einreisenden sollten nicht strenger behandelt werden als KP1, sonst rechtlich schwierig, derzeit schon Verkürzung der Quarantäne bei Verdacht auf Variante ausgeschlossen.</li> <li>○ Info in TK, dass viele Personen die Testung am 10. Tag ungerne machen aus Sorge dann nochmal 10 Tage in Isolation zu müssen</li> <li>○ Derzeit aufgrund der Datenlage noch keine Anpassung möglich</li> <li>○ Politische Entscheidung wie stark das Risiko reduziert werden soll, derzeit sieht es nach sehr starker Risikoreduktion aus (Einreiseverbote)</li> <li>○ Wenn für Quarantäne 14 Tage plus Testung, dann sollte die Quarantäne auch in Quarantäne-Hotels durchgeführt werden</li> <li>○ Reiserestriktionen innerhalb DEU sinnvoll?</li> <li>○ 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</li> </ul>	FG38 (Rexroth), alle



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Besser verstärkt auf allgemeine und grundsätzliche Maßnahmen hinweisen, möglichst wenig Spezialmaßnahmen empfehlen, um Unruhe und Verwirrung zu vermeiden</li>   <li>! Kurze Info zu Ausbruchsgeschehen bei AIRBUS in Hamburg</li>   <li>○ Großes Ausbruchsgeschehen, mehrere Werkshallen, 49 GÄ in Norddeutschland betroffen, ggf. Ausweitung auf Frankreich</li>   <li>○ Bei 7 MA ist B1.1.7 (UK)-Variante nachgewiesen worden</li> </ul>	
--	--	--

<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! DEMIS, SurvNet und SORMAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DEMIS läuft stabil und nachhaltig</li> <li>○ 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</li> <li>○ Viele Ressourcen in SORMAS, aus vielen BL Unzufriedenheit mit SORMAS,</li> <li>○ Viele Fragen zur Umstellung der Falldefinition und Nachfragen wann Referenzdefiniton auch geändert wird</li> <li>○ Meldepflicht für Bürger:innen wenn Heimtests eingeführt werden, können wir nicht umsetzen, sollten lieber zum Arzt gehen, dort gemeldet werden und per PCR getestet werden, aber Sorge, dass Hausärzte hier nicht mitarbeiten.</li> <li>○ Aber KV hat Versorgungsauftrag. Es ist unethisch, wenn sich jemand mit positivem AG-Test an einen Arzt wendet und dieser denjenigen abweist. Derzeit nur 50% der PCR-Kapazitäten genutzt</li> <li>○ Österreicher haben die Nachttestung beim Arzt verpflichtend gemacht. Aber wenn Abgabe frei, wie kontrollieren?</li> <li>○ Medizinprodukte Abgabeverordnung soll schon am Montag verändert werden, aber derzeit noch keine CE-zertifizierten Tests verfügbar, BMG rechnet mit Ende Februar, Kosten unklar, aber nicht deutlich günstiger als Tests in Testzentren (ca. 20-35€)</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Die interne AG Diagnostik soll einen Epid Bull-Artikel zu AG-Tests erstellen, Frist für publikationsreife Version 2 Wochen; ID 2730</i></p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Beförderungsverbot</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit wird im Kabinett eine Verordnung beraten, die vom 30.01.-17.02. ein Einreiseverbot aus UK, Portugal, Brasilien, Irland und Südafrika regeln soll</li> <li>○ Bedingt zahlreiche Änderungen von Dokumenten</li> </ul>	<p>FG38 (an der Heiden), alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit häufig weitere Personen mit Nachweisen der Variante oder Verdacht auf Variante, die nicht aus offiziellen Gebieten mit Virusvarianten kommen</li> <li>○ 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</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 1 Jahr Lagezentrum: Dankes E-Mail an MA gesendet</li> <li>! In RKI-News erscheint zudem ein Artikel</li> </ul>	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	01.02.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                      |                              |
|----------------------|------------------------------|
| ! Institutsleitung   |                              |
| ○ Lars Schaade       | ! FG37                       |
| ○ Lothar Wieler      | ○ Tim Eckmanns               |
| ! Abt. 1             | ! IBBS                       |
| ○ Martin Mielke      | ○ Christian Herzog           |
| ! Abt. 3             | ○ Bettina Rühle              |
| ○ Osamah Hamouda     | ! P1                         |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Mirjam Jenny               |
| ! FG14               | ! P4                         |
| ○ Melanie Brunke     | ○ Susanne Gottwald           |
| ○ Mardjan Arvand     |                              |
| ! FG17               | ! Presse                     |
| ○ Thorsten Wolff     | ○ Jamela Seedat              |
| ○ Djin-Ye Oh         | ○ Marieke Degen              |
| ! FG 21              | ! ZBS1                       |
| ○ Patrick Schmich    | ○ Janine Michel              |
| ○ Wolfgang Scheida   | ! ZIG                        |
| ! FG24               | ○ Johanna Hanefeld           |
| ○ Thomas Ziese       | ! ZIG1/INIG                  |
| ! FG 32              | ○ Regina Singer              |
| ○ Michaela Diercke   | ! BZgA                       |
| ! FG 38              | ○ Martin Dietrich            |
| ○ Ute Rexroth        | ! BMG                        |
| ! FG 34              | ○ Christophe Bayer           |
| ○ Viviane Bremer     | ! MF3                        |
| ! FG36               | ○ Nancy Erickson (Protokoll) |
| ○ Walter Haas        |                              |
| ○ Silke Buda         |                              |
| ○ Stefan Kröger      |                              |
| ○ Kai Schulze        |                              |







## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>rückläufig (Folie 7)</p> <p>! 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</p> <p>! 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</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es Datenerhebungen zu Maßnahmen und vor allem auch zur diesbezüglichen Compliance auf LK-Ebene (bspw. zwecks Vergleich günstiger vs. weniger günstiger Entwicklungen)?</li> <li>○ Maßnahmenmonitoring ist teils vorhanden (Bspw. Bielefeld bzw. infas-Projekt zur Darstellung aller LK) jedoch kein/e explizite/s Compliance-Monitoring bzw. -datenerfassung! Papier von ZIG2 zu Adhärenz derzeit in Arbeit, ebenso ein Projekt in Zusammenarbeit mit Abt. 2</li> <li>○ Zu beachten sind auch derzeit bereits erfolgende Diskussionen zu Lockerung seitens Politik sowie Spekulationen zu VOCs auf Grundlage nicht verifizierbarer Berichte aus anderen Ländern (in Luxemburg sind laut Presse derzeit ca. 17 % der sequenzierten Proben B.1.1.7-positiv)</li> <li>○ Augenmerk sollte auch auf Anhaltspunkte zu VOC-Eintrag und -Ausbreitung gelegt werden</li> <li>○ Bericht zu südlichem Afrika derzeit in Arbeit, wird diese Woche finalisiert</li> <li>○ Zu steigender Inzidenz im Saarland: zuständige Behörde berichtete gestern über keine außergewöhnlichen Vorkommnisse, ursächlich sei jedoch vermutlich verstärkter Grenzverkehr mit Spillover nach Deutschland, größtenteils auch Freizeit-assoziiertes Verkehr (Friseurbesuche), ebenso im Zillertal (via „work-permissions“), hier mit Folge eines erheblichen Ausbruchs mit südafrikanischer Variante! unterstreicht die Bedeutung auch einer europäischen Strategie / Compliance</li> <li>○ Heutige VC mit Dänemark, Österreich und Niederlande: Berichte von einem um ca. 0.5 höheren R-Wert für B.1.1.7! viel schnellere Übertragung, Ursache dafür derzeit unbekannt, Variante wird sich demnach mutmaßlich durchsetzen, einzig derzeit effiziente Strategie ist die strikte Compliance mit den Maßnahmen</li> <li>○ Analyse von 31.000 Proben aus dem Saarland: ca. 1.800 Proben bzw. 5 % pos. auf VOCs, keine repräsentative Studie jedoch hohe Fallzahl</li> <li>○ Ggf. wären Virusvariantengebiete in Nachbarländern auszuweisen (cave bei entsprechender öffentlicher Reaktion)</li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> </ul> <p><i>ToDo1: Bitte um Bericht bis Dienstagabend aufgrund der Telko mit Minister Spahn am Mittwochabend</i>  <i>ToDo2: Bitte an Herrn Wolff, den Bericht zur Analyse der 31.000 Proben aus dem Saarland bereitzustellen</i></p> <p><b>ALM-Abfrage</b>  Bericht dazu in Abstimmung, Update auf Mittwoch verschoben</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p><b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 25 Mio. Downloads</li> <li>! 23 Mio. aktive Nutzung</li> <li>! Zahlen allerdings schwer verifizierbar</li> <li>! Vorauss. Mitte Februar iPhone 5 und 6s-fähige Version verfügbar</li> <li>! Neue Modifikationen: Kennzahlfunktion, Kontakttagebuch</li> <li>! „rote Karte“-Funktion ab ca. 24.02. mit Kurzbefragung</li> <li>! 32.000 Personen haben bislang andere Menschen CWA-basiert gewarnt</li> <li>! Eigene Befragungssysteme (Laborbefragung Abt. 1 und 3) für RKI mit Aufwand verbunden aber nachhaltige Gestaltung</li> </ul> <p><b>DEA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anbindung der Gesundheitsämter nahezu abgeschlossen (8 ausstehend), Umstellung auf rein digitale Datenübertragung dann möglich</li> <li>! Heutiges Meeting verschiedener Leiter digitaler Projekte zwecks Schulterchluss und Synergiensammlung! hoher Workload soll in langfristigen Mehrwert umgesetzt werden</li> </ul> <p><b>Datenspende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Algorithmus wurde verbessert</li> <li>! Probleme mit Daten von Appnutzern</li> <li>! Schlafdatenauswertung: im Austausch mit Dr. Eva Winnebeck (LMU München) sowie mit Thrive und Data for Life</li> </ul> <p><b>Demis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorauss. heute Erlass seitens BMG zu Selbsttests</li> <li>! Bürgerportal (zwecks Meldung durch den Bürger bei positivem Selbsttest): Vorschlag seitens RKI (bspw. via Apotheken mit Nachtestung und fachkundiger Beratung durch</li> </ul>	<p>FG21 (Schmich)</p> <p>P4 (Gottwald)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>(Haus)Arzt) wurde nicht berücksichtigt, Bürgerportal nun mit siebenstelliger Summe veranschlagt (ggf. zusätzliche Kosten), Umsetzung durch das RKI gewünscht, weitere Berichterstattung bis Mittwoch ebenfalls gewünscht</p> <p>! 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</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Überarbeitete Risikobewertung</b> (Dokumente: clean Version <a href="#">hier</a>, überarbeitete Version <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wird in der Version von Samstag abschließend durch Herrn Haas finalisiert und direkt an Herrn Hamouda und Herrn Schaade weitergeleitet, von einer weiteren Zirkulierung wird abgesehen</li> <li>! Die Formulierung „Infektionsschutzmaßnahmen“ soll ohne den Zusatz „und Strategie“ beibehalten werden</li> <li>! Aspekt des Impfens soll durch Herrn Wichmann zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt werden (Kernaspekte voraussichtlich: Geimpfte zeigen einen Individualschutz, derzeit jedoch noch keine größeren Effekte auf Gesamtbevölkerung)</li> <li>! Bitte an alle, zukünftig nach Verabschiedung durch den Krisenstab keine weitgehenderen Änderungen mehr vorzunehmen! workflow soll beibehalten werden</li> <li>! Risikoeinstufung soll derzeit nicht geändert werden, weiterhin als „sehr hoch“ eingeschätzt</li> </ul>	Alle FG33
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZGA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Begrüßung von Herrn Martin Dietrich als kommissarischer Direktor der BZgA</li> </ul> <p><b>Presse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul>	BZgA  Presse (Degen)
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	BMG
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Modellierung von Hr. Meyer-Hermann <ul style="list-style-type: none"> <li>o Heute früh zirkuliert, von großem Interesse</li> </ul> </li> </ul>	Alle Präs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vortrags-Einladung wird derzeit anberaumt</li> </ul> <p><i>To Do (alle): Bitte an weitere Interessent/innen, sich bei Teilnahmewunsch an das Präsidialsekretariat zu wenden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Finalisierung der Strategie zur COVID Kontrolle bis Dienstag (Control Covid, Dokument <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde bereits zirkuliert</li> <li>○ Bitte mit Frist heute Abend bei Frau Hanefeld um Rückmeldung</li> <li>○ Papier wird dann an Herrn Schaade weitergeleitet</li> </ul> </li> <li>! Strategiefragen/Deeskalation <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfrage zum Austausch seitens Referat 611</li> <li>○ Anfrage zum Austausch seitens UK, Austausch RKI-seits gewünscht</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Abschließende Besprechung zu den noch nicht publizierten RKI-Empfehlungen bzgl. VOC</b> Empfehlungen und Informationen des Robert Koch-Instituts zu „besorgniserregenden“ Varianten des SARS-CoV-2 (Variants of Concern, VOC) – Dokument <a href="#">hier</a> Weiterführung antiepidemischer Maßnahmen über den 15. Februar 2021 hinaus – Dokument <a href="#">hier</a></p> <p><b>Entlassungskriterien</b> Aktualisierung Entlassungskriterien (Dokument <a href="#">hier</a>, Begleittext clean Version <a href="#">hier</a>, überarbeitete Version <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.“</li> <li>! Unter Punkt „Entisolierung“ mittlerer Block, Satz ergänzt: „Bei nachgewiesener besorgniserregender SARS-CoV-2 Variante (VOC) siehe <a href="http://www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien">www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien</a>“, Websiteverweis aufgrund des zu komplexen Sachverhaltes für diese Infografik, der dortigen Möglichkeit einer weitergehenden Erläuterung und einer möglichen späteren Anpassung</li> <li>! Dazu Ergänzung Begleittext: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „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 nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen.“</li> <li>○ „Ebenso ist die Datenlage zur Ausscheidungskinetik von</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37, FG36 FG38</p> <p>IBBS (Ruhe)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>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 Entlassung.“ (korrigierte Version)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Cave bei Verpflichtung zur grundsätzlichen Differenzierung aller PCR-positiven Befunde und bezüglich Definition in bereits existierenden VO (vor Entlassung aus dem Altenheim PCR oder AG-Test erforderlich – siehe Berliner VO), daher diese Formulierungsvariante gewählt, um keine konträren Maßnahmen zu skizzieren und Labore nicht zu überlasten</li> <li>! Sicherheit und Einfachheit der Differenzierung/Kohortierung in Krankenhäusern ausgesprochen schwierig</li> <li>! Kernaspekt hier ist Ausschluss der Infektiosität, nicht Diagnostik</li> <li>! Es sollte keine Diskrepanz zu Flussdiagramm entstehen, hier bspw. für Altenheime PRC empfohlen</li> <li>! Formulierung „vorsorglich“, da derzeit keine evidenzbasierten Erkenntnisse inwieweit Übertragung zu dem Zeitpunkt sicher ausgeschlossen werden kann</li> <li>! „Antigentest oder PCR“ genannt zur Beibehaltung einer Flexibilität aufgrund von Präferenz bzw. vielmehr auch Verfügbarkeit/Kapazität</li> <li>! Fragen werden bei der Abstimmung mit PH England aufgegriffen, Herr Haas wird berichten</li> <li>! 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</li> </ul> <p><b>Kohortierung in Einrichtungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kernaspekt: Kohortenisolierung von Patienten mit VOC, bei größeren Ausbrüchen, Quarantänisierung ganzer Funktionseinheiten etc.</li> <li>! Auftrag von Lagezentrum ging an FG37</li> <li>! Unterbringung ggf. in medizinischem Papier möglich</li> </ul> <p><i>To Do: Aufnahme als TOP am Mittwoch, Herr Eckmanns bereitet einen Entwurf vor.</i></p> <p>Zu berücksichtigende Aspekte / Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Rekombination laut Herrn Drosten vermutlich weniger wahrscheinlich</li> </ul>	
--	--	--





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Effekte, „Implementation Issues“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „Stufenplan“: Intensitätsstufen einer Maßnahme</li> <li>! Faktoren, die die Transmissionsdynamik beeinflussen: Wirtsfaktoren, sozioökonomische Faktoren, Kontaktmuster, Setting/Umweltfaktoren (morgen Sitzung zu Transmissionsgeschehen)</li> <li>! Evidenzmatrix (Folie 5): Transmissionsevidenz blau, Impacts von Maßnahmen lachsfarben, sowie Bewertung der Güte der Evidenzstärke aufgegriffen</li> <li>! Toolbox für Stufenkonzept (Folie 6): Zeilen = Settings; Spalten = Dimension (Effekte, Risiken etc.), grau = nicht genau bekannt oder diffuses Geschehen</li> <li>! Präambel (Folie 7): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Szenarien, Ziele und Schwerpunkte und Instrumente (bereits definiert)</li> <li><a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html</a></li> <li>○ Maßnahmen an spezifisches Risiko und lokale Indikatoren angepasst</li> <li>○ Monitoring der Umsetzung der Maßnahmen VOR deren Verschärfung, „Dynamische Faktoren“/ Trigger / Indikatoren zur Anpassung der Stufen</li> <li>○ Wichtig zu berücksichtigen: Kommunikation mit der Öffentlichkeit, Nicht-Covid-Effekte</li> <li>○ Morgiges Meeting zu dynamischen Faktoren</li> <li>○ Cave: seitens Politik wurde zwischen privaten und organisierten Settings unterschieden – dies ist nach Evidenzlage nicht möglich, Hinweis sollte ggf. ergänzt werden</li> </ul> </li> <li>! Intensitätsstufen (Folie 8) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Werden in Zusammenarbeit mit P1 ausgestaltet</li> <li>○ Links: Basismaßnahmen in allen Settings</li> <li>○ 3 Intensitätsstufen definiert</li> <li>○ Stufe 3 (rot): hohe Übertragung, diffuse Geschehen, Überbelastung, KP-Nachverfolgung nicht mehr möglich o.ä., Stufe 1 (grün): begrenzte Ausbrüche, gut kontrollierbare Geschehen</li> <li>○ Stufen nicht ganz klar trennbar, daher Farbverlauf gewählt</li> <li>○ Stufen zudem abhängig von Parametern (Inzidenz, ITS-Bettenbelegung etc.), weitere Ausarbeitung folgt</li> <li>○ Einzelne Settings definiert anhand der Toolbox</li> </ul> </li> <li>! Noch feinere Umsetzung aufgrund der Evidenzlage nicht möglich</li> <li>! Diagonale: o.g. Settings mit hohem Transmissionsanteil und hohem individuellen Risiko sind früher und länger zu beschränken</li> </ul>	<p>Abt. 3 (Jung-Sendzik)</p>
--	--	----------------------------------

	<p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! „via Transmission“ (Folie 6): Begrifflichkeit wird noch überarbeitet, da schwer verständlich</li> <li>! KoNa-Quote bietet keine belastbaren Daten (stattdessen evtl. besser: Anteile positiver Tests), Daten aus Meldewesen teils unvollständig, Überlastungsanzeigen politisch beeinflusst ! teils fehlende Evidenz ! Relativierung möglich</li> <li>! Cave Schwellenwerte: je nach Konstellation unterschiedliche Kombination, individuelle Risikoeinschätzung erforderlich, zunächst keine Angabe objektiver ! Farbverlauf wird dieser Unschärfe gerecht</li> <li>! Cave: Evidenz aus Modellierungen basiert auf konventioneller SARS-CoV-2-Variante (Dänemark trotz ausgedehntem Lockdown derzeit R-Wert von ca. 1,1, mutmaßlich aufgrund der B.1.1.7 Variante)</li> <li>! Alle verfügbaren Evidenzen wurden herangezogen, Herausforderung besteht im Konkretisierungsgrad</li> <li>! Schwellenwerte müssen klar benannt werden, da sonst a) andere Interessensparteien dies übernehmen oder b) das Papier aufgrund fehlender klarer Kriterien nicht umgesetzt werden kann</li> <li>! Zielsetzung dieses Papiers: stellt Dienstleistung für das BMG dar</li> <li>! Limitationen (hinsichtlich Evidenz und weitere) sollen aufgegriffen werden</li> <li>! Es muss klar benannt werden, dass diese Aufstellung auf Erkenntnissen auf Grundlage des „konventionellen“ SARS-CoV-2-Virus beruht</li> <li>! Schwellenwerte für die Varianten werden nun näher erörtert</li> </ul> <p><i>ToDo: Papier, Kurzfassung der Aims and Objectives und Zuleitungsvermerk von Herrn Schaade (wird heute noch zirkuliert) muss Mittwoch als Paket an das BMG geschickt werden</i></p>	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b> <b>FG 17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! AGI Sentinel: 24,3 % positiv für SARS-CoV-2, B.1.1.7 erfolgreich isoliert</li> <li>! Demnächst werden Proben der afrikanischen und südamerikanischen Variante aus der UK und aus Japan geliefert, um diese weiteren Analysen zu unterziehen</li> </ul> <p><b>Datenquellen für Auswertungen bzgl. Verteilung der VOC für Kanzleramt</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Insgesamt dominiert SARS-Cov-2 derzeit respiratorische Erreger, ausführlicherer Bericht folgt Mittwoch durch Herrn Dürrwald</li> <li>! Auswertung zu VOC in Endabstimmung (s.o.)</li> </ul>	<p>FG17 (Wolff)</p> <p>FG17 (Wolff)</p>







## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	03.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36
!	Institutsleitung	○ Silke Buda
	○ Lothar Wieler	○ Stefan Kröger
	○ Lars Schaade	○ Walter Haas
!	Abt. 1	!
	○ Martin Mielke	FG37
		○ Tim Eckmanns
!	Abt. 2/FG 24	!
	○ Thomas Ziese	FG 38
		○ Ute Rexroth
!	Abt. 3	○ Petra v. Berenberg
	○ Osamah Hamouda	(Protokoll)
	○ Tanja Jung-Sendzik	!
	○ Janna Seifried	IBBS
		○ Christian Herzog
!	ZIG	!
	○ Johanna Hanefeld	MF4
		○ Martina Fischer
!	FG12	!
	○ Annette Mankertz	P1
	○ Sebastian Voigt	○ Ines Lein
		○ Mirjam Jenny
!	FG14	!
	○ Melanie Brunke	P4
	○ Mardjan Arvand	○ Frank Schlosser
		○ Susanne Gottwald
!	FG17	!
	○ Ralf Dürrwald	Presse
		○ Ronja Wenchel
!	FG 32	○ Marieke Degen
	○ Michaela Diercke	○
		○ Regina Singer
!	FG34	!
	○ Viviane Bremer	BZgA
		○ Oliver Ommen





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.237.790 (+9.705), davon 58.956 (+975) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 83/100.000 EW</li> <li>○ 4-Tage-R=0,75; 7-Tage-R=0,83</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.980.211 (2,4%), mit 2 Impfungen 606.786</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4.264 Fälle in Behandlung (-58), aus intensivmed. Behandlung entlassen: +493, davon 30% verstorben</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontinuierlicher Rückgang setzt sich fort</li> <li>Ausnahmen: SH und SL</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 70 LK &lt; 50/100.000</li> <li>▪ Mehrzahl der LK deutlich &gt;50/100.000</li> </ul> <p>Besonders betroffen: Tirschenreuth und Burgenlandkreis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Landkreise mit deutlichstem Rückgang (Faktor 0,4-0,5) sind gleichmäßig im Bundesgebiet verteilt</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höchste Inzidenzen in den Altersgruppen 90+ und 80+</li> <li>▪ In den jüngeren Altersgruppen homogen kontinuierlicher Rückgang der Inzidenz</li> </ul> </li> <li>○ Beurteilung</li> </ul>	<p>FG32 (Michaela Diercke)</p>





	<p>Ab 15 Jahre: etwa auf dem gleichen Niveau</p> <p>15-34 Jahre: unter dem Vergleichsniveau</p> <p>34-59 und 60-79 Jahre: auf Vergleichsniveau</p> <p>&gt;80 Jahre: etwas über dem Vergleichsniveau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SARI-Fälle mit COVID-Diagnose <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Entspannung bei den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen, niedriges Niveau vor allem bei jüngeren AG</li> <li>▪ Auch die Zählung aller Fälle (inklusive noch liegender Patienten) zeigt einen deutlichen Rückgang der Aufnahmen</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo:</i></p> <p><i>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</i></p> <p><b>Cave: Rückgang aufgrund von Hygienemaßnahmen trifft für respiratorische Erkrankungen zu, bei anderen übertragbaren Erkrankungen kann auch ein Rückgang der Patientenzahlen mit ursächlich sein, daher ist Vorsicht bei der Interpretation geboten</b></p> <p><b>! Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Vgl. zu KW 4 mit etwa 1,1 Mio etwa gleich</li> <li>▪ Deutlicher Rückgang im Vergleich zum Jahresende 2020 (KW 51: etwa 1,6 Mio)</li> <li>▪ Die Positivenquote geht zurück: jetzt 8,5% im Vgl. zu &gt; 15% in KW 53</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten liegen bei &gt; 2 Mio, die Anzahl der durchgeführten PCR beansprucht etwa 50%</li> <li>▪ Anmerkung: dies eröffnet Möglichkeiten für</li> </ul> </li> </ul>	<p>(M. Mielke)</p> <p>FG 37 (T. Eckmanns)</p>
--	--	---

ergänzende Testungen, Erweiterung der Testkriterien wird im Verlauf der Sitzung noch angesprochen werden

- Morgen ist vom BMG die Novellierung der Medizinprodukte-AbgabeVO (MPAV) zu erwarten. Wortlaut noch unbekannt, da RKI nicht eingebunden ist. Geplant ist die Abgabe von AG-POCT an Laien und nicht nur über Apotheken. Unter Einbindung von ZBS1 und FG 17 wird derzeit an FAQ zur Erklärung der Anwendung gearbeitet
  - 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
  - Im Vergleich zur Anzahl der mit Tests belieferten Einrichtungen ist die Teilnahme weiterhin gering
  - Erfreulicherweise wurden von 378 positiven AG-POCT 348 zur PCR eingeschendet.
  - Wie viele davon positiv bestätigt wurden, ist den Meldedaten nicht (belastbar) zu entnehmen

**! Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien [hier](#))**

- Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte

MF4  
(M. Fischer)



	<p>Woche weniger Tests als in der Vorwoche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Tests/100.000 EW relativ stabil bei Kindern, etwas rückläufig bei Erwachsenen,</li> <li>▪ Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Arztpraxen: Rückgang im Vgl. zur Weihnachtszeit 2020</li> <li>▪ In KH: Testzahlen stabil</li> <li>▪ Andere Orte: Abnahme der Testzahlen</li> </ul> </li> <li>○ Zeit zwischen Abnahme und Test <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In <b>RP</b> aktuell 2 Tage</li> <li>▪ In <b>SL</b> deutlicher Anstieg, Telefonkonferenz ist geplant, konnte wg. Erkrankung noch nicht stattfinden</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ausbrüche in Pflegeheimen und Krankenhäusern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Pflegeheimen weiterhin rückläufige Anzahl, von &gt; 900 über letzte Woche 850 auf jetzt 750 Ausbrüche.</li> <li>○ In KH ist die Anzahl der Ausbrüche höher, als in der Vorwoche</li> </ul> <p><b>Kurzbericht Ausbruch im <b>HUK, Berlin</b></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psychiatrie wurde bereits am letzten Wochenende geöffnet, restliches Klinikum wird ab Donnerstag, 04.02. geöffnet</li> <li>○ 16 PatientInnen wurden positiv getestet, 6 sind verstorben, 2 in kritischem Zustand auf ICU</li> <li>○ Sekundärfälle in Siedlung, Altenheimen, Haushalten und anderen KH</li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weitere Details wird <b>Muna Abu Sin</b> am Freitag berichten</li>   <li>! <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stand 03.03.2021 4217 Fälle, in vielen BL sinkende Zahlen</li> <li>▪ In SH, SL, BE Anstieg, in NI nur geringer Rückgang</li> </ul> </li> <li>○ Fallzahlen auf ICU <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verfügbarkeit steigt leicht an, Auslastung sinkt etwas</li> <li>▪ Anteil der Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der Betten liegt in 7 BL &gt; 20%, insgesamt Rückgang (Peak lag bei 30-40%), insbesondere stark belastete BL zeigen deutlichen Rückgang</li> </ul> </li> <li>○ Belastungslage auf Intensivstationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Stabilisierung ohne Entlastung</li> <li>▪ Zahl der Häuser mit Personalmangel ist weiterhin hoch, die Raumsituation stabilisiert sich etwas</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend zeigte zuletzt nach unten</li> <li>▪ Nach Kleeblättern: im Norden Prognose stabil bis steigend, im Osten wird ein deutlicher, im Süden und Westen ein geringerer Rückgang erwartet</li> <li>▪ Neue Prognose für heute ist noch in Arbeit</li> </ul> </li> </ul> </li>   <li>! <b>ALM Abfrage/Bericht (Update verschoben v. Mo)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Nicht besprochen aus Zeitgründen,</b></li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Bericht soll über Krisenstabsverteiler zirkuliert werden und nach Abstimmung mit BMG an die Länder kommuniziert werden</i></p>	
--	--	--



2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Ist zum Zeitpunkt der aktuellen Krisenstabssitzung aufgrund unklarer Zuständigkeiten noch nicht online</p> <p><i>ToDo: für eine zeitnahe Veröffentlichung sorgen FG33 ist gebeten, Vorschläge zur Aufnahme des Themas „Impfung“ in die Risikobewertung zu formulieren. ID 2722_1</i></p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>U. Rexroth FG 33</p>
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Herr Ommen wird gebeten, weiterzugeben dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insbesondere im Hinblick auf die kommende Freigabe der AG-POCT eine breit angelegte, bevölkerungsweite Kampagne wünschenswert wäre</li> <li>○ Auch gegen die sinkende Akzeptanz für Maßnahmen in der Bevölkerung würde dies wirken</li> <li>○ Insgesamt könnte eine Kampagne zu den AHA-Regeln (mit Hintergrund: Begründung und Erklärung) auffrischend wirken</li> <li>○ Mehr Frequenz und Durchdringen wäre wünschenswert</li> <li>○ Bspw. in Form von Spots in Radio und TV (die öffentlich-rechtlichen Medien in die Pflicht nehmen)</li> </ul> <p><b>IMS</b></p> <p>! Vorschlag zur verständlichen Kommunikation mit der Bitte um Kommentierung (Pdf <a href="#">hier</a>)</p>	<p>BZgA (O. Ommen)</p> <p>Alle (U. Rexroth, O. Hamouda)</p> <p>P1 (Jenny)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Welche Daten fließen im RKI zusammen, wie werden sie bewertet, visualisiert, wie erfolgt der Transfer aus dem Haus</li> <li>○ Stichwort „Daten für Taten“ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Surveillance</li> <li>▪ Berichterstattung als Grundlage für politische Entscheidungen</li> <li>▪ Veröffentlichung von Daten als Forschungsgrundlage</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte um Kommentierung</i></p> <p><b>! Gesetzliche Berichtspflicht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt Hinweise, dass eine gesetzliche Verpflichtung besteht, im März einen weiteren Bericht (nach dem Zwischenbericht) zu liefern</li> <li>○ Eine Aufforderung durch das BMG ist bisher nicht ergangen</li> </ul> <p><i>ToDo: Bis Montag Gesetzeslage, Fristen und Federführung klären. Fahrplan auf die Agenda von Montag 08.02. setzen</i></p>	<p>Alle</p> <p>U. Grote und Lagezentrum</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>! Mobilitätsmonitoring (mittwochs)</b> (bitte Folien im Krisenstabsordner ablegen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wurde überprüft, inwiefern sich die Mobilitätseinschränkung auf einen 15 km- Radius bei Inzidenzen von &gt;200/100.000 auswirkt</li> <li>○ Nur 5% aller Wege fallen in die Kategorie über 15 km</li> <li>○ Keine Auswirkung auf die Gesamtmobilität feststellbar</li> <li>○ Wahrscheinlich sind Auswirkungen auf Wege über 15 km vorhanden, wirken sich wegen des geringen Anteils nicht auf die Gesamtmobilität aus</li> <li>○ Bisher keine weitere Spezifizierung möglich (Datenschutz), neue Daten der Mobilfunkanbieter werden (grob) nach Altersgruppen, Geschlecht und Pendler/Nichtpendler unterscheiden</li> </ul> <p><i>ToDo: Altersspezifische Inzidenzen können von RKI-Seite geliefert werden, um Korrelationen zu überprüfen. (S. Buda/ Frank Schlosser), ID 2568</i></p>	<p>Alle</p> <p>(F. Schlosser)</p> <p>ZIG</p>



	<p style="text-align: center;">notwendig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein positiver AG-POCT hat mehr Gewicht, als ein Warnhinweis in der CWA</li> <li>▪ Alle Maßnahmen im Verdachtsfall gelten hier, Handlungswege bei V.a. Infektion sollten kommuniziert werden</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unklar, in welchem Umfang und aus welchem Anlass getestet werden wird, Gefahr schlechter prädiktiver werte und vieler falsch pos./neg. Befunde</li> <li>○ Indikationen für AG-POCT sollten kommuniziert werden: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei V.a. Infektion</li> <li>▪ Zum Ausschluss einer weiteren Infektiosität bei Entisolierung/Entlassung</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Bezeichnung des Links zu den Testkriterien anpassen</i></p> <p><i>Die Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation soll fortgesetzt werden</i></p> <p>! Diskussion zur Frage: Wann besteht ein Verdacht auf Infektion mit VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein Vorschlag der Virologen von RespVir wurde von O. Hamouda an AG Diagnostik weitergeleitet</li> <li>○ Es gibt PCRs, die darauf hindeuten</li> <li>○ Nachweis von bestimmten Punktmutationen könnte sollte als V. a. bewertet werden</li> <li>○ Soll V. a. von den GÄ ans RKI gemeldet werden? DEMIS-Meldung von Laboren an GÄ ist etabliert, aber Weiterleitung unklar</li> <li>○ Bisher werden nur bestätigte Befunde übermittelt</li> <li>○ Es soll vermieden werden, eine „Epidemie in der Epidemie zu kreieren</li> <li>○ Verdachtsdiagnosen und bestätigte Fälle sollten getrennt ausgewertet werden können</li> <li>○ Es wurde bereits ein konkreter Vorschlag von Frau Oh ausgearbeitet im Dialog mit M. Mielcke, Finalisierung ist in</li> </ul>	
--	---	--



	<p>Arbeit, Entwurf beinhaltet 3 Kategorien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis auf VOC</li> <li>▪ Durch Laborbefunde (2 PCRs) begründeter V. a. VOC</li> <li>▪ Nachweis auf Sequenzierungsbasis</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entisolierungskriterien: Aus den Ländern kommt der Wunsch, entweder bei Ausbrüchen oder grundsätzlich bei V. a. VOC auf 14 Tage Isolierung zu verlängern</li> <li>○ Bisherige Datenlage, auch im Austausch mit UK, zur Viruskinetik rechtfertigt keine Verlängerung der Isolierung</li> <li>○ Hier sollte auf die Unterscheidung zw. Erkrankungsdauer und Inkubationszeit (hier 14 Tage Quarantäne plus 1 Woche Selbstbeobachtung) geachtet werden</li> <li>○ Diesbezügliche Datenlage muss weiter beobachtet werden</li> </ul>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>! Kohortierung in Einrichtungen (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Geplanter Titel: „Die medizinische Versorgung von Covid-Fällen – Hinweise zu organisatorischen Maßnahmen, Kontaktpersonenmanagement und Versorgungsorganisation“, vier Aussagen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erneute Quarantäne für HCW wenn sie KP I werden                 <ul style="list-style-type: none"> <li>- mehr als 3 Monate nach Erstinfektion</li> <li>- bei V.a. VOC-Infektion</li> <li>- bei Kontakt mit Risikogruppen</li> </ul> </li> <li>▪ Quarantänepflicht für Geimpfte</li> <li>▪ Getrennte Isolierung von Fällen unterschiedlicher Varianten (VOC)</li> <li>▪ Vor Verlegung Transport- und Zieleinrichtung informieren, ob auf VOC untersucht bzw. VOC nachgewiesen wurde</li> </ul> </li> <li>○ Vorläufiges Feedback aus Einrichtungen ist gemischt, wird teilweise als machbar (räumlich), bzw. nicht machbar bewertet.</li> <li>○ Für die drei Dokumente „Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern</li> </ul>	<p>FG 37 (T. Eckmanns)</p>

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
- 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)
- 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 (J. Hermes) und Kontaktaufnahme mit S. Buda bezüglich der Anpassung der KoNa-Dokumente*

*Alle Dokumente bezügl. Bezeichnung „Besorgniserregende Variante“ überprüfen (S. Buda)*

- 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
- Zur Entlastung der KH z.B.: „wenn möglich“ formulieren  
Personelle Zuordnung ist häufig schwierig, bes. nachts
- In den COVID-Bereichen ist die KH- Hygiene schlechter, Bedeutung der Übertragungsvermeidung von VOC sollte verdeutlicht werden
- Titel des Dokuments sollte geändert werden: mit „medizinische Versorgung“ assoziiert man Therapie, alternativ besser“ infektionshygienisches Management“





	<p>bereits sequenziert, Daten liegen vor. Gibt es Kapazitäten, daraus einen Stammbaum anzulegen?</p> <p><i>ToDo: MF1 soll das in die Wege leiten</i></p> <p><b>! Mitteilungen des GA Havelland zu Reinfektionen</b> (Folie <a href="#">hier</a>) <b>S. Voigt</b>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ in allen drei Fällen fehlen Daten für die Annahme einer Reinfektion</li> <li>○ Bedarf nach genauer Definition von Reinfektion</li> <li>○ Es gibt bereits eine AG, die sich damit auseinandersetzt (FG 32 und FG 36)</li> <li>○ Umsetzung im Meldewesen bisher unklar</li> </ul> <p><i>ToDo: Bisheriger Stand an S. Voigt weiterleiten, Aufnahme in die AG, <b>Deadline</b> für einen fertigen Entwurf: <b>Freitag 19. Februar</b>, FG 32/36, durch das Lagezentrum zu terminieren und an die Beteiligten weiter zu geben</i></p>	<p>MF 1</p> <p>FG12 (S.Voigt)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>!</b> Aktualisierte Entlasskriterien sind bereits veröffentlicht (C. Herzog)</p> <p><b>!</b> Infektiologisches Beratungsnetzwerk wird in Zusammenarbeit mit DGI Zentren erweitert</p> <p><b>!</b> Hinweise für Ärzte auf der RKI Homepage unter Therapie</p> <p><b>!</b> Bereitstellung ausgewählter Arzneimittel durch das BMG</p> <p><b>!</b> Können AK auch als PEP gegeben werden? PEI wird sich mit dieser Frage befassen, Voraussetzung: BMG-Auftrag (wurde ausgelöst)</p>	<p>IBBS (C. Herzog)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>!</b> Nicht besprochen</p>	<p>FG37</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>○ Nicht besprochen</p>	<p>FG25 (Neuhauser)</p>
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p><b>!</b> Nicht besprochen</p>	<p>FG38</p>
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p><b>!</b> Nicht besprochen</p>	<p>FG38</p>
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p><b>!</b> Austausch m. WHO zu Varianten Do 04.02. 10:15 (RKI: L. Denkel C. Sievers)</p>	<p>Alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	! BPK Freitag 05.02. 2021	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 05.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Sitzungsende 13:12**



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-K1.....

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	05.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	o Silke Buda
o Lothar Wieler	o Walter Haas
o Lars Schaade	! FG37
! Abt. 1	o Tim Eckmanns
o Martin Mielke	o Muna Abu Sin
! Abt. 3	! FG 38
o Osamah Hamouda	o Ute Rexroth
o Janna Seifried	! IBBS
! ZIG	o Christian Herzog
o Johanna Hanefeld	! P1
! FG12	o Esther-Maria Antao
o Annette Mankertz	! Presse
! FG14	o Ronja Wenchel
o Melanie Brunke	! BzGA
! FG17	o Florentine Frenz
o Djin-Ye Oh	! ZBS1
! FG24	o Janine Michel
o Thomas Ziese	! ZIG1
! FG32	o Luisa Denkel
o Michaela Diercke	o Regina Singer
! FG33	! MF3
o Ole Wichmann	o Nancy Erickson (Protokoll)





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt ca. 104 Mio. Fälle und 2,26 Mio. Todesfälle weltweit</li> <li>○ 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</li> <li>○ Fast alle Länder zeigen abnehmenden Trend außer Frankreich und Indonesien</li> <li>○ Mexiko: höchste CFR von 8,5 % (Untererfassung von Fällen ggf. zu berücksichtigen)</li> </ul> </li> <li>! 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Portugal einziges Land mit Inzidenz &gt; 500, aber leicht abnehmender Trend</li> <li>○ Europa weiterhin sehr hohe Inzidenzen (Tschechien, Spanien, UK, Frankreich, Schweden &gt; 200), jedoch insgesamt eher abnehmender Trend</li> <li>○ Amerika ebenfalls sehr hohe Inzidenzen (Nordamerika abnehmender Trend, Südamerika zunehmend)</li> <li>○ Afrika: v.a. Libyen, Tunesien, Südafrika, Botswana und Sambia hohe Inzidenzen</li> <li>○ Asiatischer Kontinent: Indonesien, Malaysia, Singapur, UAE, Iran und Israel derzeit stark betroffen</li> </ul> </li> <li>! SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mittlerweile in 80 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche)</li> <li>○ Virusvarianten-Risikogebiete: Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal</li> <li>○ Unter Beobachtung: Europa (siehe Einzelländer),</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 (Singer)

	<p>Israel, UAE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Noch keine verlässliche Datenlage, u.a. auch aufgrund unterschiedlicher Sequenzierkapazität innerhalb der Länder</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In 40 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche)</li> <li>○ Virusvarianten-Risikogebiete: Südafrika, Eswatini, Lesotho, Botsuana, Malawi, Mozambik, Sambia, Simbabwe</li> <li>○ Unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika</li> </ul> <p>! SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell 10 Länder (+2 im Vgl. zur Vorwoche)</li> <li>○ Leichte Zunahme insgesamt</li> <li>○ Virusvarianten-Risikogebiete: Brasilien</li> </ul> <p>! Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Veröffentlichung der COVAX-Verteilungsprognose, erste Länder sollen in kommender Woche Impfstoffe darüber erhalten</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Momentan Ausweisung von Gebieten für die 3 verschiedenen Virusvarianten, fast nicht mehr umsetzbar (zzgl. gestriger Erlass zur Recherche zu 30 Ländern)</li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie wird ggf. ein Zeitpunkt definiert, an dem es weniger sinnvoll erscheint, Grenzen geschlossen zu halten, da sich diese Varianten global durchsetzen?</li> <li>○ Unterschiedliches Verhalten der Virusvarianten bei Diskussion zu bedenken, auch hinsichtlich immune escape</li> <li>○ Nach aktueller Datenlage erfolgen ca. 5 % der Infektionen derzeit mit B.1.1.7 (bei insgesamt ca. 70.000 Neuinfektionen wöchentlich ! mutmaßlich ca. 3.5000 inländische Neuinfektionen mit B.1.1.7 denkbar ! ggf. mehr als durch Einreise zu erwarten), Grenzschluss als Maßnahme ggf. nicht geeignet, die Ausbreitung in D zu minimieren</li> <li>○ Auslagerung dieser komplexen Grundsatzdiskussion, Anberaumung eines zeitnahen Termins zwischen ZIG1, Abt.3 und VPräs durch Frau Hanefeld</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,93</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.091.689 (2,5 %), mit 2 Impfungen 756.333</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4.178 Fälle in Behandlung (-44)</li> <li>○ Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +623, davon 27 % verstorben, langsam rückgängige Zahlen</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saarland: scheinbare Stabilisierung auf hohem Niveau</li> <li>▪ Bremen: ggf. einzelne Ausbruchsgeschehen ursächlich aufgrund der geringen Bevölkerungszahl (geringe Bevölkerungszahl im Vergleich zu anderen BuLä)</li> <li>▪ Insgesamt rückläufiger Trend, jedoch noch kein BuLa mit Inzidenz &lt; 50/ 100.000 Einw.</li> </ul> </li> <li>○ Geographische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK):             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwerpunkt mit höchster Inzidenz nach Osten verlagert, siehe Internationale Lage: v.a. Tschechien</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

FG37  
(Abu Sin)

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

**Kurzer Bericht zum Ausbruchsgeschehen mit B.1.1.7 im HUK**  
(Folien [hier](#))

- Komplexes und über das HUK hinausgehendes Geschehen, u.U. mit Verbindungen zu Reinickendorf und anderen Bezirken
- Aktuell bestätigte Fälle: 17 Personal, 16 Patienten (darunter 6 Todesfälle), 15 sekundäre Fälle (u.a. Entlassene mit Wiederaufnahme bspw. in Spandauer Krankenhaus)
- Eintrag vermutlich über Leiharbeitskraft
- Screening in Invalidensiedlung (Reinickendorf): 3 Patienten dort positiv
- Gynäkologische Praxis mit vielen Fällen mit möglichem Link zum HUK-Geschehen derzeit in Abklärung





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weitere Fälle in einem Altenheim über Personallink zu HUK</li> <li>○ Weitere Fälle in Reinickendorfer Firma mit B.1.1.7-Nachweis (Eintrag über Familie mit Link zu HUK-Personal)</li> <li>○ Expositions- und Erkrankungszeiträume teilweise nicht stimmig, hier jedoch derzeit viele missing links vorhanden</li> <li>○ Epidemische Kurve nach Exposition (Folie 2) im zeitlichen Verlauf: insgesamt 47 Fälle</li> <li>○ HUK seit gestern wieder unter Auflagen in Betrieb (u.a. zweimal wöchentlich Screening, Kontaktnachverfolgung)</li> <li>○ Ende des Ausbruchsgeschehen derzeit definiert auf den 28.02. (= 2 Inkubationszeiten), sporadisches Auftreten neuer Fälle (aktuell 2 neue Fälle über Screening identifiziert)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Zeitschiene stationärer Verlauf HUK - bestätigte Fälle (Folie 4): 5 Patienten aus erstem Ausbruchsgeschehen in zweites involviert, massive Ausbreitung um den 10./11.01. vermutet</li> <li>○ Einige Patienten kurz nach Aufnahme positiv, andere erst im späteren Verlauf entsprechend Inkubationszeit</li> <li>○ Stand 02.02.2021: 6 Todesfälle (Altersgruppe &gt; 75 Jahre), aber auch einige Folgefälle mit schwerer Erkrankung bei jüngeren AG mit derzeit unklarem Ausgang</li> <li>○ Zusammenfassung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Möglicher Eintrag am 09./10.01. (kann nicht alle Fälle erklären) über Station CD</li> <li>▪ Möglicher Link zu einer Patientin/Personal Station 13 mit Erstdnachweis am 06.01.2021 (Ausbruch Anfang Januar)</li> <li>▪ Weiterverbreitung schwerpunktmäßig auf Station 13 mit hohem Anteil an Fällen unter Personal</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
--	--	---------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoher Anteil an Leiharbeitskräften</li> <li>▪ Hoher Anteil an Sekundärfällen in Haushalten und Aufnahme von Fällen und Sekundärfällen in andere Krankenhäuser</li> <li>▪ Wiedereröffnung HUK am 04.02.2021, weiterhin wöchentliches Screening aller Patient*innen und Personal bis mindestens zum 28.02.2021</li> <li>▪ Befundübermittlung im laufenden Geschehen etabliert</li> <li>▪ Auswertung Sequenzierung und Epi Daten zur Überprüfung der Hypothesen</li> <li>○ Herausforderungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Befundmitteilung in Kommunikation erheblich erschwert (teils verschiedene Wege der Übermittlung)</li> <li>▪ Aufgrund von Datenschutz musste auf herkömmliche Tools der Datenerfassung zurückgegriffen werden</li> <li>▪ Kommunikation mit Gesundheitsamt sehr gut, mit Landesstelle teils schwierig</li> <li>▪ Teils Kontaktdaten nicht bekannt oder mit erheblicher Zeitverzögerung von bis zu einer Woche bei Leiharbeitskraft</li> <li>▪ Hohe Sekundärfallzahl in Haushalten</li> <li>▪ Etablierung von Entlassmanagement war im Routinebetrieb nicht erfolgt</li> <li>▪ Leiharbeitskräfte z.T. nicht im Personalscreening inbegriffen</li> <li>▪ Personal-AG-Testung großzügig angeboten aber nicht Routine</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> <li>○ Es sollte in einem Dokument angemerkt werden, dass auch Leiharbeitskräfte in Personalscreenings miteinzubeziehen sind</li> </ul>	
--	---	--



	<p>Missionen EU-Ausland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mission aus Kosovo zurückgekehrt</li> <li>○ Weitere Anfrage seitens Auswärtigem Amt zu weiterer Labor-Unterstützung (Montenegro, vor allem zu dort vorhandener B.1.1.7), derzeit dazu in Abstimmung mit WHO</li> </ul> <p>Sprachregelung zu Vakzine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bitte an das BMG um Sprachregelung zu Vakzinen erfolgt</li> <li>○ Bereits mehrere Anfragen an das RKI mit der Bitte um Mithilfe bei Vakzinebeschaffung</li> <li>○ Corona-Global-Anträge kommen voraussichtlich im Laufe des Tages aus externer Begutachtung zurück, gehen dann ans BMG, Prozesslänge der Entscheidung dort noch nicht einschätzbar</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Wurde aktuell neu eingestellt</p> <p><i>ToDo: Bitte an Herrn Wichmann um einen Vorschlag zur Integration des Impfens in der kommenden Woche</i></p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Papier zu Virusvarianten veröffentlicht</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Grafik zu integrierter molekularer Surveillance ist online, ebenso der Bericht zu VOCs</p> <p><b>FG14</b></p> <p>! Dokument von Gesundheitsportal erhalten mit der Bitte um Kommentar, RKI hier als Partner aufgeführt, Bericht wurde dem RKI jedoch nicht vor Veröffentlichung vorgelegt</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Antao)</p> <p>FG14 (Brunke)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p>

	<p>! Es müssen klare Strukturen für eine Sichtung existieren sowie eine klare Definition der Verantwortlichkeit für die Inhalte</p> <p>! Unabhängige Klärung für die Betroffenen außerhalb des Krisenstabs auch zur Vermeidung der Mehrbelastung erforderlich</p> <p><i>To Do: Bitte an Herrn Ziese um Klärung der Sachlage zu dieser Anfrage seitens Gesundheitsbünd</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Modellierungsstudie (mittwochs)</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Fortsetzung Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation: siehe nachfolgender Punkt</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Behebung Logikfehler im Flusschema für Ärzte (ID 107_4)</b></p> <p>! Problem: Handlungskonsequenz nicht eindeutig (Änderungen ggf. auch im Begleittext anzupassen)</p> <p>! Gabelung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alt: „Testkriterien nicht erfüllt, keine SARS-CoV-2-Testung“</li> <li>○ Neu: statt Komma „oder“</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Box: Überschrift und Subtitel - ALT:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Titel: „Maßnahmen bei sonstigen akuten respiratorischen Symptomen“</li> <li>○ Subtitel: „Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“</li> </ul> <p>! Box: Überschrift und Subtitel - NEU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Titel: "Maßnahmen zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, z.B. bei atypischen Symptomen falls eine unerkannte COVID-19-Erkrankung vorliegt"</li> <li>○ Subtitel „Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte,</li> </ul>	<p>Alle VPräs Abt.1 (Mielke) IBBS (Herzog) FG36 (Buda, Haas)</p>



	<p><del>falls eine COVID-19 Erkrankung vorliegt</del>“ (entfällt, nun in Titel integriert)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskutierte Alternativen hier: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „unerkannt“</li> <li>▪ „bei anhaltendem“</li> <li>▪ „bei bestehendem COVID-19-Verdacht“</li> <li>▪ Jeweils problematisch, da Definition Rückfragen aufwerfen könnte</li> </ul> </li> </ul> <p>! Möglichst geringinvasive Änderung basierend auf dem Vorschlag von Herrn Haas von Donnerstagabend</p> <p><i>ToDo: sprachliche Überarbeitung in Abstimmung mit IBBS, Herrn Mielke und Herrn Haas, finale Sichtung am Montag mit nachfolgender Veröffentlichung</i></p>	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In Altersheimen derzeit insgesamt ca. 620.000 Impfdosen verabreicht, somit ca. 60 % dieser Personengruppe mit mind. erster Dosis geimpft</li> <li>! Erste Daten aus Israel: nach erster Dosis bis Tag 14 kein signifikanter Effekt, danach starker Anstieg auf bis zu 90 % – Zeitverzug bis zum „Wirkungseintritt“ kann Berichte von Ausbrüchen im Anschluss an eine Impfung erklären</li> <li>! Neue Phase-3-Studien auch zu Sputnik V publiziert: heterologer prime-boost-Impfstoff mit zwei verschiedenen Vektoren, zeigt gute Ergebnisse</li> <li>! Studien zu Novavax und J&amp;J-Impfstoffen noch nicht peer-reviewed</li> <li>! STIKO wird im Anschluss an die Empfehlung zum Astra Zeneca-Impfstoff eine Empfehlung für den J&amp;J-Impfstoff vorbereiten</li> <li>! Aktuell viele Anfragen zur Empfehlung des Astra Zeneca-Impfstoffes: FAQ dazu wird erstellt, Kommunikation des BMG sollte jedoch etwas gebremst werden, da bei diesem Impfstoff durchaus gewisse Unterschiede vorliegen</li> <li>! FG 33 wurde in Literaturscreening zu Wirksamkeit der Impfstoffe hinsichtlich VOC miteinbezogen, FAQs werden dazu erstellt, ggf. mit anderen FGs abzustimmen</li> <li>! Publikation zu Astra Zeneca-Impfstoff von letzter Woche: Schwierigkeit der Interpretation der nicht ganz optimal durchgeführten Studie</li> <li>! Astra Zeneca: Effekt auf asymptomatische Situation in nur 10 % der Fälle! im Trial wurde aber Gesamtpositivrate auf 50 % reduziert! Effekt auf Transmission, Effekt der Verhinderung schwerer Verläufe! es sollte nicht nur die asymptomatische Situation als Bewertungskriterium herangezogen werden</li> </ul>	FG33 (Wichmann)

	<p>! Umgang mit Genesenen hinsichtlich Impfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AG-Test im Vorfeld laut Modellierungen zu aufwendig und Ressourcen-verbrauchend</li> <li>○ Laut STIKO Erhebung des Serostatus und des Ausschlusses einer asymptomatischen Situation nicht erforderlich</li> <li>○ STIKO sieht keine Sicherheitsbedenken der Impfung von Genesenen</li> <li>○ 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)</li> </ul> <p>! Sputnik V</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Impfstoff-Studienergebnisse werden derzeit von der EMA bewertet</li> <li>○ Derzeit unbekannt, ob Sputnik V auf den deutschen Markt kommen soll</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte an Herrn Wichmann um die Mitteilung der Effektivität der Aktivierung des CD8-Arms durch mRNA-Impfstoffe</i></p>	
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neutralisierungsassays (Folie 5): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Jedes Panel: 1 AK gegen konventionelles Coronavirus (WT, schwarz), UK-Variante (UK, pink) und südafrikanische (SA) Variante (ZK, orange)</li> <li>▪ y-Achse: Neutralisierungsaktivität! je weiter links sich der Kurvenverlauf befindet, desto wirksamer ist der jeweilige AK</li> <li>▪ Alle 3 AK sind gegen den WT und die UK-Variante gut wirksam</li> <li>▪ SA-Variante: AK von Eli Lilly nicht wirksam, Regeneron: Casirivimab mäßig wirksam, Imdevimab gut wirksam</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Cave hierbei: <i>in vitro</i> Daten aus einem einzigen Labor (Wang <i>et al.</i> 2020, medRxiv), decken sich aber soweit gut mit anderen Studien</li> <li>▪ B.1.1.7 mit 484 Mutation: höchstwahrscheinlich keine</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>FG12/FG17 (Oh)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Wirksamkeit, da das Epitop über der Mutation liegt</p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 689 Einsendungen, davon 171 Proben SARS-CoV-2-positiv (ca. 24,8 %)</li> <li>○ Insgesamt ca. 500 Proben aus mehreren Studien (COALA etc.) und Ausbrüchen eingegangen, davon in diverse Proben Variante B.1.1.7 identifiziert</li> <li>○ Dem Ringversuch wurde zugestimmt, Proben bereits eingetroffen</li> <li>○ Medizinprodukte-AbgabeVO zu Heimtests vermutlich derzeit noch beim BMG in Diskussion mit Juristen</li> <li>○ Änderung § 8 IfSG (bzw. zur Selbstanzeige im Portal) noch nicht beschlossen</li> </ul>	ZBS1 (Michel)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Derzeit keine strategische Patientenverlegung aus Portugal oder Tschechien zu uns, Status quo bleibt bestehen</p> <p>! Kapazitäten-Evaluation: geringfügige Erleichterung, aber Bedenken aufgrund neuer Varianten</p>	IBBS (Herzog)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! BMG forciert Inbetriebnahme von SORMAS</p> <p>! Auf Arbeitsebene bereits entsprechende Anfragen</p> <p>! SORMAS jedoch weiterhin in Testphase, derzeit noch fehlerhaft, könnte Surveillance-Aktivität maßgeblich beeinflussen</p> <p>! Zusage der Leitung von Abt. 5, dass SORMAS nur dann ausgerollt werden kann, wenn Probleme beseitigt sind</p> <p>! Funktionalität muss gewährleistet sein</p> <p>! Aufgrund bereits aufgefallener Fehler liegt Vermutung nahe, dass weitere, bislang unentdeckte Fehler existieren</p> <p>! Auch vor dem Hintergrund ist ein nicht ausreichend getestetes Produkt mit zu hohem Risiko behaftet</p> <p>! Verschriftlichung der Kommunikation erforderlich, auch hinsichtlich möglicher Auswirkungen bei derzeit bestehenden Funktionalitätsbeeinträchtigungen</p> <p>! Rückendeckung seitens Leitung vorhanden, auch seitens Leitung Abt. 5 erforderlich</p>	FG32 (Diercke)

<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit viele Anfragen zur Ausweisung von VOC-Gebieten</li> <li>! Es existieren bereits Mutmaßungen, dass Erntehelfer von sämtlichen Maßnahmen grundsätzlich ausgenommen seien, dies wird äußerst kritisch gesehen, hierbei muss – sowie auch grundsätzlich – darauf geachtet werden, dass das RKI nicht peripher in Diskussionen eingebunden und schlussendlich als Mitzeichner geführt wird</li> <li>! Laufende Bußgeld-Diskussion zu fehlenden DEA-Anmeldungen, Compliance-Missachtung, Beförderung von Passagieren ohne Test bei Fluglinien</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)</p>
<p><b>14</b></p>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Federführung für Dokumente liegt nicht im Lagezentrum, sondern in fachlicher Verantwortlichkeit der Fachgebiete</li> <li>! Diese Fachgebiete übernehmen auch die Koordinierung der Abstimmungsschritte mit anderen Partnern</li> <li>! Aufträge sind über das Lagezentrum explizit als solche zu kennzeichnen und mitzuteilen</li> <li>! Das Ergebnis der im Herbst stattgefundenen Befragung wird kommende Woche vorgestellt</li> <li>! Feiertag 08.03.2021: Lagezentrum besetzt, aber keine Krisenstabssitzung</li> <li>! Bericht des BMG zu Ende März: das BMG wird auf das RKI zukommen, derzeit seitens RKI kein proaktiver Handlungsbedarf</li> <li>! Minister Spahn wird das „Control Covid“-Dokument am Montag in das Kabinett geben</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Präs</p>
<p><b>15</b></p>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>16</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 08.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	08.02.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lars Schaade	! FG 38
! Abt. 1	o Maria an der Heiden
o Martin Mielke	o Ute Rexroth
! Abt. 3	! IBBS
o Osamah Hamouda	o Michaela Niebank
! FG12	! P1
o Annette Mankertz	o Mirjam Jenny
! FG14	! P4
o Melanie Brunke	o Susanne Gottwald
o Mardjan Arvand	! Presse
! FG17	o Jamela Seedat
o Thorsten Wolff	o Marieke Degen
! FG21	! ZBS1
o Wolfgang Scheida	o Eva Krause
! FG25	! ZIG1
o Christa Scheidt-Nave	o Eugenia Romo Ventura
! FG 32	! BZgA
o Michaela Diercke	o Oliver Ommen
! FG34	
o Andrea Sailer (Protokoll)	
! FG36	
o Silke Buda	
o Walter Haas	





	<p>! Ausbruch Pflegeheim Osnabrück und weitere Schritte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Große politische Aufregung um 14 positive getestete Bewohner eines Pflegeheims in Belm, die bereits zweimal geimpft wurden.</li> <li>○ Es gibt Hinweise auf die Variante B.1.1.7, die Proben werden noch weiter sequenziert.</li> <li>○ Bisher Hinweise, dass die Bewohner nicht so schwer erkrankt sind.</li> <li>○ Politisch bestand die Erwartung, dass das RKI im Heim direkt anruft, dies wäre nicht rechtskonform. Unterstützung wurde proaktiv angeboten. RKI hat eine Studie vorbereitet, ist bisher aber noch nicht offiziell eingeladen.</li> <li>○ Infektionen sind im Rahmen einer Routineabstriches aufgefallen. Die Fortführung der seriellen Beprobung von Belegschaft und Bewohnern ist gute Grundlage für die Erkennung solcher Phänomene.</li> <li>○ Die Weiterführung dieser Maßnahmen sollte propagiert werden.</li> <li>○ Es ist zu erwarten, dass durch die Impfung zwar schwere Verläufe vermieden werden können, nicht jedoch die lokale Vermehrung der Viren.</li> <li>○ Sollte den Gesundheitsämtern eine Art Kurzprotokoll zur Verfügung gestellt werden, damit systematisch evaluiert werden kann, wie häufig Impfdurchbrüche oder mild symptomatische Infektionen vorkommen?</li> <li>○ Könnte in die Handreichung bei Ausbrüchen miteingebaut werden.</li> <li>○ Wenn die GA die Fälle ausführlich im Routinesystem dokumentieren würden, wäre es möglich diese Informationen übers Meldewesen zu erhalten.</li> <li>○ GA sollen aktiv darauf hingewiesen werden, dass sie das RKI einladen oder das Ausbruchsprotokoll nutzen können.</li> </ul> <p><i>ToDo: In FG33 gibt es ein PAE Projekt zu Impfdurchbrüchen, mit FG33 besprechen.</i></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenz liegt deutlich unter Niveau der Vorjahre. Der Anstieg, der normalerweise im Jan./Feb. zu</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p>
--	---	------------------------



	<p>beobachten ist, bleibt dieses Jahr völlig aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Effektivität der Maßnahmen hält weiter an.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Höchste Inzidenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der Zusammenhang je jünger, desto niedrige die Inzidenzen setzt sich fort.</li> <li>▪ Bei den 0-5 und 6-10 Jährigen steigt der Anteil an allen COVID-19-Fällen leicht an (nicht jedoch die Inzidenz).</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den letzten Wochen fast unverändertes Bild, relativ konstant rund 46 Ausbrüche pro Woche.</li> <li>▪ Weiter relevant hoher Anteil von Erwachsenen, auch Eintrag durch Erwachsene und Übertragungen zwischen Erwachsenen.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ So gut wie keine neuen Ausbrüche, Nachmeldungen.</li> </ul> </li> <li>○ Anteil von 0-5 Jährigen an allen COVID-19-Fällen nach BL <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Relativ inhomogener Verlauf, in manchen BL Anstieg.</li> <li>▪ Was steckt dahinter? Umfangreicher Notbetrieb in vielen Kitas oder neue Varianten?</li> <li>▪ Mögliches Signal, das im Blick behalten werden sollte.</li> <li>▪ Ist nicht bedingt durch absolute Zunahme. Inzidenz geht bei 0-5 Jährigen weniger stark zurück als bei älteren Altersgruppen.</li> </ul> </li> <li>○ Sollten in größerem Umfang Antigentests bei Schülern durchgeführt werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testung bei Lehrern allgemein akzeptiert. Problem, wer könnte Tests bei Schülern durchführen.</li> <li>▪ Zurzeit Roche-Studien zur einfacheren Beprobung.</li> <li>▪ Wenn Beprobung gefahrlos möglich ist, können Antigentests bei gleichzeitiger Einhaltung der Hygienemaßnahmen zur Öffnung der Schulen beitragen.</li> <li>▪ Schnelltests können zu falscher Sicherheit führen. Befürchtung: Wenn man Familien und Schulen Tests zur Verfügung stellt, werden diese eher für</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<p>symptomatische Schüler genutzt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ S3-Leitlinie zu Maßnahmen in Schulen: bei Erkrankungssymptomen sollen Schüler nicht in die Schule gehen. Dies sollte nicht durch falsch verstandene Testung verwässert werden.</li> <li>▪ Es geht nicht um symptomatische Schüler, sondern um regelmäßiges Testen symptomloser Kinder.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Entwurf von FG33 zur Einbeziehung des Impfens in die Risikobewertung liegt noch nicht vor (Deadline 12.02.) -&gt; auf Freitag verschoben</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Aktuell nichts Relevantes</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Diese Woche erscheinen 3 Artikel im Epid.Bull.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute vorab: Betrachtung der reiseassoziierten COVID-19-Fälle im Sommer 2020 unter Berücksichtigung der Schulferien, Reisetätigkeit und Testkapazitäten</li> <li>○ 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</li> <li>○ Am 12.02.: Einfluss der Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie auf die Fallzahl der nach IfSG meldepflichtigen Infektionskrankheiten</li> </ul> <p>! Zur Info: Internetteam ist zurzeit sehr dünn besetzt.</p> <p>! Kommunikation zur integrierten molekularen Surveillance: P1 erarbeitet eine Sprachregelung.</p> <p>! Flussdiagramm zu Kommunikation (<a href="#">hier</a>)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Seedat)</p> <p>P1 (Jenny)</p> <p>IBBS (Niebank)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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“</li> <li>○ Damit werden vermeintliche Widersprüche, wie mit nicht Getesteten umgegangen werden soll, hoffentlich aufgelöst.</li> <li>○ Könnte als Alternative zur Testung verstanden werden, deshalb evtl. Formulierung „kein SARS-CoV-2 Testergebnis“ statt „keine SARS-CoV-2 Testung“ verwenden.</li> <li>○ Dies könnte im Widerspruch zum Rest des Flussdiagramms stehen. Ist nicht perfekt zu lösen.</li> <li>○ Entscheidung: Text bleibt wie vorgeschlagen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Veröffentlichung des aktualisierten Flussschemas, Prüfung des dazu passenden Textdokuments, FF FG36, ID 2776</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Soll weiterhin die getrennte Versorgung von mit unterschiedlichen Varianten infizierten Patienten im KH empfohlen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KH möchten auf die getrennte Versorgung verzichten.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Die Weiterverbreitung von bestimmten Varianten findet vermutlich zum überwiegenden Teil nicht in KH statt.</li> <li>○ Eine Verbreitung innerhalb einer Klinik sollte generell vermieden werden. Am wichtigsten ist ein gutes Aufnahmescreening. Die Fälle sollten in besondere Einheiten verlegt werden.</li> <li>○ Für Mitpatienten ist die Hauptproblematik das Vermeiden einer Cross-Infektion innerhalb eines Zimmers (Gefahr einer Superinfektion).</li> <li>○ Konsequente Durchführung der Maßnahmen notwendig: striktes Aufnahmescreening mit einer schnellen Form der Differenzierung, ob es sich um die übliche oder eine VOC handelt.</li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wenn möglich, sollte eine Isolierung nach Kohorten stattfinden, insbesondere bei den Varianten B1.351 und P1.</li> <li>○ Sinnvoll ist auch eine Wiederholung des Screenings nach 1 Woche bei Langliegern um nosokomiale Infektionen zu verhindern.</li> <li>○ Sequenzierung ist nicht beste Methode, da zu langsam.</li> <li>○ Mit einer N501Y Analyse können alle VOCs erfasst werden.</li> <li>○ Über ZIG evaluieren, wo südafrikanische Variante zirkuliert? Eher Reiseanamnese allgemein erheben.</li> <li>○ Varianten sollen nicht mit den Ländernamen bezeichnet werden.</li> <li>○ <b>Zusammenfassung:</b> Aufnahmescreening, VOC-Suchtest + Reiseanamnese, Surveillance, Wiederholungstests</li> <li>○ Kliniken sollten nicht in eine Situation versetzt werden, die organisatorisch nicht umsetzbar ist.</li> <li>○ Wann kann das Dokument publiziert werden? Noch kleine Änderungen nötig, kann Mittwoch veröffentlicht werden.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! Virologische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Erstmals Fund der brasilianische Variante P2, wird zurzeit nicht als VOC betrachtet.</li> <li>○ Zurzeit viele Fragen zu Varianten und Vorkommen von Varianten in Nachbarländern.</li> <li>○ In den Handreichungen für Sequenzierungen ist Impfversagen als Anlass für eine Sequenzierung enthalten.</li> </ul>	<p>ZBS1 (Krause)</p> <p>FG17 (Wolf)</p>





	<p>werden soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Einladung zur Ausbruchsuntersuchung ist auf Spandau ausgedehnt worden.</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	10.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Tim Eckmanns
○ Lothar Wieler	! FG 38
○ Lars Schaade	○ Ute Rexroth
! Abt. 1	○ Maria an der Heiden
○ Martin Mielke	○ Petra v. Berenberg (Protokoll)
! Abt. 2 FG24/Thomas Ziese	! MF4
! Abt 3	○ Martina Fischer
○ Osamah Hamouda	! P1
○ Janna Seifried	○ Ines Lein
! ZIG	! P4
○ Johanna Hanefeld	○ Susanne Gottwald
! FG14	! Presse
○ Melanie Brunke	○ Ronja Wenchel
! FG17	○ Marieke Degen
○ Ralf Dürrwald	! ZBS 1
! FG 32	○ Claudia-Schulz-Weidhaas
○ Michaela Diercke	! ZIG 1
! FG34	○ Eugenia Romo Ventura
○ Viviane Bremer	! BZgA
! FG36	○ ...Dittrich
○ Silke Buda	
○ Walter Haas	





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.299.996 (+8.072), davon 62.969 (+813) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 68/100.000 EW</li> <li>○ 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.405.156 (2,9%), mit 2 Impfungen 1.104.504</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.846 Fälle in Behandlung (-111)</li> <li>○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +525, davon 31% verstorben</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnehmender Trend oder Plateau in allen Bundesländern</li> <li>▪ Höchste Zahlen weiterhin in TH, SL, SN, BB</li> <li>▪ MV derzeit auf dem 5. Platz, Plateau</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehr als 100 LK &lt; 50/100.000</li> <li>▪ Mehrzahl der LK &gt;50/100.000</li> <li>▪ Einige LK &lt; 25/100.000, vor allem im Norden</li> <li>▪ Weiterhin stärkeres Infektionsgeschehen im Süden und Osten (z.B. Grenzgebiet CZE)</li> <li>▪ Karte hellt sich insgesamt auf (Rückgang)</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen (AG) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Wochenvergleich Rückgang in allen AG</li> <li>▪ Deutlichster Rückgang in AG &gt;80</li> <li>▪ In AG 15-34 und 35-39 jetzt auch deutlicher</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Michaela Diercke)</p> <p>(M. Diercke)</p>

	<p>Rückgang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den jüngsten AG vergleichsweise geringer Rückgang, hier war auch der Anstieg geringer</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach dem Peak in KW 52 2020 in den letzten 6-7 Wochen abnehmender Trend bei den Sterbezahlen</li> </ul> </li> <li>○ Beurteilung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7-Tage -Inzidenz sinkt weiter langsam</li> <li>▪ Anzahl der Verstorbenen weiterhin hoch</li> <li>▪ R-Werte bleiben um 1</li> <li>▪ Weitere Fortschritte bei den Impfkaktivitäten</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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?</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Es ist geplant, Meldedaten und Sequenzierdaten zu verknüpfen, nach Zusammenführung der Daten (auch Labordaten mit 3-stelliger PLZ und Expositionsdaten) sind Auswertungen möglich</li> <li>▪ Erste Ergebnisse in 1-2 Wochen möglich</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend zur Abnahme setzt sich fort, Zahlen liegen minimal unter den Zahlen des Frühjahrs-Lockdowns,</li> </ul> </li> </ul>	<p>(S. Buda)</p> <p>(W. Haas)</p>
--	--	-----------------------------------



! **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

M. Mielke





	<p>Punktmutations-PCR subsummiert</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 %</li> </ul> <p><b>! Testungen und Positivenanteile in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, 7,5% Positivenrate</li> <li>○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In TH mit &gt;10% und MV mit 10% relativ hoch</li> <li>▪ In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Tests/100.000 EW ist rückläufig bei den Ältesten, relativ stabil in allen anderen Altersgruppen</li> <li>▪ Positivenanteil in allen Gruppen rückläufig</li> <li>▪ Ausnahme: Kein Rückgang bei AG 0-4</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Arztpraxen: Weiterer Rückgang</li> <li>▪ In KH: leichte Zunahme der Testzahlen</li> <li>▪ Spielraum besteht v. allem in Arztpraxen, hier könnte mehr und sensitiver getestet werden</li> </ul> </li> <li>○ Zeit zwischen Abnahme und Test             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SL und TH noch hoch (hier auch hohe Fallzahlen)</li> <li>▪ In B Anstieg eventuell durch Ausbrüche (HUK und KH Spandau) beeinflusst, wird beobachtet</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! VOC Daten aus 5 Laboren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil der positiven Tests mit Zusatznachweis von N501Y an allen positiven Tests: Anstieg auf 9%</li> </ul>	<p>(S. Buda)</p> <p>(T. Eckmanns)</p> <p>(M.Mielke)</p> <p>(T. Eckmanns)</p>
--	---	--





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wohl nicht dadurch zu erklären, bereits seit Weihnachten rückläufige Testzahlen</li> <li>○ Spricht der rapide Absturz der ARE -Zahlen nicht doch dafür?</li> <li>○ Annahme: Ärzte vermeiden, dass sympt. Patienten in Praxen kommen</li> <li>○ Testkriterien wurden bereits angepasst</li> <li>○ Eventuell hat das RKI durch frühere Dokumente zur Trennung von Patientenströmen die Verlagerung aus Praxen in Testzentren mitverursacht? Hier sollten alte Dokumente überprüft werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Aufnahme auf den Sprechzettel für die PK am 12.02.: ÄrztInnen sollen mehr und sensitiver testen (Presse)</i></p> <p><b>! Kurzbericht Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p><b>Neu:</b> Darstellung der neu dazugekommenen Ausbrüche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altenheime <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW 14 2020: 200 Ausbrüche</li> <li style="padding-left: 20px;">In KW 51 2020: 350 Ausbrüche</li> <li style="padding-left: 20px;">In KW 5 2021: 48 Ausbrüche</li> <li>▪ In KW 5 wurden 40 Ausbrüche für KW 4 nachgemeldet, trotzdem ist insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen</li> </ul> </li> <li>○ Krankenhäuser <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW 3 &gt; 150 Ausbrüche, insgesamt leichter Rückgang (weniger ausgeprägt, als in Altersheimen)</li> </ul> </li> <li>○ Insgesamt 150.000 Fälle im Rahmen der Ausbrüche, 117.000 in Altenheimen, mediane Fallzahl 18, 36.000 in Krankenhäusern, mediane Fallzahl 5</li> <li>○ Neue Darstellung wird bisher nicht im Lagebericht gezeigt, sollte angeglichen werden</li> </ul>	
--	---	--

*ToDo: Diesbezügliche Absprachen mit M. Diercke und M. an der Heiden weiterführen (T. Eckmanns)*

- Zwischenfrage: ist der Rückgang der Ausbrüche in Altenheimen auf den Einsatz von POCT 2/Woche zurückzuführen? Ein Erfolg?
- Antwort: Ev, eher erster Impferfolg, Umsetzung der Hygieneempfehlungen sind teilweise desaströs, Beispiel Ausbruch Klinikum Spandau: Verlegungen in Altenheime wurden bis jetzt nicht nachverfolgt, Einrichtungen nicht informiert

! **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
  - Vollausslastung geht zurück, erste Häuser melden wieder Verfügbarkeit



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personalsituation bessert sich vereinzelt</li> <li>▪ Zahl der freien Plätze stagniert</li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend zeigt weiterhin nach unten</li> <li>▪ Nach Kleeblättern: im Norden Prognose geringer Rückgang, im Osten deutlicher Rückgang (von 1500 auf 1000 Fälle), im Süden mittlerer, im SW geringer Rückgang</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Kurzbericht zum Ausbruch in Belm, (LK Osnabrück, NI)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbruch in einem Altersheim in dem alle Bewohner bereits 2x geimpft sind</li> <li>○ 2. Impfung liegt &lt; 2 Wochen zurück, Impfdurchbruch daher fraglich</li> <li>○ Fälle BewohnerInnen: 14 (2x geimpft)</li> <li>○ Fälle MA: 3</li> <li>○ Bislang milde Verläufe (eine Person könnte versterben, 101 Jahre, wird nicht hospitalisiert)</li> <li>○ Es handelt sich um B.1.1.7</li> <li>○ Eintrag:  Hypothetisch durch TagespflegenutzerIn mit positiv getesteter Betreuung aus Polen, Weiterverbreitung durch Nachtpflege zunächst an MA, dann an BewohnerInnen</li> <li>○ Es wurden schnell und weitreichend Maßnahmen ergriffen</li> <li>○ Eindruck der KollegInnen vor Ort: Verlauf könnte durch Impfung abgemildert sein</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	

4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Textanpassung zum Thema „Impfung“ in der Risikobewertung Aufgabe ID 2722_1, wird am Freitag vorgestellt</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>U. Rexroth FG 33</p>
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Radiospots: Reichweite in der Bevölkerung 58%</li> <li>○ Fernsehspots: Reichweite in der Bevölkerung 78%</li> <li>○ Aufrufe der Webseite zum Thema Impfen 1.000.000</li> <li>○ Gesamtreichweite in der Bev.: 66%</li> <li>○ Impressions (Social Media) 70.000.000, dies ist in Anbetracht des Budgets eine gute Quote</li> </ul> <p>! Es gibt Überlegungen eine FAQ zu entwickeln zur Thematik Südafrika/VOC/Abbruch der Impfung mit AstraZeneca Impfstoff</p> <p>! BZgA und RKI wurden durch den Steuerungskreis aufgefordert, eine Broschüre zu Covid-19 und Impfung (entsprechend der Broschüre mit Hintergrundinformationen zu Influenza und Impfung) zur Auslage in Arztpraxen und Apotheken zu entwickeln, dies ist in Bearbeitung</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Bitte bei Änderung von Dokumenten immer Disclaimer mit Hinweis auf die Änderungen einstellen, ist hilfreich für die NutzerInnen</p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage zu Südafrika/Impfkampagne: Werden spezielle PCR-Tests entwickelt, um auf Mutationen mit geringerer Impfstoffempfindlichkeit zu testen</li> <li>○ FG 17: PCRs sind in Entwicklung, auch zur Erkennung der anderen Varianten bzw. Mutationen, sind bislang nicht einsatzbereit</li> <li>○ Geringe AstraZeneca-Wirksamkeit ist erklärbar durch den Vektor (Immunität gegen Schimpansen-Virus), Sputnik mit Adenovirus-Vektor umgeht das</li> </ul> <p><i>ToDo: Thematik soll in AG Diagnostik (M. Mielke) aufgenommen werden, Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema muss gut begründet und aufgebaut sein</i></p> <p><b>EpiLag</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweis aus EpiLag; BW sequenziert alle positiven Proben, dabei werden auch neue Mutationen entdeckt, es ist unklar, welche davon wirklich gefährlich sind</li> <li>○ Dazu wird ein Ansprechpartner am RKI gewünscht</li> <li>○ Aus Kommunikation mit UK ist bekannt, dass eine hohe Anzahl an Varianten gefunden wird, die eingeordnet werden müssen</li> <li>○ Bioinformatische und phylogenetische Einordnung ist</li> </ul>	<p>BZgA (Dittrich)</p> <p>(R. Wenchel)</p> <p>(U. Rexroth)</p>



	<p>komplex</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rolle der Varianten zeigt sich über den Anteil in unterschiedlichen Gruppen</li> <li>○ Länder brauchen Beratung: Nicht nur „IMSsurveillance“ IMSservice“</li> <li>○ Ansprechpartner schwierig: In erster Näherung kommt KL/C. Drosten in Frage</li> <li>○ Zur Studienlage M. v. Kleist</li> </ul> <p><i>ToDo: Dreizeiler an M. Mielke zur Frage Ansprechpartner (U. Rexroth), T. Semmler soll einbezogen werden</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! <b>Modellierungsstudie</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p>! 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bielefeld betreibt ein Maßnahmen-Monitoring auf Länderebene (BL und ausgewählte Landkreise)</li> <li>○ Verlässlichkeit der Daten ist vorhanden, wurden soeben vervollständigt</li> <li>○ Eine Publikation der Daten ist angekündigt</li> <li>○ Eine Verknüpfung mit den Fallzahlen soll durchgeführt werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Vorstellung im Krisenstab, sobald Daten vorliegen (V. Bremer)</i></p>	<p>Alle (Brockmann)</p> <p>(W. Haas)</p> <p>(V. Bremer)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! <b>Management von Kontaktpersonen</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll auf alle Flugreisen ausgedehnt werden, nicht nur auf Virusvariantengebiete oder Hochrisikogebiete</li> <li>○ Dokument wird wie präsentiert freigegeben</li> <li>○ Soll ab 11.02. gelten</li> </ul> <p>! Frage: Gibt es neue Erkenntnisse zu Abstand und Dauer des</p>	<p>FG 37 (M. an der Heiden)</p>

	<p>Kontakts für KP I bei Kontakt zu VOC?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus UK keine neuen Daten, dort keine Anpassungen</li> <li>○ Aktuelle Entwicklung muss abgewartet werden</li> <li>○ Genaue Umsetzung der gültigen Empfehlungen soll betont werden</li> <li>○ CWA-Daten wären wünschenswert, um dazu Aussagen zu treffen</li> <li>○ Datenschutz schränkt hier ein</li> </ul> <p><i>ToDo: bei der nächsten CWA-Besprechung thematisieren</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>FG 17 (Folien bitte im Krisenstabsordner ablegen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 160 Probeneinsendungen in KW 5</li> <li>○ Konstant etwa 150 Einsendungen /Woche</li> <li>○ Anteil Sars-CoV-2-positiver Proben bei 6% (ähnlich zu letzter Woche), Rückgang, Zahlen entsprechen den anderen Erhebungen</li> <li>○ Influenza: keine Nachweise</li> <li>○ Rhinoviren &lt; 10%</li> <li>○ Coronaviren saisonal: 1 Nachweis</li> <li>○ VOC: lokal (eine Praxis)</li> <li>○ Im Sentinel werden 16 verschiedene Viren untersucht <ul style="list-style-type: none"> <li>! Influenza: bisher keine Nachweise, Ausfall der Welle wird erwartet</li> <li>! RSV: weiterhin keine Nachweise</li> <li>! Rhinovieren (ganzjährig, geringe Immunität) und Sars-CoV-2 (keine Immunität) derzeit nachweisbar</li> <li>! Infektionsdosis wird durch Schutzmaßnahmen reduziert</li> <li>! Prognose zum weiteren Verlauf schwierig: Heftigkeit der nächsten Influenzawelle ist abhängig von Umfang der Impfung und Einhaltung der Schutzmaßnahmen</li> </ul> </li> </ul>	FG17 (Dürrwald)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Ausnahmeregelung für BPOL</p> <p>In der EinreiseVO sind Quarantäne-Ausnahmen für Personen, die einen Wohnsitz und eine Aufenthaltserlaubnis besitzen, vorgesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Besorgnis, dass dies für Saisonarbeitskräfte Im Sommer angewendet wird</li> <li>○ Arbeitsmigration (Erntehelfer) ist ein europäisches Problem, das demnächst wieder akut wird</li> </ul>	(M. an der Heiden)  Diskussion: Alle





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es eine Kommunikation dazu im Haus/ soll eine gemeinsame Haltung dazu formuliert werden?</li> <li>○ FG17, O. Hamouda, PH-Intelligence L. Schaade und ZIG waren im Gespräch: Einreisebeschränkungen sind bei geringer Inzidenz von VOC sinnvoll</li> <li>○ Es sollte eine möglichst einheitliche Regelung gefunden werden</li> <li>○ Bei Testauflagen tragen Beförderer die Arbeitslast</li> <li>○ Haltung des RKI: Es sollen einheitliche möglichst strenge Bestimmungen zur Einreise gelten</li> <li>○ Für Berufspendler und Saisonarbeiter muss eine Lösung gefunden werden</li> <li>○ Formulierungsvorschlag: Quarantäne sollte nicht verkürzt werden können, „möglichst wenig“ Ausnahmen sollten möglich sein</li> <li>○ Quarantäne 14 Tage bei Virusvariantengebiet, oder 10 Tage (Mischkalkulation), 14 Tage sind sicherer?</li> <li>○ Dauer der Quarantäne bleibt eine politische Abwägung bzw. Entscheidung, je nachdem, wieviel Sicherheit man möchte</li> <li>○ Ausnahmen haben nicht nur theoretische sondern auch praktische Auswirkungen: Eintrag durch Erntehelfer im Vorjahr könnte hier eine Argumentationshilfe sein</li> </ul> <p><i>ToDo: Frage in die weiteren Gespräche aufnehmen, Abstimmung zwischen J. Hanefeld und M. an der Heiden</i></p>	
<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>! Pilotierung SORMAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DEMIS/SORMAS Schnittstelle ist in Betrieb, bisher wurden 10 Fälle darüber gemeldet</li> <li>○ Bisher ein GA pilotiert: Vorpommern Rügen</li> <li>○ 5 weitere GÄ sollen nächste Woche folgen</li> <li>○ Erste Ergebnisse: Daten wurden nicht richtig gemappt, SORMAS Team verspricht rasche Problemlösung</li> <li>○ Geplantes Vorgehen war: Anbindung von 2 GÄ (Vorpommern-Rügen und Reutlingen), Rollout erst, wenn alle Probleme behoben sind</li> <li>○ Hoher Druck von Ministeriumsseite auf HZI und Konsortium, den Rollout zu beschleunigen, kein expliziter Bruch der Abmachungen, aber es wird befürchtet, dass SORMAS Rollout vorgezogen werden soll, könnte auch bei MPK thematisiert werden</li> <li>○ Einspruch L. Wieler: Vorgehen wird nicht geändert</li> </ul> <p><i>ToDo: Bei konkreten Hinweisen auf Änderungsversuche Rücksprache mit der Leitung</i></p>	<p>FG25 (Neuhauser)</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p>	<p>FG38</p>

	! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  ! PK Freitag 12.02.	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 12.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Sitzungsende 12:51**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	12.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                             |                        |
|-----------------------------|------------------------|
| ! Institutsleitung          | o Stefan Kröger        |
| o Lothar Wieler             | ! FG37                 |
| o Lars Schaade              | o Tim Eckmanns         |
| ! Abt. 1                    | ! FG 38                |
| o FG12/Annette Mankertz     | o Ute Rexroth          |
| ! Abt. 2                    | o Maria an der Heiden  |
| o FG24/Thomas Ziese         | o Meike Schöll         |
| ! Abt 3                     | ! IBBS                 |
| o Osamah Hamouda            | o Christian Herzog     |
| o Tanja Jung-Sendzik        | ! P1                   |
| o Nadine Litzba (Protokoll) | o Ester-Maria Antao    |
| o Janna Seifried            | ! P4                   |
| ! FG14                      | o Susanne Gottwald     |
| o Mardjan Arvand            | ! Presse               |
| o Melanie Brunke            | o Ronja Wenchel        |
| ! FG17                      | ! ZBS 1                |
| o Dschin-Je Oh              | o Livia Schrick        |
| ! FG21                      | ! ZIG 1                |
| o Patrick Schmich           | o Sarah Esquevin       |
| o Wolfgang Scheida          | o Eugenia Romo Ventura |
| ! FG 32                     | ! BZgA                 |
| o Michaela Diercke          | o Heide Ebrahimzadeh-  |
| ! FG33                      | Wetter                 |
| o Ole Wichmann              |                        |
| ! FG36                      |                        |
| o Walter Haas               |                        |
| o Silke Buda                |                        |





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quellen allerdings sehr unterschiedlich</li> <li>! Anteil der vollständig gegen COVID-19 geimpften Bevölkerung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 3 Länder mit den meisten Impfungen wie letzte Woche</li> </ul> </li> <li>! Excess Mortalität Europa <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Portugal und UK zeigen hohe Excess Mortalität</li> </ul> </li> <li>! Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der Übersicht über die Varianten in den Nachbarländern liegt der Anteil für Tschechien bei nur 16,7%. Allerdings wurden nur 120 Proben sequenziert. Nach Daten eines PCR-Herstellers in den Städten (Pilsen, Prag) Anteil bei fast 50%, auch bei Pendlern hoher Anteil und Tschechien selbst hat bst. Gebiete zu Risikogebieten erklärt. Anteil in Slowakei bei 74%, in Grenzgebieten zu Tschechien wahrscheinlich ähnlich</li> <li>○ Länder, die hohe Excess-Mortalität gesehen haben, sprechen von sinkenden Todeszahlen, insgesamt leichter Abfall</li> <li>○ In UK: VOC mit B.1.1.7 + Mutation E484K bisher 55 Fälle im Cluster, zusätzlich noch eine weitere Variante in UK under investigation</li> <li>○ Aus Dänemark auch Bericht zu neuer Variante mit E484K-Mutation (mind 50 Fälle, E484K-Variante)</li> <li>○ Insgesamt wird die Problematik der Einschätzung der Eigenschaften der verschiedenen neuen Varianten in den nächsten Wochen zunehmen.</li> <li>○ PK des brasilianischen Gesundheitsministeriums: 3-fach erhöhte Transmission der neuen Variante (aber keine weiteren Daten/Quellen dazu), Impfstoffe werden getestet - Verringerung der schweren Verläufe</li> </ul> </li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.320.093 (+9.860), davon 64.191 (+556) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 62/100.000 EW <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.940.423 (3%), mit 2 Impfungen 1.178.725 (1,4%)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.675 Fälle in Behandlung (-61)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Michaela Diercke)</p> <p>FG37, AL3, FG32</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +497, davon 25% verstorben</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückläufiger Trend in allen BL, TH weiterhin höchste Inzidenz, MV muss beobachtet werden</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 143 LK &lt; 50/100.000, Anstieg hier</li> <li>▪ Mehrzahl der LK &gt;50/100.000</li> <li>▪ Besonders stark betroffen Tirschenreuth und einzelne weitere LK</li> </ul> </li> <li>○ Sterbefallzahlen Deutschland             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichter Rückgang bzw. Plateau, trotzdem weiterhin Übersterblichkeit, leichter Verzug</li> </ul> </li> <li>○ Sterbefallzahlen nach BL             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nun auch von Destatis abgebildet, sehr unterschiedlich nach BL, da Länder unterschiedlich stark betroffen</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin interessant, dass die Kurven aller BL auf einen Inzidenzwert hinsteuern und nicht weiter runtergehen</li> <li>▪ Analysen zu Unterschieden in Mortalität schon in Meldedatengruppe durch Sara Tomczyk und Mirko Faber, 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</li> <li>▪ In Euromomo sieht man Untersterblichkeit bei 0-14-jährigen (Aufall der Grippewelle etc.)</li> <li>▪ Artikel zu Auswirkungen von COVID-19 auf andere Infektionskrankheiten in EpidBull erschienen.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	

4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Textanpassung zum Thema „Impfung“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufgrund der voranschreitenden Impfungen wird die Risikobewertung angepasst und um Textabschnitte zum Thema ergänzt.</li> <li>○ Einfluss der Impfungen auf Todesfälle und Fälle auf Intensiv erwartet</li> <li>○ Hinweis auf Wirksamkeit der Impfstoffe für Varianten eingefügt</li> <li>○ Textabschnitt zu Hinweisen auf Verringerung der Übertragbarkeit durch Impfung eingefügt, Daten dazu aus Israel vorhanden</li> <li>○ Änderung der generellen Aussage zu Risiko der Bevölkerung in ca. 2 Wochen, wenn mehr Personen geimpft sind und mehr Klarheit über neue Varianten</li> <li>○ 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.</li> </ul>	FG33/alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Am 20.02. erneut ein Townhall-Meeting mit Hr. Spahn, Hr. Wieler, Hr. Cichutek und Hr. Mertens</p> <p>! Di, 16.02. Wartungsarbeiten in Redaktionsumgebung von 16:30 bis 20 Uhr und Dashboard zw. 16 und 18 Uhr, Disclaimer wird geschaltet</p> <p><b>Weiteres</b></p> <p>! O. Wichmann in Steuerungskreis Corona-Impfkommunikation: Kampagne mit RKI Unterstützung, um über AstraZeneca-Impfstoff zu informieren, um Empfindung der 2-Klassenimpfung entgegenzuwirken.</p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG33 (Wichmann)</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p>	<p>FG38 (Rexroth)/</p>





	<p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Verschärfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch der Länder nach Verschärfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung in AGI, EpiLag, TK der IGV-benannten Flughäfen und in separaten E-Mails formuliert: Änderungen in Kontaktpersonenmanagement, Isolierung/Entisolierung etc. gewünscht.</li> <li>○ Anekdotisch, keine weiteren Daten: Überraschend hoher Anteil der KP infiziert sich, längere Inkubationszeiten bei Kontakten</li> <li>○ GÄ, Länder können zwar über die RKI-Empfehlungen hinausgehen, aber bei Klagen werden die RKI-Empfehlungen herangezogen</li> <li>○ Wunsch der Länder nach 14 Tage Quarantäne, auch wenn kein Verdacht auf VOC: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wunsch zur Verkürzung kam ursprünglich von Politik, grundsätzlich keine Einwände bei Verlängerung der Quarantäne auf 14 Tage, Aussage dazustellen, dass zunächst nicht unterscheidbar, ob VOC oder nicht</li> <li>▪ Aber Std.-Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagement sollten nicht geändert werden</li> <li>▪ Modellierung hat gezeigt, dass 10 Tage plus Testung mehr Fälle verhindern als 14 Tage ohne Testung, daher Empfehlung der Testung (mind. AG-Test) zusätzlich</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Aktuell laufen mehrere Ausbruchsuntersuchungen, in denen Fragen zur Inkubationszeit etc. untersucht werden, insbesondere in Schulen</li> <li>▪ Veränderung der Empfehlung: Keine Verkürzung der Quarantäne, Empfehlung, dass zusätzlich mind. AG-Test gemacht wird</li> <li>▪ Veränderte Empfehlung soll BMG vorgelegt</li> </ul> </li> </ul>	alle
--	--	------





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aber wichtig: in Empfehlung sollte aufgenommen werden, dass KP1 großzügig definiert werden sollten</li> </ul> <p><i>ToDo: Anpassung der Empfehlungen (FG36)</i></p> <p>! EU: Umgang mit COVID-19 Genesenen hinsichtlich Testung bei Einreise (bis 90 Tage ggf. positives Erg.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erlass bis Montag 11 Uhr zu RKI-Haltung zum Verzicht auf PCR-Testung von Genesenen bis zu 90 Tage nach Erkrankung/Testung;</li> <li>○ ZIG, Abt. 1, FG36, FG38 an Erlass beteiligt, vor Versand an Hr. Schaade</li> <li>○ 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</li> <li>○ Reinfektionen mit VOC würden so nicht erfasst</li> <li>○ Vorgeschlagen wird bei Genesenen eine PCR-Testung mit Quantifizierungsstandard (als unbedenklich gelten <math>&lt;10^6</math> Kopien, wie in Entlassmanagement)</li> </ul> <p>! Quarantäne bei Genesenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genesene müssen 3 Monate nicht in Quarantäne, außer bei Kontakt mit vulnerablen Personen/Gruppen</li> <li>○ Nachfragen bei Kontakt zu geimpften vulnerablen Personen, Vorgehen genauso?</li> <li>○ 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</li> <li>○ Möglichst wenige Abweichungen bei Geimpften und Genesenen</li> </ul> <p>a) <b>RKI-intern</b></p> <p>! MPK Beschluss 10.02.2021 – Konsequenzen für RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folgende Aufgaben für das RKI ergeben sich aus dem MPK-Beschluss: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Selbsttestungen – Umsetzung im Meldewesen</li> <li>▪ Aufgaben bezüglich SORMAS und DEMIS, z.B. SORMAS-Anbindung bei allen GÄ bis Ende Februar – Punkt in letzter Sitzung besprochen, d.h. Anbindung weiterer GÄ wenn die technische Umsetzung in</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG38 (an der Heiden)</p>
--	---	-----------------------------





	<p>und Erkrankung zu unterscheiden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gelder zur Verlängerung der Studien erhalten</li> <li>○ Forschungsfragen müssen angepasst werden, Punkt wird aufgenommen</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! FG 17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt 579 Proben analysiert, davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 42 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%, rückläufig)</li> <li>▪ 50 Proben Rhinovirus-positiv</li> <li>▪ 2 Proben positiv auf Parainfluenza</li> <li>▪ 11 Proben positiv für das Coronavirus NL63</li> <li>▪ Weiterhin kein Nachweis von Influenza</li> </ul> </li> <li>○ Hinweise zur Testung werden geupdated, Testung aller positiven Proben auf Varianten wird aufgenommen</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! ZBS1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Daten wurden am Montag schon vorgestellt</li> </ul>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Schrick)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Empfehlung zu MNS im ambulanten Setting</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nachfrage von IBBS zur Vereinheitlichung: zusätzlich FFP2 erwähnen?</li> <li>○ 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</li> </ul>	<p>FG14</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	

13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen	
14	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  ! Ergebnisse der Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19 Pandemie, Oktober 2020 (Folien <a href="#">hier</a> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abfrage über VOXCO Anfang Oktober bei allen MA</li> <li>○ Wahrnehmung des RKI-internen Lagemanagements, Krisenstabs- und Lagezentrums-spezifische Aspekte</li> <li>○ 225 Teilnehmende, 57% sehr zufrieden oder zufrieden mit dem Lagemanagement, bei sehr hoher oder hoher Arbeitsbelastung</li> <li>○ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kommunikation wird als verbesserungswürdig empfunden</li> <li>▪ Techn. und räumliche Aspekte: zufrieden, aber Fehlen von digitalen Tools (Datenbanken etc.)</li> <li>▪ Grundsätzlich Zufriedenheit mit Krisenstab</li> <li>▪ Schichtbesetzung wurde als kritisch angesehen.</li> <li>▪ Mehr Wertschätzung wird gewünscht</li> <li>▪ Evaluation anderer Bereich sollte durchgeführt werden (Diagnostik)</li> <li>▪ Personalaspekte: Schutz der MA vor Überlastung von Mehrheit als nicht ausreichend empfunden. Depriorisierung nicht ausreichend</li> <li>▪ Angebote zur psychischen Entlastung erwünscht (vorhandene Angebote nicht bekannt)</li> <li>▪ Informationen nicht leicht genug zu finden oder nicht vorhanden, MA fühlen sich z.T. „außen vor“, Info zu Zugang zum Verteiler RKI-Corona</li> <li>▪ Vernetzung und Kooperation als positive Aspekte</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorschlag eines Webex-Seminars für alle RKI-MA, möglicherweise im Rahmen des internen Seminars, mit Raum für Fragen</li> <li>▪ Auswertung sollte vorab im LK besprochen werden,</li> </ul> </li> </ul>	FG38 (Schöll)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	um Vorschläge vorzubereiten	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  ! s. Kommunikation	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  ! Nächste Sitzung: Montag, 15.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	15.02.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Tim Eckmanns
○ Lothar Wieler	! FG 38
○ Lars Schaade	○ Ute Rexroth
! Abt. 1	○ Maria an der Heiden
○ FG12/Annette Mankertz	! IBBS
! Abt. 2	○ Christian Herzog
○ Scheidt-Nave	! P1
! Abt 3	○ Miriam Jenny
○ Osamah Hamouda	! P4
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Susanne Gottwald
! FG14	! Presse
○ Mardjan Arvand	○ Marieke Degen
○ Melanie Brunke	○ Scheidt-Nave
! FG17	! ZBS 1
○ Thomas Wolff	○ Janine Michel
! FG21	! ZIG 1
○ Patrick Schmich	○ Sarah Esquevin
○ Wolfgang Scheida	○ Eugenia Romo Ventura
! FG 32	! BZgA
○ Michaela Diercke	○ Oliver Ommen
! FG33	○ Bayer
○ Ole Wichmann	
! FG34	
○ Daniel Schmidt (Protokoll)	
! FG36	
○ Walter Haas	
○ Silke Buda	
○ Stefan Kröger	









	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tischenreuth führt seit 2 Wochen die Liste der LK an. Sollte dort geschaut werden woher die Infektionen kommen? Ggf. Frage nach Grenznähe zu Tschechien stellen und anschauen, auffällig sind die Altersgruppen, in Tischenreuth sind in fast allen Altersgruppen hohe Inzidenzen zu sehen</li> <li>▪ Frage nach einer Seroprävalenzstudie in Tischenreuth, ggf. Kontakt mit Verantwortlichen in Bayern aufnehmen</li> <li>▪ In Teilen Frankreich zeigten sich recht hohe Anteile mit südafrikanischer und brasilianischer Variante, Frage nach Varianten in Saarland und Rheinland Pfalz</li> <li>▪ Virusvarianten und Risikogebiete, Frage von Herrn Wieler warum individueller Reiseverkehr nicht konsequenter eingeschränkt wird. Herr Wieler macht deutlich, dass es aus seiner Sicht unverständlich ist warum dies nicht konsequenter umgesetzt wird.</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Digitale Einreiseanmeldung wird immer komplexer, seit 12.2. neue Updates online, Anmeldung Mitreisende ist weggefallen, da jede Person eine eigene Einreiseanmeldung benötigt</p> <p>! Fragen werden kommen z.B. Uploadfunktion Testergebnis, Umsetzung ist sehr komplex</p> <p>! Uploadfunktion ist wichtig und wird auch häufig nachgefragt, Hamburg hat Funktion umgesetzt bei der ein PDF hochgeladen wird</p> <p>! Feedbackfunktion, es gab Gespräche mit der ÖGD Feedbackgruppe</p> <p>! CWA Risikoanpassung, wichtig ist, dass Risikoparameter gleich sind, Evaluation läuft gerade, Befragung bei Personen mit roter Benachrichtigung geplant, weitere Akteure zur Evaluation sind eingebunden</p> <p>! Es bildet sich ab, dass evtl. die Messung unter bestimmten Umständen beeinträchtigt sein könnte, z.B. in Bahnen, dies wird untersucht</p> <p>! Datenspende-App wird erneuert und eine Version um Befragungsinhalte erweitert</p> <p>! DEMIS: Anpassungen in DEMIS für molekulare Surveillance werden vorgenommen</p> <p>! 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.</p>	<p>Schmich</p> <p>Bayer</p> <p>Schmich</p> <p>Diercke</p>



	<p>! 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.</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Bundesweit &lt;60/100.000 EW soll die Risikobewertung weiterhin sehr hoch bleiben?</p> <p>! Mit Blick auf VOC wird sehr hoch beibehalten, wichtig ist auch die ITS Belastung, mehr noch als die reinen Inzidenzwerte</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Webmaster-Team dünn besetzt, was heute nicht unbedingt umgesetzt werden muss bitte auf morgen verschieben</p> <p><b>Weiteres</b></p> <p>!</p>	Presse (Degen)
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Stufenplan wurde angepasst, Grenze auf 35/100.000 EW angepasst, wird zirkuliert</p> <p>! Frage nach Publikation: soll publiziert werden, wichtig ist schnell und deutschsprachig, später dann auch Englisch und international</p> <p>! Frage nach der Publikation wird noch einmal geklärt, ggf. im Epidemiologischen Bulletin</p> <p>! EpiBull ist allerdings ein feststehendes Dokument, wenn aber Aktualisierungen erfolgen sollen, dann eher auf der Webseite</p> <p>! Tendenz ist Publikation auf der Webseite</p> <p>a) <b>RKI-intern</b></p> <p>!</p>	Schaade Haas  Degen
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! <b>Testkriterien symptomatische Patienten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Viele Änderungen, v.a. Fokussierung auf alle Personen mit Symptomen jeglicher Schwere unabhängig von Herbst-/Wintersaison</p> <p>! Diskussion um Vorgehen ohne Vorliegen einer Testung,</p>	FG36 (Kröger) Mielke



	<p>Formulierung wie im Flussschema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hinweis auf den zunehmenden Anteil von besorgniserregenden Varianten von SARS-CoV2 auch in Deutschland, die mit einem erhöhten Ansteckungspotenzial einhergehen</li> <li>! Wording in Bezug auf vulnerable Gruppen anpassen</li> <li>! <b>SARS-CoV-2 Testkriterien für Schulen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Fokussierung auf alle SuS mit Symptomen jeglicher Schwere unabhängig von Herbst-/Wintersaison</li> <li>! Löschung von Passage zur Aufrechterhaltung des Schulbetriebs</li> <li>! 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.“</li> <li>! 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.“</li> <li>! Unter Ziele Aufnahme von Präsenz- und Wechselunterricht</li> <li>! Inzidenzwerte &gt;25/100.000 sollen gestrichen werden</li> <li>! Wording angepasst</li> <li>! Es muss klar herauskommen, dass symptomatische und kranke Kinder strikt zu Hause bleiben sollen</li> <li>! Long-Covid bei Kindern soll auch in Bundespressekonferenz angesprochen werden</li> <li>! Auch etwas zum Testen aufnehmen? Es gibt kein Dokument auf das hier verwiesen werden könnte, ggf. in der Einleitung auf die Diagnostik</li> <li>! Strategieergänzung soll so lange noch bleiben bis klar ist wie verlinkt werden kann</li> <li>! AHA+L müsste noch um zu Hause bleiben ergänzt werden, ist aber sicher nicht ohne weiteres umsetzbar</li> <li>! <b>Kontaktpersonen-Nachverfolgung</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! 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“</li> <li>! bei Einteilung in K1 oder K2, immer wenn unsicher dann in K1</li> <li>! 14 Tägige Quarantänezeit soll nicht verkürzt werden,</li> <li>! Am 14 Tag sollte vor Entlassung aus Quarantäne ein AG-Schnelltest oder PCR-Nachweis durchgeführt werden</li> <li>! 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</li> <li>! Formulierung wird jetzt Tätigkeit und privat belassen</li> </ul>	<p>Buda Wieler</p> <p>Mielke Haas Kröger Schaade</p> <p>Bös</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage nach Update in verschiedenen Dokumenten und allgemeine Anmerkung zu Virusvarianten bspw. zur Krankheitsschwere, es soll ein Vorschlag erarbeitet werden</li> <li>! <b>Anfrage eines Arztes vom Gesundheitsamt Friedberg/Hessen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Anliegen: „Bitte um eine fachliche Diskussion hinsichtlich der längeren Präsenz von SARS-CoV-2 auf der Schleimhaut bei älteren Personen, um hieraus für die Praxis erforderliche Anpassungen der Isolationszeiten zu erreichen.“</li> <li>! Frage nach längerer Isolation und Anwendbarkeit von AG-Schnellteste,</li> <li>! Hierzu wurden Beschlussvorlagen erarbeitet</li> <li>! Diskussion um den Vorschlag, dass die Isolation nach Maßgabe des GA verlängert werden kann. Dies wird kritisch gesehen, ggf. Schwellenwert anpassen?</li> <li>! Frage, ob ggf. bei Personen 80+ andere Schwellenwerte sinnvoll wären, weitere Frage nach der Anwendbarkeit der AG-Schnellteste</li> <li>! Es wird bei Entlassung aus Isolation ohnehin mit PCR-Nachweis bestätigt, eigentlich damit alles erfüllt, jede Änderung müsste wirklich gut begründet werden</li> <li>! 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</li> </ul>	<p>Voigt</p> <p>Haas</p> <p>Herzog Eckmanns Mielke</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>FG 17</b></li> <li>Update aus dem AGI Sentinel, KW 5-6:             <ul style="list-style-type: none"> <li>! Insgesamt 228 Proben analysiert:</li> <li>! Positivenquoten: SARS-CoV-2: 5.9% (fallend)</li> <li style="padding-left: 40px;">Rhinoviren: 9.0 %</li> <li style="padding-left: 40px;">Saisonales HCoV 2%</li> </ul> </li> <li>! Dänemark berichtete im EWRS über eine neue putative Variante der Linie B.1.525 in Dänemark mit Polymorphismen E484K, die ggf. eine neue VOC werden könnte. 42 Fälle in drei Regionen. In 7 Fällen Bezug zu Nigeria</li> <li>! Frage nach einem Gremium, das festlegt was einen VOC eigentlich ist</li> <li>○ ZBS1             <ul style="list-style-type: none"> <li>! Insgesamt 773 Proben analysiert, davon: 224 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%, rückläufig)</li> <li>! Isolate aus Japan bekommen</li> <li>! Britische und südafrikanische Variante angezchtet, brasilianische wird noch angezchtet</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (T. Wolff)</p>



<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Therapiehinweise werden ergänzt, ansonsten keine weiteren Punkte</li> </ul>	<p>Herzog</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Frage einer Bürgerin zu Sprechen im öffentlichen Verkehr bzw. Supermärkten und ähnlichen Settings</li> <li>! MNS ist bereits eine wichtige Maßnahme, ggf. kann BzGA nochmal darauf hinweisen aber kein Sprechverbot befürworten</li> <li>! BzGA-Kampagne könnte dennoch das Risiko beim Sprechen noch einmal aufgreifen</li> <li>! Anmerkung: Sollte das RKI solche Empfehlungen geben, könnte das auch falsch verstanden werden von der Bevölkerung und starke Ablehnung auslösen</li> </ul>	<p>an der Heiden Brunke Haas Buda Eckmanns</p>



12	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! ARE gehen deutlich zurück im Vergleich zu sonstigen Jahren, ARE-Inzidenz in Altersgruppe 0-5 Jahre war im Vorjahr rund 17-mal höher</li> <li>! 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</li> <li>! Insgesamt wurden in SurvNet 1.060 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (&gt;= 2 Fälle) angelegt</li> <li>! 792 (75%) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 15 Jahren, 41% (1.975/4.864) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt</li> <li>! 268 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter</li> <li>! 65 neue Kita-Ausbrüche gemeldet</li> <li>! in den letzten Wochen rund 50 Ausbrüche pro Woche (KW 6 wegen Meldeverzug ausgenommen)</li> <li>! In KW 5/6 gab es 9 Ausbrüche mit &gt;= 10 Fällen</li> <li>! Mediane Ausbruchgröße in KW 5/6: 4 Fälle</li> <li>! Wirkung der Schulschließungen zeigt sich bei Schulausbrüchen, deutlicher Rückgang</li> <li>! Insgesamt wurden in SurvNet 1.337 Ausbrüche in Schulen angelegt (&gt;= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)</li> <li>! 1.237 (93%) Ausbrüche inkl. mit Fällen &lt; 21 Jahren, 22% (6-10J.), 25% (11-14J.), 30% (15-20J.), 23% (21+)</li> <li>! 100 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter</li> <li>! 60 neue Ausbrüche; größtenteils Nachmeldung</li> <li>! in KW 3 ein größeres Geschehen in einem Internat mit 44 Fällen (41 Fälle &lt;21 Jahre)</li> </ul>	Haas
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>!</li> </ul>	
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	





--	--	--



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	17.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                             |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung          | ! IBBS               |
| ○ Lars Schaade              | ○ Christian Herzog   |
| ○ Lothar Wieler             | ! MF4                |
| ! Abt. 3                    | ○ Martina Fischer    |
| ○ Osamah Hamouda            | ! P1                 |
| ○ Janna Seifried            | ○ Esther-Maria Antao |
| ! ZIG                       | ! P4                 |
| ○ Johanna Hanefeld          | ○ Susanne Gottwald   |
| ! FG12                      | ! Presse             |
| ○ Annette Mankertz          | ○ Jamela Seedat      |
| ! FG14                      | ○ Marieke Degen      |
| ○ Melanie Brunke            | ! ZIG1               |
| ○ Mardjan Arvand            | ○ Sarah Esquevin     |
| ! FG17                      | ! BZgA               |
| ○ Ralf Dürrwald             | ○ Martin Dietrich    |
| ! FG24                      | ! BMG                |
| ○ Thomas Ziese              | ○ Christophe Bayer   |
| ! FG 32                     | ○ Iris Andernach     |
| ○ Michaela Diercke          |                      |
| ! FG34                      |                      |
| ○ Viviane Bremer            |                      |
| ○ Matthias an der Heiden    |                      |
| ○ Andrea Sailer (Protokoll) |                      |
| ! FG36                      |                      |
| ○ Silke Buda                |                      |
| ○ Walter Haas               |                      |
| ! FG37                      |                      |
| ○ Tim Eckmanns              |                      |
| ! FG 38                     |                      |
| ○ Maria an der Heiden       |                      |
| ○ Ute Rexroth               |                      |





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.350.399 (+7.556), davon 66.164 (+560) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ähnliches Niveau wie in Vorwoche, kein deutlicher Rückgang der Fallzahlen.</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.894.028 (3,5%), mit 2 Impfungen 1.525.943 (1,8%)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.352 Fälle in Behandlung (-87)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Plateaubildung, in einigen BL Rückgang.</li> <li>▪ Leichter Anstieg in Thüringen, Situation in Thüringen wird im Anschluss an Krisenstabsitzung geklärt.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ca. 180 LK mit Inzidenz &lt; 50.</li> <li>▪ Östliche LK und LK an der Grenze zu Tschechien und Österreich stärker betroffen.</li> </ul> </li> <li>○ Importierte Fälle aus Nachbarländern <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis: Unterschiedliche Skalierung der Achse</li> <li>▪ Während 2. Welle viele Fälle aus Frankreich, Polen, Tschechien und weiteren Nachbarländern.</li> <li>▪ Seit Jahresbeginn im Meldewesen keine nennenswerten Einträge aus den Nachbarländern dokumentiert.</li> <li>▪ Wurde bisher nicht mit BMG geteilt, ist für BMG von großem Interesse.</li> <li>▪ Länder mit mehr als 25 Importfälle in letzten 2 Wochen: Polen und Rumänien.</li> </ul> </li> <li>○ Anteil epidemiologisch bestätigter Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Information kann in verschiedenen Variablen erfasst</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Michaela Diercke)</p> <p>Abt.3</p>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ VOC in der Testzahlerfassung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Untersuchungen auf Varianten sind zusammengefasst.</li> <li>▪ Von KW 2-6 ist die Zahl der meldenden Labore und der gemeldeten Tests auf Hinweis auf VOC deutlich angestiegen.</li> <li>▪ In KW 6: ca. 7.000 Tests mit Hinweis auf VOC, Anteil der Varianten hat sich deutlich erhöht auf ca. 20% (keine Zufallsstichprobe!).</li> <li>▪ Bei den Varianten überwiegt B.1.1.7 bei weitem.</li> </ul> </li> <li>○ Zweiwöchentliche Erhebung zu VOC - Karte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Convenience sample/ad hoc Erhebung: Anzahl der Proben mit Hinweis auf Varianten nach PLZ: am höchsten in Nähe zu Tschechien</li> <li>▪ Knapp die Hälfte aller detektierten Proben konnten nachgetestet werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Testungen und Positivenanteile in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang von Proben und Positivenrate.</li> <li>▪ Gilt für alle BL, nur in Thüringen noch Positivenrate &gt;10%.</li> <li>▪ Obwohl weniger getestet wurde, geht Positivenanteil in allen Altersgruppen deutlich zurück, auch bei Älteren. Bei Kindern geht er dagegen kaum zurück.</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wird weniger getestet. Testungen in Arztpraxen nehmen ab, weniger Testungen in KH letzte Woche, weniger Testungen auch in anderen Teststellen.</li> </ul> </li> <li>○ VOC (Daten aus 8 Laboren) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nicht alle Proben wurden auf die Deletion getestet. Anstieg des Anteils von positiven Proben mit Hinweis auf B.1.1.7.</li> </ul> </li> <li>○ VOC nach BL <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In manchen BL noch keine Daten dazu.</li> <li>▪ In Bayern und Niedersachsen hoher Anteil positiver</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>PCR mit Zusatznachweis delH69/V70.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisher nur Daten aus 8 Laboren und nicht aus allen BL, soll noch nicht nach außen gegeben werden.</li> <li>▪ In Thüringen Anstieg der Inzidenz, Anteil Varianten jedoch &lt;10%. Fällt in dieser Hinsicht nicht besonders auf.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbrüche Altenheimen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang der Ausbrüche, in KW 6 weniger als 50 neue Ausbrüche gemeldet.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche KH <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KH werden wieder etwas mehr Ausbrüche gemeldet, kaum ein Rückgang in KH.</li> </ul> </li> <li>○ 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!</li> <li>○ 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. -&gt; Schaut sich FG37 an</li> </ul> <p>! Wie korreliert Zunahme der Varianten mit Zunahme der Fallzahlen? Ist Zunahme der Varianten mit Zunahme der Inzidenz verknüpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI erhält Daten direkt von Laboren.</li> <li>○ Außerdem vom Surveillance-System im Rahmen der molekularen Surveillance, dies läuft jetzt erst an.</li> <li>○ Auch im Meldewesen sind zwischenzeitlich Angaben möglich. Liegen in allen BL in Promillebereich.</li> <li>○ In allen BL ansteigender Trend. Noch sind keine Trends darstellbar und mit Sequenzdaten verknüpfbar. Wird in nächsten Tagen zunehmend vollständiger im Meldesystem abrufbar sein.</li> <li>○ Nur die Hälfte der PCR positiven Befunde wurden nachgetestet.</li> </ul>	<p>Bayer</p> <p>FG36 (Buda)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es sollen so schnell wie möglich neue Ergebnisse über diesen Zusammenhang im Krisenstab gesammelt werden.</li> <li>○ 2 verschiedene Epidemien: allgemeiner Rückgang, gleichzeitig Anstieg der neuen Varianten</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Könnte als 2 Ausbrüche betrachtet werden. Eine Unterscheidung sollte stattfinden.</li> <li>○ Sprachregelung 2 Epidemien wäre relevanter, wenn Anteil stabiler geschätzt werden könnte und Entwicklung in letzten Wochen nachvollzogen werden kann.</li> </ul> <p><i>ToDo: räumlich adjustierte Auswertung der regelmäßigen Ad-hoc-Erhebungen des Vorkommens von VOCs, FF Hr. an der Heiden, Hr. Kröger, Aufgabe vom LZ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sinnvoll wäre es, lokale Inzidenzen mit Zunahme von Varianten zu korrelieren. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Moment fehlen noch Daten, ist geplant.</li> </ul> </li> <li>○ Gibt es Werte für die Variante B.1.351? Gibt es Informationen zur Variante B.1.525? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hr. Wieler hat Hr. Bayer Berichtsentwurf zugeschickt.</li> </ul> </li> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Wichtigste Angabe in Lagebericht aufnehmen.</i></p> <p><b>! Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate liegt deutlich unter Vorjahren, aktuell ist jedoch ein Anstieg zu sehen, muss gut beobachtet werden.</li> <li>▪ Sprung von 5. auf 6. KW vor allem bei 0-4 Jährigen.</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dieser Anstieg ist bei Arztbesuchen nicht zu sehen, weiterhin auf sehr niedrigem Niveau.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwere Krankheitsverläufe gehen zurück, liegen bei Kindern deutlich unter Werten der Vorjahre.</li> <li>▪ Auch bei 15-34 Jährigen deutlich unter Vorjahresniveau.</li> <li>▪ Weiterer Rückgang bei allen schweren Fällen, inklusive der noch liegenden Patienten.</li> <li>▪ Bei Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen ist der Rückgang bei &gt;80 Jährigen etwas verzögert.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell 3.260 Patienten auf ITS, in fast allen BL geht Belegung kontinuierlich zurück.</li> <li>○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und Anzahl der Verstorbenen nimmt ab.</li> <li>○ Anteil der COVID-19 Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur noch in einem BL (BE) &gt;20%, in 6 BL &gt;15%.</li> </ul> </li> <li>○ Belastungslage auf Intensivstationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lage stabilisiert sich weiter.</li> <li>▪ Personalmangel verbessert sich weiter, Raummangel bleibt bestehen.</li> <li>▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an.</li> <li>▪ Verfügbarkeit von High-Care noch verbesserungswürdig.</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend zeigt nach unten, auch im Norden zeigt die Prognose jetzt nach unten.</li> </ul> </li> <li>○ Diese Woche wird das Stufenkonzept veröffentlicht. Die Auslastung in den Intensivstationen ist als Indikator</li> </ul>	
--	--	--



	<p>genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kann die Karte zum Anteil an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf der Webseite zur Verfügung gestellt werden? Karte ist auf Seite des Intensivregisters bereits zugänglich.</li> <li>▪ Anteil der hospitalisierten &gt;60 Jährigen wurde auch als Indikator genannt. Wo könnte dieser verfügbar gemacht werden? -&gt; Daten vorbereiten</li> </ul> <p>○ Warum steigt ITS-Auslastung in Hamburg? Gründe?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Evtl. hoher Anteil von UK-Variante, erhöhte Schwere der Erkrankung?</li> <li>▪ Verlegungen? Haben in letzten 2 Wochen nicht stattgefunden.</li> <li>▪ Mehrere Ausbruchsgeschehen in Hamburg, großer Airbusausbruch.</li> <li>▪ Datenqualitätsmängel in Hamburg</li> </ul> <p><i>ToDo: Situation in Hamburg über STAKOB Behandlungszentrum klären, FF Hr. Herzog</i></p> <p>○ Wäre es sinnvoll den Anteil von VOC im Intensivregister zu erfassen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Muss immer im Vergleich zu nicht schweren Erkrankungen betrachtet werden.</li> <li>▪ Der Schwerpunkt sollte auf der fallbasierten Erhebung mit Meldedaten liegen. Dies lässt sich besser auswerten.</li> <li>▪ Eine Erfassung über DIVI Register sollte nicht erzwungen werden. -&gt; Prüfen, wie aufwändig eine Erfassung der VOC wäre.</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>





6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Modellierungsstudie (mittwochs) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Nicht besprochen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>ToDo: Sprechzettel für BPK zu Signalen aus Kita/Schule vorbereiten, FF Hr. Haas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ideen für bessere Bezeichnung von „Nicht pharmakologischen Interventionen“ (NPI) gesucht, Begriff ist schwer verständlich. <ul style="list-style-type: none"> <li>o Public Health Maßnahmen nicht geeignet, da dies auch Impfungen miteinschließt.</li> <li>o Bei ständiger Nennung aller Maßnahmen wird der Text relativ lang.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Haas</p> <p>Wieler</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Virologische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Stagnation der Entwicklung, Anzahl Proben seit Wochen auf konstantem Niveau, ca. 150 Proben/Woche.</li> <li>o In 6. Woche leichter Rückgang trotz Rekrutierung neuer Praxen erkennbar, bedingt durch Rückgang der Aktivität in Arztpraxen.</li> <li>o In KW 6: 147 Einsendungen, davon 11 pos. Nachweise von SARS-CoV-2 (7,5%).</li> <li>o Positivenanteil von Rhinoviren liegt konstant um 10%.</li> <li>o Nachweise von saisonalen Coronaviren, hauptsächlich bei Kindern, bei einem Patienten Koinfektion mit Sars-CoV-2</li> </ul> </li> </ul>	FG17 (Dürrwald)

	<p>und saisonalem Coronavirus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch bei RESPVIR saisonale Coronaaktivität in letzten Jahren sichtbar.</li> <li>○ Bei ca. 10% der positiven SARS-CoV-2 Proben Nachweis von VOC, zumeist UK-Variante.</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zulassung des Antikörper-Mittels wird erwartet, Fachhinweise von PEI und BfArM werden erstellt</li> <li>! Urin Proteom Test hat mittlerweile CE Zertifizierung, kann angewendet werden.</li> <li>! Ist Rekonvaleszenzplasma noch Thema? Die Hoffnung wird eher auf Antikörper gesetzt, diese werden spürbar häufiger angefragt.</li> </ul>	IBBS (Herzog)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>!</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Freitag, 19.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.02.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                    |                           |
|--------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG36                    |
| o Lars Schaade     | o Walther Haas            |
| o Lothar Wieler    | o Silke Buda              |
| ! AL1              | o Stefan Kröger           |
| o Martin Mielke    | o Lena Bös                |
| ! AL2              | ! FG37                    |
| o Thomas Ziese     | o Tim Eckmanns            |
| ! AL3/Abt. 3       | ! FG38                    |
| o Osamah Hamouda   | o Ute Rexroth             |
| ! ZIGL             | o Maria an der Heiden     |
| o Johanna Hanefeld | o Ariane Halm (Protokoll) |
| ! FG12             | ! IBBS                    |
| o Annette Mankertz | o Michaela Niebank        |
| o Sebastian Voigt  | ! P1                      |
| ! FG14             | o Ines Lein               |
| o Melanie Brunke   | ! P4                      |
| o Mardjan Arvand   | o Susanne Gottwald        |
| ! FG17             | o                         |
| o Djin-Ye Oh       | ! Presse                  |
| ! FG21             | o Jamela Seedat           |
| o Patrick Schmich  | ! ZBS1                    |
| o Wolfgang Scheida | o Janine Michel           |
| ! FG 32            | ! ZIG1                    |
| o Michaela Diercke | o Sarah Esquevin          |
| o Helena Heese     | o Regina Singer           |
| ! FG33             | ! ZIG2                    |
| o Ole Wichmann     | o Charbel El Bcheraoui    |
| ! FG34             | ! BZGA                    |
| o Viviane Bremer   | o Martin Dietrich         |





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>! Trendanalyse international (Folien <a href="#">hier</a>): weltweiter Rückgang der Fallzahlen (-12,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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 (<math>R &gt; 1</math>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnahme der Fallzahlen in den meisten Ländern bis auf Brasilien, in Italien, Indien geringe Abnahme</li> <li>▪ Sehr hohe Fallsterblichkeit in Mexiko (8,8%)</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner Karte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tschechien deutlich zu sehen, auch Anstieg in manch anderen Ländern sichtbar, z.B. Schweden, Finnland</li> </ul> </li> <li>○ WHO epidemiological update 16.02.2021 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang in allen Regionen, sowohl Neufallmeldungen als auch Todesfälle</li> <li>▪ 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)</li> </ul> </li> <li>○ Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 17.02.2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zunehmender Anteil VOC</li> <li>▪ Daten aufgrund unterschiedliche Testmethoden und teilweise sehr geringer Datenlage vorsichtig zu interpretieren</li> <li>▪ B.1.1.7 in vielen Ländern über 30%</li> <li>▪ Frankreich Grand-Est relativ viel VOC B.1.351 (18%)</li> </ul> </li> </ul> <p>! Erster „human challenge trial“ gestern von GB angekündigt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es werden 90 freiwillige 90 junge Erwachsene gesucht</li> <li>○ Diese sollen dem Virus der ersten Welle (geringeres Risiko für junge Erwachsene) ausgesetzt werden</li> <li>○ Ziel: Studieren der Immunantwort, Ermittlung der geeigneten Virusdosis</li> </ul> <p>! Neues RRA WHO/FAO/OIE: Spillover Risiko von SARS-CoV-2 von Pelztierfarmen auf Menschen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sehr gutes RRA, nach Regionen aufgeteilt</li> <li>○ Risiko in Europa aufgrund der höchsten Dichte an Pelztierfarmen am höchsten, gefolgt von Asien und Amerika</li> </ul>	ZIG1 Esquevin



	<p>! Kommentar: Israel sollte gut beobachtet werden, durch hohe Durchimpfungsrate dort vermehrt Virus in jüngeren Gruppen, dies ist interessant für Deutschland</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.369.719 (+9.113), davon 67.206 (2,8%) Todesfälle (+508), 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw.</li> <li>○ Fälle IST 3.177 (Rückgang)</li> <li>○ Geimpfte N1 3.085.114 (+88.829), N2 1.634.786 (+50.299)</li> <li>○ Keine großen Veränderungen, weder positiv noch negativ</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz BL <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittwoch Anstieg in TH: Grund kann noch nicht gut eingeschätzt werden (informelle Info), ggf. durch Kältewelle (weniger Arztbesuche/Probenrückstau) erklärbar, eventuell größere Untererfassung wird nun aufgeholt, Rückkehr zu normaler Erfassung</li> <li>▪ Ergänzung TH: im Wochenvergleich wird Trendkarte insgesamt heller, doch einige Kreise in Thüringen sind dunkler geworden (<a href="#">hier</a>)</li> <li>▪ Anstieg durch VOC kann nicht ausgeschlossen werden</li> <li>▪ In allen BL Plateau, die meisten liegen über der politisch erwünschten Inzidenz von 50/100.000</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz geografisch: vor allem hoch an bayrischer Grenze zu Tschechien, TH, SL, am höchsten in Kreisen Tirschenreuth, Wunsiedel im Fichtelgebirge, Hof, etc.</li> <li>○ Todesfälle letzte 14 Tage, neue Karte (ähnlich ECDC) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Färbung= Todesfälle/100.000 Einwohner</li> <li>▪ Zahlen auf Kreisen= absolute Werte</li> <li>▪ Aktivität am stärksten von wo die meisten Todesfälle und höchste Zahl pro Einwohner übermittelt wird</li> <li>▪ Kreise im südöstlichen Deutschland mehr betroffen</li> <li>▪ Gesondert für &gt;70 und &gt;80-jährige: generell ähnliches Muster, mehr Todesfälle/100.000 in Ostdeutschland</li> </ul> </li> <li>○ Mortalitätssurveillance Stand 15.02.2021 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird nun immer montags publiziert</li> <li>▪ Rückgang Anzahl von Todesfällen auch hier deutlich</li> <li>▪ Leichter Rückgang der Übersterblichkeit</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallsterblichkeit: Ist anhand der Daten absehbar, worauf sich diese einpendelt? Kann die Dunkelziffer abgeschätzt werden?</li> </ul>	FG32 Diercke
--	---	--------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallverstorbenen-anteil insgesamt 2,8%, nach Altersgruppen sehr verschieden, bei älteren bis zu 30%, bei jüngeren nur sehr geringer Anteil</li> <li>▪ Von welcher Fallsterblichkeit gehen wir bei 60-70-jährigen aus? Wurde noch nicht mit Meldedaten abgeglichen, ist aber geplant</li> <li>○ Virusvarianten VOC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldedaten können nicht mit VOC verknüpft werden, ggf. ist sichtbar, welche Labore welchen Anteil an VOC geliefert haben?</li> <li>▪ Aus TH gemeldeter B.1.1.7-Anteil sehr niedrig, Daten spiegeln ggf. lokale Entwicklung nicht wieder</li> <li>▪ Durch Wetter mehr Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen?</li> <li>▪ Höhere Übertragbarkeit der VOC ist ein Faktor, aber nicht alleinig entscheidend</li> <li>▪ In ARS gibt es keinen Hinweis auf viele VOC</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Lebenserwartung in USA aufgrund der Pandemie um 1 Jahr zurückgegangen</li> <li>○ UK hat durch Lockdown Rückgang bewirken können, was wurde dort genau gemacht <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UK hat stärkeren Lockdown mit größerer Mobilitäts-beschränkung im Vergleich zu Deutschland um den Jahreswechsel als Zahlen in UK noch steigend waren</li> <li>▪ ZIG1 bitte genauer eruieren</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: ZIG1 bitte mehr Informationen zu Lockdown-Maßnahmen in UK präsentieren</i></p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hilfeersuchen aus Montenegro erhalten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Geschehen dort sehr aktiv mit hohen Inzidenzen</li> <li>○ Bundesregierung hat Sorge um erneute Reisewelle zu Ostern wegen enger Verbindung zu Deutschland</li> <li>○ Vorbereitung einer Unterstützungsmission, auch in Absprache mit FG38 die dort ein GHPP Projekt haben</li> </ul> </li> <li>! Ziemlich dramatisches Hilfeersuchen über EMT Mechanismus an deutsche EMTs aus der Slowakei gestern <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktives Geschehen mit VOC-Zirkulation</li> <li>○ Anfrage bezüglich 10 IntensivmedizinerInnen und PflegerInnen</li> </ul> </li> </ul>	ZIGL Hanefeld





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Are there differences in effectiveness depending on the continent? Not enough studies to tease this out</li> <li>○ Können unterschiedliche regionale Verläufe teilweise durch verschiedene „border closure regimes“ erklärt werden? Verfügbare Evidenz hierzu ist nicht schlüssig, keine klare Aussage möglich</li> <li>○ Kombination Grenzsicherungen mit anderen nicht pharmazeutischen Maßnahmen (NPM) ! stärkere Effektivität</li> <li>○ Bericht ging vorab an BMG, wird zeitnah RKI-intern geteilt, noch keine Aussage-kraftige/interpretierbare Evidenz verfügbar</li> <li>○ 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 Grenzsicherungen ist der Zeitpunkt derselben, je eher sie umgesetzt wird, desto stärker die Auswirkung (je früher desto mehr Zeit gewonnen)</li> <li>○ In Lancet Studie ging es um Wochen (nicht Tage bzw. Monate), zum Studienzeitpunkt gab es noch keine VOC</li> <li>○ Bei 20% VOC in Deutschland scheint Versuch, Import von B.1.1.7 aus Tschechien zu unterbinden, begrenzt sinnvoll</li> <li>○ Aussage zur Strenge der Auswirkung ist aktuell nicht möglich (z.B. bezüglich Ausnahmen für Pendler)</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Kein Änderungsbedarf</p>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Informationspaket für niedergelassene Ärzte zu Impfungen in Vorbereitung, soll vor Impfung in Arztpraxen fertig sein</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Am Mittwoch angekündigter Artikel zu AG Tests noch in Abstimmung, erscheint voraussichtlich nächsten Montag</p> <p><b>BMG Erlass heute Morgen</b></p> <p>! Erwünscht: Infopakete zu VOC mit Zielgruppe Fachöffentlichkeit sowie Bevölkerung, Frist Montag, Marieke Degen arbeitet hieran</p> <p>! Beinhaltet auch Aufgaben der BZgA, Erlass ging</p>	<p>BZgA Dietrich</p> <p>Presse Seedat</p> <p>FG36 Haas/ alle</p>

	<p>wahrscheinlich nur an RKI, LZ bitte an BZgA schicken</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vollumfängliche Abstimmung in gesetzter Frist wohl nicht möglich, evtl. Begrenzung auf Kernpunkte</li> <li>! RKI Kernbotschaften werden in Bullet Points vorbereitet, zielgruppengerechte Streuung sollte durch BZgA erfolgen</li> <li>! Tenor BMG legt nahe, dass es neue Empfehlungen geben müsste, eigentlich sollten dieselben Maßnahmen, die Infektion verhüten und die wir bereits empfehlen gelten, Dokumente zu KoNa wurden fortlaufend angepasst, muss jetzt nicht erneut geschehen</li> <li>! Fixierung auf VOC wäre nur sinnvoll, wenn dies zu erheblichen Änderungen der Maßnahmen und Auswirkungen führen würde</li> <li>! Wichtig wäre eine intensive Kampagne, wie NPM im Gesamtpaket richtig angewandt werden sollen und dass Kranke zuhause bleiben</li> </ul> <p><i>ToDo: BMG Erlass Infopaket VOC bitte an BZgA schicken (wenn noch nicht geschehen)</i></p> <p><b>Impfstrategie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG Spahn hat heute Sonder-GMK am Dienstag angekündigt</li> <li>! Als nächstes sollen LehrerInnen priorisiert werden</li> <li>! Entspricht nicht der STIKO-Empfehlung</li> </ul> <p><b>Lagebericht Fieberkurve</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Grafik ist verwirrend und führt zu Nachfragen, herausnehmen?</li> <li>! P4 ist nicht ganz klar, wie die aktuelle Kurve zu erklären ist, es wird weiterhin versucht, zu verstehen, was passiert</li> <li>! Fieberkurve wird vorerst herausgenommen, kann zukünftig nach neuem Ansatz geschaut werden</li> <li>! Aus Chat: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kann es an positiven AG-Tests ohne Bestätigung durch PCR liegen? d.h. Fälle sind da aber werden nicht gemeldet?</li> <li>o 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>Präs</p> <p>Alle</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Hinweis ControlCOVID-19-Strategie und Stufenplankonzept</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Seit gestern Abend online unter Strategien und Krisenpläne</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Dokument zu Definition „Reinfektion“</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hintergrund</li> </ul>	<p>FG36 Bös/ alle</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Komplexes Thema, international keine Falldefinitionen verfügbar (WHO, ECDC)</li> <li>○ Aus BL vielfach Frage, wie damit umzugehen ist bzgl. Erfassung (auch in SurvNet) und Definition</li> <li>○ Nutzung dessen, was international beschrieben ist sowie eines Arbeitsentwurfs der WHO</li> <li>! Vorstellen des FG36/32/Labor Entwurfs der Entwicklung von Definitionen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einteilung in verschiedene Abstufungen für Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Reinfektion: sicher, wahrscheinlich, möglich</li> <li>○ Lediglich sichere Reinfektion klar definierbar, wahrscheinliche bleibt Fall-zu-Fall-Entscheidung, feste Kriterien sind schwierig</li> <li>○ Definition überwundene Erkrankung: schwierig, da einige langwierige Verläufe/Symptome, Limitation auf akut respiratorische Erkrankung</li> </ul> </li> <li>! Diskussion</li> <li>! Verbesserungsvorschläge des Krisenstabs wurden teilweise sofort eingearbeitet</li> <li>! 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)</li> <li>! 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</li> <li>! Anzuchtung ist schwierig, nicht jede Probe die anzüchtbar sein sollte ist anzüchtbar, gerade bei Reinfektionen spielt ggf. Antikörperstatus eine Rolle</li> <li>! 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</li> <li>! Sichere Reinfektionen wird extrem selten sein, da Genomsequenzierung bei beiden Infektionen unwahrscheinlich ist</li> <li>! Aus epidemiologischer Sicht (Zielsetzung= Definition für Surveillance) ist die Rede von wahrscheinlicher Reinfektion akzeptabel (nicht virologisch), epidemiologische Einstufung muss für GA handhabbar sein</li> <li>! Weitere Analysen können unternommen werden, Surveillance kann Hypothesen generieren die bestätigt werden sollten</li> <li>! Antikörpernachweise wurden diskutiert und nicht aufgenommen</li> <li>! Spezialfall bei Immunsupprimierten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unterscheidung zwischen Virusevolution, Neuinfektion, Dauerausscheidung</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Immunsupprimierte sollten regelmäßig kontrolliert werden, sollten hier außen vorgelassen werden, da sie individuelle Betrachtung benötigen</li> <li>○ Es können nicht alle Konstellationen differenziert in der Surveillance abgebildet werden</li> <li>○ ZBS1: haben eine immunsupprimierte Person, die monate-lang positiv war und die ggf. mehrfach sequenziert wurde, könnte erneut detailliert angeschaut werden</li> <li>○ Immunsuppression wird als Risikofaktor erfasst</li> </ul> <p>! Entwurf geht in weitere Abstimmung, AGI etc.</p>	
8	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p><b>Aktuell 3 Themen im Fokus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Impfung Astra Zeneca Vakzine <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 800.000 Dosen verfügbar</li> <li>○ Medien berichten vermehrt Nebenwirkungen (NW), dies ist nicht ganz überraschend, NW-Profil ist bekannt</li> <li>○ Es werden mehr jüngere Erwachsene geimpft, diese sind häufig reaktogener als ältere Menschen</li> <li>○ Wird außerdem medial aufgebauscht, da das Vertrauen in diesen Impfstoff niedriger ist</li> <li>○ Problem soll überregional in Medien adressiert werden</li> <li>○ RKI bereitet auch Blatt zur Vakzine online vor</li> </ul> </li> <li>! Neue Evidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Publikation aus Israel: 85% Inzidenzreduktion nach 1. Dose</li> <li>○ Daten zeigen, dass bei Geimpften nur gelegentlich noch Infektionen vorkommen</li> <li>○ Deutliche Reduzierung der Dauer des Sheddings (1 Woche)</li> <li>○ Viruslast signifikant niedriger</li> <li>○ Geimpfte ähnlich gut geschützt vor Reinfektion wie nach durchgemachter Erkrankung</li> <li>○ US CDC hat gerade Bestimmungen geändert: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne, zu überlegen, wie viele Daten RKI benötigt um solcherart Entscheidungen zu treffen, Evidenz wird werden beobachtet</li> </ul> </li> <li>! Anpassung Impfstrategie <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Überlegung zur Impfung von Gruppen, die nicht STIKO-Empfehlung entsprechen</li> <li>○ Massenimpfung ab Mitte des 2. Quartals, ca. 70 Mio. Impfdosen vorgesehen</li> <li>○ Ggf. früheres Erreichens des Herdeneffektes</li> <li>○ Viele Diskussion im BMG zum Übergang von zentralisiertem Impfen zu HausärztInnen, Frage wie vorgegangen werden sollte, z.B. auch bzgl. Einladungen, basierend auf KK-Daten?</li> <li>○ Aktuell wird dies mit 10 KK besprochen, inkl. Erfassung von Risikofaktoren, Etablierung des</li> </ul> </li> </ul>	FG33 Wichmann



	<p>Einladungssystems</p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es Hinweise, dass Impfung höhere Immunität bewirkt als natürlich Infektion? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Zulassungsstudien werden in Kontrollgruppen oft Seren von Rekonvaleszenten benutzt</li> <li>▪ Bei mRNA Impfstoffen ist die Effektivität höher bei Infektion, bei Astra Zeneca ähnlich (ist dies richtig?)</li> <li>▪ In Studien keine Aufteilung in milde/schwere Fälle</li> <li>▪ Korrelat für Schutz ist noch nicht optimal etabliert, höhere neutralisierende Ak sind mit Schutz gleichzusetzen</li> </ul> </li> <li>○ Wenn niedergelassene ÄrztInnen impfen, sind zeitnahe Infos über das Schicksal der Impflinge unwahrscheinlich, wird das Monitoring dann eingestellt? Wie soll dann vorgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Digitales Impfmonitoring (DIM) wird gerade mit viel Geld und Arbeit etabliert, das System ist eventuell nicht weiterbetreibbar, wenn Impfungen dezentralisiert werden</li> <li>▪ Diskussionen laufen auf Hochtouren, in wie fern KV System genutzt werden kann, um Minimaldatensatz von KV an DIM zu übermitteln</li> <li>▪ Dies ist eine große Herausforderung, es handelt sich um sehr neue Impfstoffe, ein enges Monitoring ist essenziell</li> <li>▪ Je mehr Datenquellen und Zeitverzögerungen desto schwieriger</li> <li>▪ Aktuelle Überlegung am BMG ist Weiterbetriebung von Impfzentren mit mRNA Impfstoffen auch wegen Kühlung vor Ort, Astra Zeneca und Johnson &amp; Johnson eher im Regelbetrieb</li> </ul> </li> <li>○ Gibt es neue Infos zu VOC und Shedding? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Paper aus Israel zu Astra Zeneca Impfstoff: beinhaltet UK-VOC, sieht eher eingeschränkt aus, Paper wird geteilt, dies ist wichtig für Quarantäneerwägung für Geimpfte</li> <li>▪ Studie aus USA:  <a href="https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102017?query=featured_home">https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102017?query=featured_home</a> </li> </ul> </li> </ul>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! 581 Proben, 43 SARS-CoV-2 positiv, 56 humane Rhinoviren, 13 saisonales Coronavirus (NL63), Proben aus unterschiedlichen</p>	FG17 Oh



	<p>Gegenden (kein lokaler Ausbruch), 1 Probe Parainfluenza</p> <p><b>ZBS1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 457 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, 143 positive, 31,3%, 300 Studienproben für diverse Studien, Unterstützung von Ausbruchsuntersuchungen</li> </ul>	ZBS1 Michel
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Antikoagulationsbehandlung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gibt es Empfehlungen zur Anwendung von niedermolekularem Heparin im stationären oder ambulanten Bereich?</li> <li>! Nein, es ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung, es sind keine guten Daten für den ambulanten Bereich verfügbar, bei Beratungsanfragen werden Einzelfallentscheidungen getroffen</li> <li>! Nutzung von Heparin eher bei älteren und Patienten mit Risikofaktoren, z.B. bei Monitoring hinsichtl. Niereninsuffizienz</li> <li>! Expertenbeiratssitzung: für Patienten mit Risikofaktoren für thromboembolische Entwicklung ist Entscheidung fallbasiert, es gibt keine Empfehlung/Stellungnahme durch Fachgesellschaft</li> <li>! Leitlinie wird aktuell überarbeitet, ggf. gibt es hierzu Äußerungen, IBBS behält dies im Auge</li> </ul>	VPräs/IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p><b>Pakt für den ÖGD</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es sind Mittel für IGV Flughäfen und Häfen vorgesehen</li> <li>! Ball ist beim BMG um das Förderprogramm aufzuziehen, inklusive Verwaltungsvereinbarung, Verteilungsschlüssel auf Länder, was kann gefördert werden</li> <li>! Entscheidungen im März 2021</li> </ul> <p><b>Weitere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Flughafengruppe diskutiert Saisonarbeitskräfte, die ggf. zu vermehrter Einschleppungen von VOC führen, insbesondere von Ländern (wie Polen, Bulgarien, Rumänien) mit erhöhter VOC-Zirkulation</li> <li>! Es gab von Bayern aus einen Besuch vor Ort in Tschechien, dort wurde Betrug bei Reisen von Tschechien nach Deutschland aufgewiesen, z.B. negative Testergebnisse sind für 20 Euro käuflich, gurgeln mit Desinfektionsmitteln vor Testung, Bayern ist bestrebt, Ausnahmeregelungen zu reduzieren</li> <li>! Präs hatte Gespräch mit neuem Gesundheitsminister aus Bayern zu bayrischer Teststrategie, wie kann sichergestellt werden, dass Tests vernünftig angewendet werden?</li> </ul>	FG38



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vermeidung von Fälschungen durch Abgabe über Apotheken</li> <li>○ Vernünftige Anleitung</li> <li>○ Neuer EpiBull Artikel hierzu sollte proaktiv gestreut werden, kommunikativ Vor- und Nachteile klarstellen</li> <li>○ Auf fachlicher Ebene besteht in BL extreme Sorge wegen der Heimtestungen</li> <li>○ BZgA Steuerungskreis Thema testen hat Problematik der Sicherstellung einer vernünftigen Anwendung besprochen, BZgA wird Informationsstücke zu Selbsttests produzieren</li> <li>○ Eigendynamik solch eines Testangebots wird mit Gewinnung von Freiheit gleichgesetzt, Aufklärung zu Grenzen der Tests notwendig, dies muss an Bevölkerung transportiert werden, Botschaft: Freiheit ist (nur) durch Immunität zu erreichen</li> </ul>	
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Füllung der LZ-Position leider sehr unzuverlässig, viele MA sagen kurzfristig Schichten ab (Gründe werden nicht immer angegeben)</li> <li>! RKI ist nicht aufgestellt, um jahrelang ein LZ zu führen</li> <li>! Bitte an andere Abteilungen zu kommunizieren, dass Einträge verbindlich sind, Verlässlichkeit ist ganz wichtig</li> <li>! Insbesondere in FG, die sich auch fachlich mit COVID-19 auseinandersetzen bestehen aktuell Personen-Engpässe</li> <li>! Krisentätigkeit ist prioritär</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> <li>! Eingehende Anfragen können jedoch in anderer Struktur nicht geleistet werden, es ist massiv mehr Unterstützung notwendig</li> <li>! Wie kann dies längerfristig aufrechterhalten werden?</li> <li>! Spezifischere Rückmeldung wäre gut, denn aktuell erhalten motivierte MA Appelle genau wie jene, die sich nicht aktiv einbringen</li> <li>! Abt. 3 bemüht sich, spezifischer zu sein</li> </ul>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Präs morgen Townhall Meeting zu Impfungen</li> </ul>	alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2020, 13:00 Uhr, via WebEx</li> </ul>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.02.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Stefan Kröger                     |
| o Lothar Wieler      | ! FG37                              |
| o Lars Schaade       | o Tim Eckmanns                      |
| ! Abt. 1             | ! FG 38                             |
| o Martin Mielke      | o Ute Rexroth                       |
| ! Abt. 2             | o Maria an der Heiden               |
| o C. Scheidt-Nave    | o Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ! Abt 3              | ! IBBS                              |
| o Osamah Hamouda     | o Michaela Niebank                  |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Christian Herzog                  |
| ! ZIG                | ! P1                                |
| o Johanna Hanefeld   | o Miriam Jenny                      |
| ! FG 12              | ! P4                                |
| o Annette Mankertz   | o Susanne Gottwald                  |
| ! FG14               | ! Presse                            |
| o Mardjan Arvand     | o Ronja Wenchel                     |
| o Melanie Brunke     | ! ZBS 1                             |
| ! FG17               | o Janine Michel                     |
| o Thorsten Wolff     | ! ZIG 1                             |
| ! FG21               | o Luisa Denkel                      |
| o Patrick Schmich    | ! BZgA                              |
| ! FG 32              | o Oliver Ommen                      |
| o Michaela Diercke   |                                     |
| o Claudia Sievers    |                                     |
| ! FG34               |                                     |
| o Viviane Bremer     |                                     |
| ! FG36               |                                     |
| o Walter Haas        |                                     |
| o Silke Buda         |                                     |





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In BB, BE, BW insgesamt Tendenz zum Plateau, in der AG &gt;80J eher Abnahme</li> <li>▪ HB unruhiger Verlauf, Anstiege in den AG 15-34 und &gt;80J, HE stabil, in MV Anstieg in der AG &gt;80J</li> <li>▪ In HB und MV beeinflussen einzelne Ausbrüche die Zahlen wegen der geringen Einwohnerzahl stärker</li> <li>▪ In NW Anstieg in den AG 5-14, 15-34 und 35-39J</li> <li>▪ Im SL Abnahme entgegen der Erwartung (Grenze zu FR),</li> <li>▪ In SN geringe Zunahme in den AG 15-35 und 35-39J, Abnahme in der AG &gt;80J</li> <li>▪ In SH Anstieg in der AG &gt; 80J</li> </ul> <p>○ Differenz der 7-Tage-Inzidenz in den letzten 7 Tagen im Vergleich zu den 7 Tagen davor (Folie <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SH und SL haben sich im Vergleich verbessert</li> <li>▪ BY, TH, SN und NS zeigen einen Anstieg</li> <li>▪ Weitere Entwicklung muss insbesondere in BY und TH beobachtet werden</li> </ul> <p>○ Aufbereitung der Zahlen zur Verbreitung besorgniserregenden Varianten (VOC) ist in Arbeit, werden am Mittwoch vorgestellt (M. Diercke)</p> <p>○ Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt sind die unterschiedlichen Trends und Verläufe schwer zu interpretieren</li> <li>▪ Kein klares Bild zu erkennen, eher unruhig in den jüngeren AG, Verbreitung von VOC und Beteiligung am unruhigen Bild können noch nicht beurteilt werden</li> <li>▪ Frage: BY testet von allen BL am meisten/100.000EW, beeinflusst das die Zahlen? (Differenz der 7-Tage-Inz.)</li> </ul>	<p>M Diercke</p> <p>Alle</p>
--	--	------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AW: Eher nicht, das Testaufkommen wurde in den letzten 14 Tagen ja nicht erhöht</li> <li>▪ Positivanteil in Bayern (aus ARS-Daten) ist geringer als im Bundesdurchschnitt und Deutschlandweit am niedrigsten (etwa 5%), das spricht dafür, dass Bayern viel testet</li> <li>▪ Im Rahmen der ECDC/WHO-Konferenz (19.02.) wurde berichtet, dass in DK mit einem hohen Anteil von B.1.1.7 der Positivenanteil bei 0,7% liegt, es wird viel getestet</li> </ul> <p>Daten aus CZ (spez. PCR, keine Sequenzierungsdaten) zeigen häufiges Vorkommen von B.1.1.7 in der Grenzregion (Tirschenreuth, Wunsiedel), 65% der pos. Getesteten CZ-Bürger, Träger von VOC waren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Annahme: Wenn die hohen Testzahlen in BY zu einer geringeren Untererfassung führten, müssten auch die Sterberaten niedriger sein, dies ist jedoch nicht der Fall, deshalb ist nicht von einer geringeren Untererfassung auszugehen</li> <li>▪ Solange es keine Anhaltspunkte für einen positiven Effekt gibt und BY trotz hoher Testzahlen nicht besser abschneidet, wäre dies ein Argument dagegen, mehr flächendeckende Testung zu empfehlen (entkräftet den Vorwurf an das RKI, dies nicht ausreichend zu fordern)</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Deutschlandübersicht (Dashboard) zeigt über Deutschland verteilt kein gleichmäßiges Geschehen, es gibt viele Einflussfaktoren</li> </ul> <p>Zunahme in BY, RP, SL, TH, hohe Inzidenzen in NS (Vechta, Weserlandkreis) und leichte Zunahme in HH und HB lassen einen Trend insgesamt nach oben vermuten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BW hat niedrige Zahlen und liegt an der Grenze, Grenze sollte als Einflussfaktor nicht überbewertet werden</li> <li>▪ In Altersheimen sollte unbedingt weitergetestet werden, dies war in Teilen erfolgreich (z.B. Tübingen, was derzeit wieder als Positivbeispiel durch die Presse geht)</li> </ul>	
--	--	--







	<p>übertragen, sie haben den weiteren Verlauf in der Hand</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es könnte erwogen werden, die Quarantäne in Einrichtungen zu verlagern (Quarantänehotels etc.)</li> <li>▪ Dies würde wahrscheinlich auf geringe Akzeptanz stoßen</li> <li>▪ Besser gegensteuern: großzügigere Definition von KP I, Durchsetzung der bestehenden Regeln verschärfen, dafür sorgen, dass Geimpfte nicht zu unvorsichtig werden</li> <li>▪ Empowerment des Einzelnen müsste gestärkt werden, um Fälle früher zu identifizieren und Konsequenzen schneller veranlassen zu können, wie kann dies der Bevölkerung vermittelt werden?</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Effekte von Informationskampagnen sind endlich</li> <li>▪ Frage an Herrn Ommen: Sieht die BzGA hier noch Handlungsmöglichkeiten?</li> <li>▪ AW: Eine Kampagne speziell an Jugendliche gerichtet wurde vom BMG nicht befürwortet</li> <li>▪ Weitere Frage: Ist ein gemeinsamer Bericht (In Papierform) an das BMG sinnvoll, um den Handlungsbedarf aufzuzeigen?</li> <li>▪ Bitte um Koordination von Hausleitung zu Hausleitung (Wieler/Dittrich)</li> <li>▪ Die Bedeutung der zielgruppengerechten Sprache bzw. Ansprache soll dabei betont werden (z.B. durch Influencer, prominente Persönlichkeiten etc.)</li> </ul> <p><i>ToDo: Pressestelle übernimmt auf der Grundlage der heutigen Diskussion die Federführung (R. Wenchel). Ein Bericht, der (von M. Degen federführend verfasst) bereits vorliegt und als Email versendet wurde, kann herangezogen werden, Abt. 3 soll einbezogen werden</i></p>	
--	---	--

<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b>  ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! CWA <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evaluation steht im Fokus <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zweckbindung soll gegenüber BDFI nachgewiesen werden</li> <li>▪ Es soll dem BDFI gegenüber verdeutlicht werden, welche Kennzahlen geliefert werden können</li> <li>▪ Zur erfolgreichen Kontaktpersonennachverfolgung der GÄ (als Benchmark) steht wenig belastbares Material zur Verfügung</li> <li>▪ Austausch bezgl. SORMAS erfolgt über J. Benzler</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Bisher wurden alle diesbezüglichen Prüfungen bestanden</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Falls ja, wird dies Interesse bei verschiedenen Stakeholdern und Playern wecken</li> </ul> </li> </ul> ! DEA <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach wie vor sehr hohe Workload <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hohes Anfragenaufkommen von Pendlern und Transportunternehmen, da auch Pendler und Durchfahrende ohne Wohnsitz eine DEA ausfüllen müssen</li> <li>▪ Verbessertes Mapping der Postleitzahlen zu den GÄ konnte bereits umgesetzt werden</li> <li>▪ Die Frage der Zuständigkeiten seitens der Gesundheitsämter für die jeweiligen Firmen ist noch ungelöst</li> <li>▪ Das letzte Teilelement der DEA soll umformuliert werden (der aktuelle Text suggeriert eine Quarantäneanordnung durch das RKI)</li> <li>▪ Upload von Testergebnissen soll bis Ostern ermöglicht werden, hierfür ist kein internat. Standard verfügbar</li> </ul> </li> </ul>	P. Schmich



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr knapper Zeitplan für Bundesdruckerei und RKI (bspw. ist nicht geklärt, ob PDF oder JPG verwendet werden soll)</li> </ul> <p><b>! DEA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage zur Erwähnung der Datenspende-App im Lagebericht: Kann von S. Gottwald beantwortet werden</li> </ul> <p><b>! DEMIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit melden 347 Labore über DEMIS</li> <li>○ Es wird geprüft, ob die Daten über IMS nutzbar zu machen sind</li> <li>○ Integration der Datenflüsse in Beziehung zu SORMAS wird untersucht</li> <li>○ Im SORMAS- Team ist ein „Lessons learned“-Workshop zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung terminiert</li> </ul>	M. Diercke
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>! Ggf. erforderlichen Anpassungen (sinkende Zahlen)</b></p> <p><i>ToDo: Vorschlag soll von FG 36 federführend formuliert werden</i></p>	FG 36
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p><b>! Keine Themen (s. auch Diskussion unter „Aktuelle Lage“)</b></p> <p><b>Presse</b></p> <p><b>! Artikel zu Schnelltests ist heute (22.02.2021) im EpiBull online gestellt worden</b></p>	Presse (R. Wenchel)
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>! S. bitte Diskussion unter „Aktuelle Lage“</b></p> <p>a) <b>RKI-intern</b></p> <p><b>! Nicht besprochen</b></p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>! Nicht besprochen</b></p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>! Nicht besprochen</b></p>	











	<p>Varianten, VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweis O. Hamouda: Darstellung der auch gegen VOC nützlichen Maßnahmen und der Bedeutung ihrer konsequenten Beachtung in der letzten PK war sehr gut</li> <li>○ Haltung zur Priorisierung der Lehrerschaft: wird aus fachlichen Gründen abgelehnt, ist eine politische Entscheidung</li> <li>○ Hinweis: Gesetzesänderung ist bereits formuliert: Grundschullehrkräfte sollen zunächst geimpft werden</li> <li>○ Ab Ende des zweiten Quartals 2021 kann die Priorisierung wahrscheinlich aufgehoben werden, weil ausreichend Impfstoff vorhanden ist</li> </ul>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Sitzungsende: 14: 54**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	24.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Osamah Hamouda, Ute Rexroth

<b>Teilnehmende:</b>	!	IBBS
!	Institutsleitung	○ Claudia Schulz-Weidhaas
	○ Lothar Wieler	!
		MF4
!	Abt. 1	○ Martina Fischer
	○ Martin Mielke	!
		P1
!	Abt. 3	○ Indes Lein
	○ Osamah Hamouda	!
	○ Tanja Jung-Sendzik	P4
		○ Susanne Gottwald
!	ZIG	!
		Presse
	○ Johanna Hanefeld	○ Marieke Degen
!	FG12	○ Ronja Wenchel
	○ Annette Mankertz	!
		ZIG1
!	FG14	○ Luisa Denkel
	○ Melanie Brunke	!
		ZIG2
!	FG17	○ Charbel El Bcheraoui
	○ Ralf Dürrwald	!
		BZgA
!	FG24	○ Heide Ebrahimzadeh-
	○ Thomas Ziese	Wetter
!	FG 32	!
	○ Michaela Diercke	BMG
	○ Claudia Sievers	○ Christophe Bayer
!	FG34	!
	○ Viviane Bremer	MF3
		○ Nancy Erickson
!	FG36	(Protokoll)
	○ Silke Buda	!
	○ Stefan Kröger	MF4
		○ Martina Fischer
!	FG37	
	○ Tim Eckmanns	
!	FG 38	
	○ Maria an der Heiden	
	○ Ute Rexroth	





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.402.818 (+8.007), davon 68.740 (+422) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bayern: 400 Meldungen nicht übermittelt, derzeit in Klärung</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.581.294 (4,2 %), mit 2 Impfungen 1.854.928 (2,2 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.037 Fälle in Behandlung (-23)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL gleichbleibender Trend</li> <li>▪ Thüringen: kein weiterer Anstieg</li> <li>▪ Derzeit BW und SH niedrigste Inzidenzen, SH wegen Situation in Flensburg zu beobachten</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK mit hoher Inzidenz: v.a. in Bayern, Thüringen, BL mit LK an tschechischer Grenze sowie u.a. auch Flensburg (s.o.)</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Todesfälle geringfügig abnehmend, hier mögliche Korrelation zu derzeit sinkender Inzidenz bei der Altersgruppe (AG) der über 80-Jährigen</li> <li>▪ Graue Balken in Grafik über 3 Vorwochen: Nachmeldungen für diesen Zeitraum möglich bis wahrscheinlich</li> <li>▪ Höhepunkt Sterbefallzahlen: KW51/52 2020</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></li> <li><b>Testzahlenerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 %</li> <li>▪ Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Testkapazität ausgenutzt</li> <li>▪ Insgesamt ca. 60 % weniger Testungen im Vgl. zum Zeitraum vor Weihnachten</li> <li>▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen, über 1 Mio. pro Woche</li> <li>▪ Positivquote und Anzahl der Testungen scheint sich zu stabilisieren</li> <li>▪ Eindruck jedoch weiterhin, dass zu wenig mittels PCR getestet wird</li> <li>▪ Ärzte könnten wieder niedrigschwelliger testen</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden</li> </ul> </li> <li>○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch</li> </ul> </li> <li>○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Weitere Akquise in Arbeit (Coronatest-Seite, viele Dachverbände/Träger kontaktiert, Gespräche mit Testkoordinatoren der BL zu Zusammenführung von Daten eigener Erhebungen der Länder)</li> </ul> </li> <li>○ Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringe Bestätigungsquote in PCR (bei Bewohnern und Personal erfolgt Rückmeldung zuverlässig, bei Besuchern vermutlich nicht)</li> <li>▪ Cave bei Interpretation aufgrund geringem Stichprobenumfang, ermöglicht aber prospektive Abschätzung der Situation</li> </ul> <p><b>Testungen und Positivenanteile in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positivenanteils, derzeit ca. 5 %</li> <li>▪ Für jedes Bundesland: Thüringen: derzeit bei über 20 % Positivenanteil, muss weiter beobachtet werden</li> <li>▪ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen werden zunehmend weniger getestet</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Appell an Arztpraxen zu vermehrtem Testen sinnvoll</li> </ul> </li> <li>○ VOC: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übersicht (Daten aus 11 Laboren): deutlicher Anstieg des Positivenanteils hinsichtlich der delH69/V70 B auf ca. 17.5 %</li> <li>▪ VOC (Daten aus 11 Laboren) für einzelne BL: heterogenes Bild, Bayern ca. 14 % del.-positive Proben, NRW ca. 20 %, andere Länder wenig betroffen</li> <li>▪ Aufschlüsselung Situation Bayern nach LK: Nachttestung durch einzelne Labore, siehe Bsp. LK Tirschenreuth: Vortestung in einem Labor, Sequenzierung in anderem, somit hier angegebene 90 % durch Selektionsbias verursacht</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	---	------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Nach Abnahmeort: in Arztpraxen höchster B.1.1.7-Anteil</li> <li>○ Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen</li> <li>○ Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stets zu bedenken, dass VOC ca. 50-70 % höhere Übertragbarkeit besitzt</li> <li>▪ Arztpraxen müssen aufgefordert werden, wieder mehr zu testen, da sonst die Erkennungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt</li> <li>▪ Wurde bereits bei der KBV und dem Hausärzterverband sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen</li> <li>▪ Ursache: vermutlich symptom-basiertes Testverfahren in Arztpraxen, in anderen Einrichtungen vorwiegend Routinescreening</li> <li>▪ Ggf. auch Betriebsärzte hierzu ansprechen, um die jüngeren, mobilen AG besser abzudecken</li> <li>▪ Appell an Bevölkerung, auch bei leichten Symptomen den Arzt aufzusuchen und Test durchführen zu lassen, sollte kommunikatorisch aufgegriffen werden</li> <li>▪ Änderung der Teststrategie hinsichtlich Arztpraxen vermutlich eher weniger zielführend</li> </ul> </li> <li>○ <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg der Vorwoche setzt sich scheinbar nicht fort</li> <li>▪ ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<p>fortgesetzt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche</li> <li>▪ 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</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI in AG &gt; 60 Jahren sinkt; bei AG der 35-59-Jährigen etwas ansteigend</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden</li> <li>○ 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</li> <li>○ Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden</li> <li>○ Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern“), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2.971 COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021)</li> <li>○ In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig</li> <li>○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig</li> <li>○ Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer)</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Belastungslage auf Intensivstationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weitere Stabilisierung</li> <li>▪ Situation des Personalmangel verbessert sich</li> <li>▪ Raummangel bleibt bestehen</li> <li>▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend setzt sich nach unten fort</li> </ul> </li> <li>○ Regional <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beispiel Amberg, Landshut, Coburg, Hochfranken, (Erding nicht zu berücksichtigen): Vorwoche überall Trend nach unten, diese Woche Trend steigend, teils auch mit IST-Zunahme prognostiziert</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>SARS-Cov2 re-infection risk</b> (Slides <a href="#">here</a>), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document <a href="#">here</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Case reports/series <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 199 previously recovered COVID-19 cases testing positive (PCR) with SARS-COV-2: 3 – 91 years, &gt; 75 co-morbidities</li> <li>▪ 16 &amp; 60 asymptomatic at 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> “episode”</li> <li>▪ Duration between “episodes”: 1 – 32 weeks</li> <li>▪ Follow-up testing in 7 studies</li> <li>▪ Transmission onward reported in 3 case reports, 4 identified positive contacts</li> <li>▪ Only 17 cases confirmed as reinfections through whole</li> </ul> </li> </ul>	ZIG2 (El Bcheraoui)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations)</li> <li>○ Almost no study reports on growth or level of virus</li> <li>○ Symptoms at repositive are common</li> <li>○ Using RKI in-working definition <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible</li> </ul> </li> <li>○ Observational Studies <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Predominantly from China</li> <li>▪ Total: 168.874 positive from 33 studies, 1041 re-positive (0.6%), + 44 from one study with no denominator</li> <li>▪ Genome sequencing performed in only 1 study, full-length viral genomes could not be obtained</li> <li>▪ Age of re-positive: 2 months – 90 years</li> <li>▪ Duration between two “episodes”: 1 – 33 weeks</li> <li>▪ Symptoms at re-positive: at least 56 % when reported</li> <li>▪ 2 studies included follow-up testing, no onward transmission identified</li> </ul> </li> <li>○ Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Top rates studies: 11/14 criteria <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes</li> <li>○ Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes</li> <li>○ Chen: 44/NA, 2 weeks post-discharge</li> </ul> </li> <li>▪ Studies ≥ 12 weeks follow-up (Pilz: 30 ± 4 weeks, Hanrath: 24 weeks, Lumley: 22.8 – 33 weeks)</li> <li>▪ Studies with repositive &gt;20 %: 21.4 – 50.0</li> </ul> </li> <li>○ Reviews: 8 (1 preprint) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Three descriptive and five with metanalysis</li> <li>▪ Largest include 82 publications, 1350 re-positive cases, 2.6 % required ICU</li> </ul> </li> <li>○ Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pooled recurrence rate from top two rated studies (11 and 9/11 criteria) between 14.6 % and 17.7 %</li> <li>▪ Median interval onset to recurrence: 21 to 50 d</li> <li>▪ Time discharge to recurrence: 13.4 d</li> </ul> </li> <li>○ Main Observations <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmed re-infections rare (17 known cases, maybe 19)</li> <li>▪ Difficult to ascertain first infection (testing error/lack of samples)</li> <li>▪ Genome sequencing rarely performed</li> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Limited evidence on re-positive contact tracing and onward transmission</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion:</li> <li>○ Aspekt der Reinfektion im ÖGD hochrelevant, Verfahrensweise nötig</li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden</li> <li>○ Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Confirmed reinfection: Genome sequence of virus from previous SARS-CoV-2 infection is known <b>AND</b> genome sequence of the virus of the current SARS-CoV-2 infection is known <b>AND</b> genome sequences of viruses from previous and current SARS-CoV-2 infection do <b>not</b> match</li> <li>▪ Probable reinfection (<i>prerequisite: no genome sequencing result available or known for at least one of the two confirmed SARS-CoV-2 infections</i>): Person overcame acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection <b>AND tested negative</b> by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection <b>or</b> the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago <b>AND</b> SARS-CoV-2 genome copy number in the context of current PCR detection <math>\geq 105/\text{ml}</math> <b>or</b> virus can be grown</li> <li>▪ Possible reinfection (<i>precondition: neither A nor B applies</i>): person has overcome acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection <b>AND tested negative</b> by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection <b>or</b> the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago <b>AND</b> individual tested positive for SARS-CoV-2 by PCR (but: SARS-CoV-2 genome copy number in current PCR detection <math>&lt; 105/\text{ml}</math> or not known and virus cultivation is not possible (sample not available or cultivation negative))</li> </ul> </li> <li>○ 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</li> </ul>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Aktualisierung Risikobewertung</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen</li> <li>○ Überblick über zentrale Anpassungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zeitloser formuliert, Höhepunkt 2. Welle Ende Dezember</li> <li>▪ Nicht nur Fallzahlenrückgang sondern auch der schwerer Erkrankter, Ziel der Anstrengung: Nachhaltigkeit des Fallzahlrückgangs</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Einzelne Indikatoren: Übertragbarkeit weiter nach vorne</li> </ul> </li> </ul>	FG36 (Buda)



	<p>gestellt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Ressourcenbelastung: „angespannt“ statt „sehr angespannt“</li> <li>○ Bevölkerung sollte aktiver eingebunden werden, sich an die Regeln zu halten anstelle der schon seit geraumem Zeitraum kommunizierten Durchhalteapelle</li> </ul> <p><i>To Do1: Bitte um Zirkulation und Durchsicht bis Donnerstagabend zwecks Besprechung und Finalisierung am Freitag, Frau Buda schickt link zu dem zu bearbeitenden Dokument an den Krisenstab</i>  <i>To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten“ sinnvoll?</i></p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine aktuellen Anliegen</li> </ul> <p><b>Überarbeitung der Covid-Seite</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten</li> <li>○ 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“</li> <li>○ Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen</li> <li>○ Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens Herrn Mielke)</li> </ul> <p><i>To Do: Zirkulation des Dokuments an Frau Brunke (Hygienemaßnahmen) und Herrn Mielke zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)</i></p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Degen)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modellierungsstudie (mittwochs)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	<p>Alle</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hintergrund: Brief von Prof. Exner und zwei Organisationen an Herrn Wieler zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS)</li> <li>○ Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern</li> <li>○ Vorschlag Prof. Exner sehr differenziert: sofern gelüftet ! betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2</li> </ul> <p>Umformulierungsvorschlag UB:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgerechter, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden</li> <li>○ Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement“ abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind</li> <li>○ Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer“ und „Kontinuität“ ggf. streichen</li> <li>○ Erfahrungswerte haben gezeigt, dass Empfehlung des RKI auch vor Gericht von Bedeutung sind</li> </ul>	FG36 (Buda)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Influenza / Virologische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proben <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche</li> <li>▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen</li> <li>▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE</li> </ul> </li> <li>○ Viruszirkulation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> </li> <li>○ Sequenzierungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ n = 75 sequenziert und ausgewertet, davon 11 (15 %) B.1.1.7 und 1 (1 %) B.1.351</li> <li>▪ Ansteigender Trend der B.1.1.7 (rot)</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	FG17/ZBS1 (Dürrwald)



	<i>To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik“ in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag Frau Rexroth)</i>	
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verlegung von 50-100 Patienten aus Tschechien geplant, Freitag dazu aktuelle Informationen (Cave: Verlegung muss auch hinsichtlich SPoCK berücksichtigt werden)</li> </ul>	IBBS (Schulz-Weihaas)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	Alle
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corona-KiTa-Studie (nur montags)</li> </ul> <b>Auswertung der VOC (Folien <a href="#">hier</a>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten</li> <li>○ VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis“: wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis“: durch Sequenzierung</li> <li>○ 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)</li> <li>○ Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche</li> <li>○ Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig</li> <li>○ Verknüpfung Genomsequenzierung mit Meldedaten: ca. 7.000 Matches! LK-Ebene: Anzahl Testungen mit Genomsequenzierung und Variantennachweis: sehr geringe Fallzahlen, daher sehr hohe Anteile (Daten somit nicht für externen Gebrauch)</li> <li>○ B.1.1.7 nach Bundesland (Folie 3): Grundlage &gt; 5 Genomsequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtess weitergereichte Proben), schwarz: Anteil B.1.1.7 70-80 %</li> <li>○ 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 %</li> <li>○ Höhere Zahlen in VOC-Bericht angegeben, Ursache der Diskrepanz: Nachmeldung von Sequenzierungen in den letzten 2 Wochen</li> <li>○ Untere drei Zeilen: B.1.525 zwischen KW3 und KW6 in 23 Fällen detektiert</li> <li>○ 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</li> <li>○ Verteilung AG (Folie 6): AG der 15-34-Jährigen steiler Anstieg, aber auch bei 35-59-Jährigen; gegenläufiger Trend zur Gesamtinzidenz</li> </ul>	FG32 (Kröger)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kongruentes Bild einer Stagnation, Inzidenz der Varianten nimmt jedoch zu, v.a. in bestimmten AG (! Einfluss auf Gesamtinzidenz)</li> <li>▪ In Gesamtinzidenz noch keine Zunahme ersichtlich aber deutliche Anzeichen, dass bei einer Lockerung mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen ist</li> <li>▪ Betriebsmedizin muss zu vermehrter Testung herangezogen werden, sollten auch für die Impfung aktiviert werden</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Vorschlag der Darstellung der Inzidenzen ohne VOC</li> <li>▪ Vorsicht bei Kausalitätsbezügen, hier sollte mit Modellierung gearbeitet werden</li> <li>▪ Anstieg der VOC wird vermutlich erst Anfang/Mitte März deutlich sichtbar werden, bei Lockerungen sind Anstiege unvermeidbar, dies muss weiterhin klar kommuniziert werden auch angesichts der Lockerungstendenzen seitens Politik</li> <li>▪ Grundsätzlich gilt: Varianten werden dominieren und, sofern Reisen/Mobilität erfolgt, diese werden sich verbreiten</li> <li>▪ Cave bei Betrachtungen: Tirol - Südafrika-Variante ! biologisch anderes Verhalten als B.1.1.7 durchaus denkbar, sollte berücksichtigt werden</li> <li>▪ Regionale Unterschiede oder Auffälligkeiten zu beobachten (Region Mosel, Saarland), vor allem bei Vorliegen der Südafrika-Variante, zu der noch keine ausreichenden Hinweise auf hohen Wirkungsgrad der Impfung vorliegen</li> </ul> </li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teilnahme von Herrn Wieler an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht</li> <li>○ IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weitergegeben</li> <li>○ Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch Christian Herzog) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten</li> </ul>	Alle Presse (Wenchel)



<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li></ul>	
-----------	---	--





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.02.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Tim Eckmanns
○ Lothar Wieler	! FG 38
○ Lars Schaade	○ Ute Rexroth
! Abt. 2	○ Maria an der Heiden
○ FG24/Thomas Ziese	○ Inessa Markus
○ ZfKD/Maren Imhoff	! IBBS
(Protokoll)	○ Annegret Schneider
! Abt. 3	○ Michaela Niebank
○ Osamah Hamouda	! MF
! FG16	○ Martina Fischer
○ Anton Aebischer	! P4
! FG17	○ Susanne Gottwald
○ Dschin-Je Oh	! Presse
! FG21	○ Ronja Wenchel
○ Wolfgang Scheida	! ZBS1
! FG 32	○ Janine Michel
○ Michaela Diercke	! ZIG
! FG33	○ Johanna Hanefeld
○ Ole Wichmann	○ ZIG 1/Luisa Denkel
! FG 34	! BZgA
○ Viviane Bremer	○ Oliver Ommen
! FG36	
○ Silke Buda	
○ Udo Buchholz	
○ Anna Loenenbach	
○ Stefan Kröger	





	<p>(-57)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ aus intensivmed. Behandlung entlassen: +450, davon 27% verstorben</li> <li>○ 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ TH weiterhin mit höchster Inzidenz, kein BL mit deutlichem Anstieg oder Rückgang</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7TI nach LK <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 161 LK &lt; 50/100.000</li> <li>▪ 251 LK &gt; 50/100.000</li> <li>▪ besonders stark betroffen, 7TI &gt; 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)</li> </ul> </li> <li>○ VOC B.1.1.7 häufig nachgewiesen u. a. in Flensburg, im Norden und Osten Bayerns (Grenzregion DK bzw. CZ)</li> <li>○ Altersmedian <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zuletzt abnehmend Gesamt und bei Hospitalisierten, konstant bei Verstorbenen</li> </ul> </li> <li>○ Sterbefallzahlen Deutschland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Übersterblichkeit geht zurück auf Durchschnittsniveau 2017-2020</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Ausbruchsuntersuchung Kreis Bergstraße</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Amtshilfeersuchen zu Ausbruchsgeschehen mit B.1.1.7-Hinweis in 3 Kitas; Team vor Ort 15.-18.02.2021</li> <li>! Ausbrüche in Kita 1 und 2 zurückgehend auf jeweils 2 Primärfälle unter Erziehenden; Kitas mit strikten Hygienekonzepten/Kohortierung, dennoch: hohe Attackraten (Kita 1: 25-69 %, Kita 2: 14-43 %) bei Erziehenden und Kindern; hohe sekundäre Attackrate auch bei Kindern (29 % in Haushalten); auch Personen, die als KP2 eingestuft worden wären, wurden infiziert; Rolle von Aerosolen?</li> <li>! B.1.1.7 scheint mediane Ausbruchgröße zu erhöhen</li> <li>! Publikation geplant, möglw. Eurosurveillance Rapid Communications</li> </ul> <p><b>Situationsbericht GA LK Leer</b> (E-Mail von NLGA <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Inzidenzanstieg im LK Leer innerhalb einer Woche von ca. 60 auf 100; B.1.1.7-Anteil wird auf weit &gt; 50 % geschätzt</li> <li>! 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?</li> <li>! Ct-Wert deutlich geringer als bei Wildtyp (bis zu 6), auch bei Nachtstellung nach 14 Tagen noch hoher Anteil deutlich positiv (Ct-Werte im infektiösen Bereich)</li> </ul> <p><b>Diskussion Ausbruchs- und Situationsbericht:</b>  Wie gut wurden Hygienekonzepte in den Kitas tatsächlich umgesetzt?  - Es haben gemeinsame Besprechungen der Erziehenden im Besprechungsraum stattgefunden, erklärt aber nicht die Fälle bei den</p>	<p>FG36 (Anna Loenenbach, Udo Buchholz),  FG38 (Inessa Markus)</p> <p>FG38 (Ute Rexroth)</p>
--	--	--



	Kindern. / Was sind die Konsequenzen für den ControlCovid-Stufenplan im Hinblick auf Kita-Öffnungen? - Attackraten bei B.1.1.7 insgesamt (nicht nur bei Kindern) höher. – Vorläufig keine Anpassung des Stufenplans, Publikation abwarten, für entsprechenden Beschluss ist es zu früh.	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorbereitung Unterstützungsmission Montenegro</li> <li>! weitere Mission geplant in Erbil, Irak</li> <li>! über GHPP (Global Health Protection Programme, BMG) werden &gt; 100 Proben aus Namibia zur Sequenzierung nach DE geschickt; beteiligt: Forschungszentrum Borstel (FZB), RKI; weitere Anfragen ähnlicher Art laufen <ul style="list-style-type: none"> <li>o Frage: warum werden die Proben nicht am NICD sequenziert? - unbekannt, möglw. ist NICD überlastet</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 (Johanna Hanefeld)
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! aktualisierte Bewertung vorgestellt am 24.02.; Änderung gegenüber Vorversion: v. a. stärkere Bezugnahme auf Verbreitung von VOC in DE, insbes. B.1.1.7; <ul style="list-style-type: none"> <li>o es wurden und werden keine Einwände geäußert; finale Version mit Anpassung zu VOC geht über LZ an webmaster</li> </ul> </li> </ul>	FG36 (Silke Buda)/ alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! kein Beitrag</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! bei fehlerhaften Darstellungen im Dashboard bitte neben Pressestelle und Webmaster auch Zentrale und ZV5 in Kenntnis setzen</li> </ul> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! nicht anwesend</li> </ul> <p><b>Lagezentrum</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! engl. Lagebericht: angesichts erlahmten Interesses (fehlende Rückmeldungen und Neuanmeldungen) wird die Einstellung erwogen; Ressourcen sollen geschont werden; Daten weiterhin über ECDC erhältlich <ul style="list-style-type: none"> <li>o 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;</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Oliver Ommen)</p> <p>Pressestelle (Ronja Wenchel)</p> <p>Viviane Bremer</p>

	<p>mögl. erster Schritt: Verzicht auf Erstellung am WE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ TODO: Ermittlung der Downloadzahlen für engl. Lagebericht; diskutierte Optionen prüfen; Wiedervorlage des Themas nächste Woche</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! siehe 10, Entlassungsmanagement</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>! 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. Impfsakzeptanz und ohne „Impf-Rückstau“ voraussichtl. nicht vor Sommer 2021</p> <p>! COVIMO: Befragung durch Usuma GmbH in mehreren Wellen; Impfbereitschaft ist hoch und steigt mit dem Alter; ca. 12 % unentschlossen, ca. 4 % Impfverweigerer; ggf. noch Kommunikationsbedarf bei jüngeren Altersgruppen; NW nach der Impfung wurden von ca. 52 % berichtet und als annehmbar bewertet</p> <p>! intensivierte Surveillance zur Erkennung von Impfdurchbrüchen am RKI: wöchentl. Screening von SurvNet, Rückmeldung an Landesbehörde und GA bei symptomat. Impfdurchbruch (&gt; 14 Tage nach 2. Impfung), anschließend Anforderung einer Typisierung und ergänzende Datenerhebung durch das GA;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet: Stand 25.02.21 haben 331 Fälle die 2. Impfung vor &gt; 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</li> <li>○ Kann bei einem symptomlosen Verlauf von einem Impfdurchbruch gesprochen werden?</li> </ul> <p>! 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</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! FG 17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt 576 Proben analysiert, davon <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 38 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%)</li> <li>▪ 60 Proben Rhinovirus-positiv</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (Oh)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3 Parainfluenza virus-positiv</li> <li>▪ 14 positiv für saisonales Coronavirus (NL-63)</li> <li>▪ Labor Berlin: erster Influenza-Nachweis in dieser Saison (Reiserückkehrer Tansania); Probenmaterial eingetroffen; Charakterisierung begonnen</li> </ul> <p>! <b>ZBS1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ XX Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon XX positiv (21 %)</li> <li>○ N501Y-Vorscreening von SARS-CoV-2-pos. Proben: ca. 40 % weisen Mutation auf; Proben vorwiegend über Berliner Gesundheitsämter zugesandt, teilw. Mehrfachproben einer Person</li> </ul>	ZBS1 (Janine Michel)
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Anpassung Kriterien Entlassmanagement (Dokument <a href="#">hier</a>): 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</p>	IBBS (Annegret Schneider, Michaela Niebank)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG14 nicht anwesend
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>IMS/DESH</b></p> <p>! insges.ca. 14.000 Sequenzen, weit unterhalb 5 % Deckungsgrenze, Tendenz steigend</p> <p>! Verknüpfung/Matching von Sequenz und Meldefall noch problematisch</p>	FG36 (Stefan Kröger)
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Kein Beitrag</p>	FG38 (Maria an der Heiden)
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Kein Beitrag</p>	FG38/alle
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	

16	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 01.03.2021, 13:00 Uhr, via Webex	
----	---	--





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	01.03.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                      |                                |
|----------------------|--------------------------------|
| ! Institutsleitung   |                                |
| ○ Lothar Wieler      | ! FG37                         |
| ○ Lars Schaade       | ○ Tim Eckmanns                 |
| ! Abt.1              | ! FG 38                        |
| ○ Martin Mielke      | ○ Ute Rexroth                  |
| ! Abt. 2             | ○ Inessa Markus<br>(Protokoll) |
| ○ FG24/Thomas Ziese  | ! IBBS                         |
| ○ Patrick Schmich    | ○ Michaela Niebank             |
| ! Abt. 3             | ! P1                           |
| ○ Osamah Hamouda     | ○ Mirjam Jenny                 |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ! Presse                       |
| ! FG12               | ○ Ronja Wenchel                |
| ○ Annette Mankertz   | ! ZBS1                         |
| ! FG 14              | ○ Janine Michel                |
| ○ Melanie Brunke     | ○ Claudia Schulz-Weidhaas      |
| ! FG17               | ! ZIG                          |
| ○ Thorsten Wolff     | ○ Johanna Hanefeld             |
| ! FG21               | ○ Regina Singer                |
| ○ Wolfgang Scheida   | ! BZgA                         |
| ! FG 32              | ○ Oliver Ommen                 |
| ○ Michaela Diercke   |                                |
| ! FG33               |                                |
| ○ Judith Koch        |                                |
| ! FG36               |                                |
| ○ Silke Buda         |                                |
| ○ Stefan Kröger      |                                |





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.079.107 (4,9%), mit 2 Impfungen 2.095.255 (2,5%)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 2.869 Fälle in Behandlung (+29), insgesamt stabil</li> <li>○ 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum Kurve schwer beurteilbar, in allen BL ein Plateau</li> <li>○ Geografische Verteilung 7TI nach LK: 262 LK &gt; 50/100.000 besonders stark betroffen sind LK im Osten, BY und an der Grenz zu Tschechien. LK 7TI &gt; 170/100.000 keine große Veränderung zu letzter Woche, betroffene LK haben hohe Inzidenzen teilweise seit Wochen</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe Bundesweit sehr hohe 7TI bei 20-29J und 30-39J. Infektionsgeschehen ist bundesweit in diesen Altersgruppen.</li> </ul> <p><b>Corona-KiTa-Studie (nur montags)</b></p> <p>! Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlen sind auf einem niedrigen Niveau und gehen für alle AG runter, dennoch kein einheitlicher Trend</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Ausbrüchen in Kita (Vgl. letzte Woche)</li> <li>○ 54 neue Ausbrüche; Seit Dez/2020 61 Kita-Ausbrüche mit mind. 1 Fall mit Verdacht auf VOC, davon mit 59 mit B.1.1.7 und 2 mit B.1.351;</li> <li>○ ein B.1.351-Ausbruch ist der bisher größte Kita Ausbruch mit bislang 73 Fällen, bei 45 Fällen mit Verdacht auf B.1.351 (BW, LK Rastatt)</li> <li>○ In KW 7/8 gab es 12 Ausbrüche mit &gt;=10 Fällen +54</li> <li>○ Ausbruchsgröße: Trend aus letzter Woche (Anstieg des Median Fallzahl) hat sich nicht fortgesetzt, Ausbruchsgröße</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (M. Diercke)</p> <p>FG36 (S. Buda)</p>

	<p>(Median) 4 Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Schulen noch keine neuen Entwicklungen</li> </ul> <p>Das RKI kann Aufträge und Anfragen des BMGs nur im geringen Maße ablehnen. Die Leitung achtet auf die Aufgabenlast. Externe Einflussnahme auf wiss. Daten und Ergebnisse ist nicht akzeptabel und bei solchen Versuchen sollte die Leitung umgehend bilateral kontaktiert werden um eine Klärung zu erwirken.</p>	IL (L. Wieler)
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! DEA Webseite wurde am WE attackiert, dabei wurde die Seite lahmgelegt. Es wird aktuell der Schaden (Datenabfluss) beurteilt und eine Infoseite für Bürger erstellt. Dazu gab es diverse Pressenanfragen. Seitens der CWA besteht ebenfalls die Angst vor möglichen Attacken.</li> <li>! Am 01.03.2021 wird die große Nutzerbefragung des CWA gestartet. Erste Ergebnisse können evt. bereits nächste Woche vorgestellt werden</li> <li>! 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.</li> <li>! Effektivität der CWA hängt von Verbreitungen: ca 30% der Bevölkerung nutzen die CWA. Anbindung/ Nutzung anderer Endgeräte (Fitnessarmbänder) würde für größere Reichweite sorgen. Es gab Treffen mit spez. Berufsgruppen, die kleine Smartphones benutzen dürfen. Das System der CWA könne nur schwer damit verbunden dürfen, da kein zentraler Server verfügbar ist. Die Integration ist schwierig/unmöglich.</li> <li>! Es gibt zahlreiche Angebote rein, die einzeln beurteilt werden müssen. Die Einzelbeurteilung ist vom Team kaum machbar und aktuell gibt es keinen konkreten Auftrag dafür.</li> <li>! DEMIS läuft stabil und es gab letzte Woche ein Treffen mit dem BMG. Es wird auch hier ein Angriff befürchtet. Es wird zunehmend schwieriger/anspruchsvoller die Authentifizierung für die Anbindung (Testzentren) durchzuführen.</li> <li>!</li> </ul>	<p>Abt2 (P. Schmich)</p> <p>FG32 (M. Diercke)</p>
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p>	BZgA (Oliver Ommen)



	<p>! Keine Neuigkeiten</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Keine Neuigkeiten</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Twitter und Instagram: Impffortschritt in Absprache mit FG33 eingestellt und wird jede Woche geteilt.</p> <p>! 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.</p> <p><b>Lagezentrum: Engl. Lagebericht</b></p> <p>! Abrufe im Verhältnis zum dt. Lagebericht: 1:10</p> <p>! Pressestelle und ABT3 kann auf engl. Bericht verzichten.</p> <p>! Leitung ist dem Einstellen des engl. Lageberichts einverstanden. LZ am BMG wird in Kenntnis gesetzt, dass der engl. Version ab Mi/Do eingestellt wird. Die engl. Version ist auf Eigeninitiative des RKI entstanden. Kein Auftrag des BMGs.</p> <p>! Eine Ankündigung soll bereits ab heute in den engl. Lagebericht rein.</p> <p><i>TODO: LZ Ankündigung in den engl. Lagebericht; LZ am BMG über das Einstellen in Kenntnissetzen.</i></p>	<p>Pressestelle (Ronja Wenchel)</p> <p>P (M. Jenny)</p> <p>VPäs/alle</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>! Nach der Vorstellung von ZIG2 zur Evidenz von Re-Infektionen und Infektionen von Geimpften sowie dem Vorgehen anderer Länder (Israel), EU-Plänen zu Impfausweis sollte die Empfehlung des RKI zu Quarantäne von Geimpften und Genesenen in Zukunft angepasst werden. Das wird eine Abstimmung mit dem BMG bedürfen, da die Quarantäneverordnung ggf. angepasst werden muss.</p> <p>! 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.</p> <p>! 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</p>	<p>VPäs/alle</p>

	<p>Abschätzungen und Modellierungen, Erfahrungen mit Influenza und Grundimmunität entwickelt werden.</p> <p>Am 15.03.2021 findet ein Austausch mit UK von FG33 und ZIG zu diesem Thema statt. Die Einladung kann mit dem Krisenstab geteilt werden. FG36 wird teilnehmen.</p> <p><i>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 [ID 3026]</i></p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>FG 17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine neuen Zahlen</li> <li>○ Online Meeting mit SSI, AGIS zu VOC: In Dänemark geht der Anteil von <b>VOC B1525 ?</b> vermutlich unter dem Druck von B.1.1.7 (Anteil 65%) zurück.</li> <li>○ In Tirol/Österreich nimmt der Anteil von B.1.351 ab, Anteil B.1.1.7 steigt. Es wird an den aktuellen Maßnahmen festgehalten.</li> <li>○ Das Verhalten von VOC untereinander ist kontextabhängig. In Deutschland ist der Anteil von B.1.1.7 bei 30%, es gibt einen deutlichen Gradienten zu eigenen Nachbarländern und Grenzmaßnahmen (Tschechien) helfen Zeit zu gewinnen um Maßnahmen und Teststrategie anzupassen.</li> <li>○ Nächster VOC-Bericht wird am Mittwochnachmittag abhängig von Dateneingang veröffentlicht.</li> </ul> <p>! <b>ZBS1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1002 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon 230 positiv (23 %)</li> </ul> <p>! <b>Einführung von Schnelltests für die breite Öffentlichkeit und Teststrategie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teststrategie wird seit der Publikation im EpiBull intensiv wahrgenommen. Im Rahmen der wiss. Begleitung des <b>BeFast ?-Projektes</b> (Telefonat Fr. Schiedhauer/Hr.</li> </ul>	<p>FG17 (T. Wolff)</p> <p>ZBS1 (J. Michel)</p> <p>VPräs/alle</p>



	<p>Fischer) wird der Zusatznutzen von Schnelltests diskutiert. Es gibt bisher positive Erfahrungen (publiziert). Es gibt bereits Konzepte und Einsatz in bestimmten Gruppen (Schulen, Betrieben, Studenten). Die nächsten möglichen Gruppen wären Gruppen im priv. Leben (Chöre, Sportvereine). Dazu wird bereits gedacht und Austausch besteht.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ T. Eckmanns und M. Diercke sind im WP Koordination, daher gern Rückmeldung über Aktivitäten an die beiden.</li> <li>○ Im Kanzleramt (Hr. Braun) gibt es Bestrebungen eine zweiarmige Teststrategie umzusetzen. Einerseits soll sich jeder Bürger mind. 1-2 pro Woche selbst testen (Schnelltest) können und auf der anderen Seite soll der Zugang zu best. Einrichtungen und Veranstaltungen durch Testung (Schnelltest) ermöglicht werden. Das würde über 100 Mio Tests pro die Woche bedeuten und viele Fragen (wie praktisch eine Bestätigung erfolgen soll) aufwerfen.</li> <li>○ Im BMG gibt es auf Arbeitsebene keine Informationen zu Plänen zu diesem Vorgehen.</li> <li>○ Dieses Vorgehen würde die Inzidenzen verändern, da wir aktuell von Untererfassung ausgehen und die aktuellen Grenzwerte wären somit hinfällig. Es würde die aktuelle Teststrategie verzerren. Die Lage könnte nicht mehr beurteilt werden. Das scheint auf Fachebene im BMG klar zu sein.</li> <li>○ Es geht die Tendenz dazu, dass Schnelltests bei Veranstaltungen als der „Türöffner“-Test sein sollen. Ergebnisse bei BeFast dazu sind noch rar.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Dieses Vorgehen wurde jahrelang für Influenza probiert und dafür die syndromische Surveillance etabliert. Das System ist nicht regional nutzbar.</li> <li>○ Es braucht eine Erfassung der Gesamtzahl der Testungen und Anteil der negativen Testungen.</li> <li>○ Bestehende Surveillancesysteme werden als robust eingeschätzt und die Untererfassung als nicht groß gesehen. Entwicklungen sollten abgewartet werden und die Unterschiede werden voraussichtlich nicht erheblich</li> </ul>	
--	--	--

	<p>sein. Schnelltest werden sich nicht als flächendeckende Präventionsmaßnahme durchsetzen. Mit Einführung von andere Testmodelle (gurgeln etc) könnte sich das evt. verändern. Es werden bereits Schnelltest in APH und Krankenhäusern täglich genutzt und die bestehen Systeme sind in der Lage die Situation abzubilden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte die Lage nicht mehr beurteilbar sein, wird ein Disclaimer veröffentlicht. Das wird aktuell als noch nicht notwendig gesehen.</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Update: Inoffizielle Anfrage aus Tschechien über die Patientenverlegung von 100 Patienten aus Tschechien nach Deutschland. Offizielle Anfrage über EWRS steht noch aus.</li> <li>○ EWRS Anfrage zu Übernahme von 10 Pat. Aus der Slowakei: Bisher nur 50% der Patientendaten übermittelt. NRW kann die Personen aufnehmen. Weitere Details folgen am Mittwoch.</li> <li>○ Entlasskriterien sind seit Freitag auf der Webseite und werden über AGI-Verteiler geteilt, falls noch nicht passiert.</li> </ul>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Keine Neuigkeiten</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! S. Engl. Lagebericht</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 03.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	03.03.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Osamah Hamouda

<b>Teilnehmende:</b>	!	IBBS
!	Institutsleitung	○ Bettina Ruehe
	○ Lothar Wieler	!
		MF4
!	Abt. 1	○ Martina Fischer
	○ Martin Mielke	!
		P4
!	Abt. 3	○ Susanne Gottwald
	○ Osamah Hamouda	○ Dirk Brockmann
	○ Tanja Jung-Sendzik	!
		Presse
!	ZIG	○ Ronja Wenchel
	○ Johanna Hanefeld	!
		ZIG1
!	FG12	○ Luisa Denkel
	○ Annette Mankertz	○ Franziska Badenschier
!	FG14	○ Regina Singer
	○ Melanie Brunke	!
		BZgA
!	FG17	○ Heide Ebrahimzadeh-Wetter
	○ Ralf Dürrwald	
!	FG21	!
	○ Wolfgang Scheida	BMG
!	FG24	○ Iris Andernach
	○ Thomas Ziese	!
		MF4
!	FG 32	○ Martina Fischer
	○ Michaela Diercke	!
	○ Claudia Sievers	Protokoll
		○ Janet Frotscher, RKI
!	FG34	
	○ Viviane Bremer	
!	FG36	
	○ Silke Buda	
	○ Stefan Kröger	
!	FG37	
	○ Tim Eckmanns	
!	FG 38	
	○ Maria an der Heiden	
	○ Ute Rexroth	





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.460.030 (+9.019), davon 70.881 (+418) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 64/100.000 Einw.</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.389.074 (5,3 %), mit 2 Impfungen 2.215.504 (2,7 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 2.854 Fälle in Behandlung (-15)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL gleichbleibender Trend</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz und B.1.1.7 nach LK, n=53.211 (COVID-19); n=8.573 (B.1.1.7) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ LK mit hoher Inzidenz: Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Südbrandenburg</li> <li>▪ LK mit Inzidenz der Virusvariante B.1.1.7: Nordbayern, Bayern an tschechischer Grenze – sehr hohe Inzidenzen</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichter Rückgang der Todesfallzahlen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW8 7TI bei Gruppe 80J ist geringer als in Gruppe 15-34J und 35-39-Jährigen</li> <li>▪ Zunahme in Gruppe 0-4J und 5-14-Jährigen – hier ist ein Anstieg erkennbar</li> </ul> </li> <li>○ <b>Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></li> <li><b>Testzahlenerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote (Folie 1) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivquote stagniert</li> <li>▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> </li></ul>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>Präs</p>





	<p>Anteil in Bayern und Baden-Württemberg von über 30% Anteil, NRW leicht unter 20 % Anteil (Folie 7)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufschlüsselung nach AG: gleiche Verteilung, AG der 60-79-Jährigen und AG der &gt; 80-Jährigen geringer Anteil</li> <li>▪ Nach Abnahmeort: hohe Anteile von Deletionen in Arztpraxen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbrüche Altenheime: Rückgang der Ausbrüche, Abwärtstrend setzt sich fort (Folie 10)</li> <li>○ Ausbrüche Krankenhäuser: kein Rückgang der Dynamik, keine Entlastung bei den Ausbrüchen (Folie 11)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb (Folie 2)                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Raten stabil, seit 36. KW liegen Werte deutlich unter denen der Vorsaison (Wirkung der Kontaktbeschränkungen in Bevölkerung)</li> <li>▪ 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. +)</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen (Folie 3)                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leicht sinkende Arztkonsultationen</li> <li>▪ In letzter KW ca. 360.000 ARE-Arztbesuche</li> <li>▪ Regionale Unterschiede: starker Anstieg in Thüringen bei AG der 0-4-Jährigen (von 1000 auf 2000 Arztbesuche pro 100.000 Einwohner)</li> <li>▪ Sachsen seit drei Wochen kontinuierlicher Anstieg der AG der 0-4- und 5-14-Jährigen</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6)                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil geblieben</li> <li>▪ Sehr leichter Anstieg in AG 60-79-Jährigen</li> <li>▪ Leichter Rückgang in den AG 35-59, 80+ Jährigen</li> <li>▪ Die AG liegen insgesamt deutlich unter dem Niveau der Vorsaisons</li> <li>▪ In der Altersgruppe 80+ Jahre noch auf dem Niveau</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Leitung</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--

	<p>der Vorjahre (erhöht)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den Altersgruppen 0-4, 5-14-Jährigen so gering wie zuvor nur im Sommer 2020</li> <li>▪ COVID-19 Fallzahlen in AG 35-39-Jährigen wieder zurückgegangen</li> </ul> <p>○ Diskussion: Umgang mit Anfrage zu Daten zu COVID-19 (z.B. durch FDP u.a.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mittel zur politischen Auseinandersetzung</li> <li>▪ Muss hier grundsätzlich geantwortet werden?</li> <li>▪ Beachtung der festgelegten Fristen zur Beantwortung (häufig Rückmeldungen, dass einzelne Fragen oder Aspekte nicht genug beantwortet sind, dann ist die Frist noch kürzer)</li> <li>▪ Prüfung inwieweit Detailfragen vom RKI beantwortet werden müssen (Klärung mit BMG)</li> <li>▪ Fachliche Zuarbeit sollte auf das Mindestnotwendige beschränkt werden (Verweis auf bereits veröffentlichte Daten) -&gt; alle relevanten Daten werden im täglichen Lagebericht beantwortet</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte an Leitung um Prüfung und Klärung des Generalerlasses mit dem BMG</i></p> <p>○ <b>Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über Wochen 150 Proben</li> <li>○ 200 Proben mehr als im Vorjahr um diese Zeit</li> <li>○ Trend: leicht ansteigend bis stagnierend</li> <li>○ Rhinoviren dominieren (Folie 3)</li> <li>○ Leichte Parainfluenzaviren-Aktivität zu erkennen</li> <li>○ Außerhalb des Sentinels: Rückkehrer aus Tansania mit Virus-Subtyp H3N2</li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ IMS Vorbereitung der Proben: Probeneingänge bis 823, Probenbearbeitung stärkster Anteil in 3. KW 2021 (Folie 3)</li> <li>○ VOC B.1.351 nur 1x (Folie 5)</li> <li>○ VOC B.1.1.7 deutlicher Trend des Anstiegs</li>   <li>○ <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2.824 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021)</li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil über 15%: Thüringen, Bremen, Berlin</li> <li>▪ Anteil unter 15%: Hamburg, Brandenburg</li> <li>▪ Anteil unter 10 %: Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg</li> </ul> </li> <li>○ Belastungslage auf Intensivstationen (Folie 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weitere Stabilisierung der Lage auf ITS</li> <li>▪ Situation des Personalmangels verbessert sich weiterhin in den Akutkrankenhäusern</li> <li>▪ Leichte Abnahme des Raummangels</li> <li>▪ Freie Behandlungskapazitäten im High-Care steigen tendenziell wieder an</li> </ul> </li> <li>○ SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen (Folie 4)</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichte Abnahme der Kapazitätsprognose</li> <li>○ Regional</li> <li>▪ Beispiel Amberg, Trend weiter steigend, teils auch mit ITS-Zunahme prognostiziert</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! Diskussion zu KA 19/27115 Wege aus dem Lockdown (ID 3028) (Folie <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage 1 und 2: Abhandlung durch Stufenplan (dort sind bereits Dokumente vorhanden)</li> <li>○ Frage 4: Verweis auf AHA+L Regelungen, Sprachfindung aus Chapeau des Stufenplans</li> <li>○ Frage 8: Verweis auf Impfungen FG33, Studien zur Prüfung der Verlaufskontrolle der Geimpften laufen, viele Geimpfte werden getestet</li> <li>○ Frage 9: keine Sonderregelung für Geimpfte</li> <li>○ Beantwortung via Lagezentrum</li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vertiefung der Seite Infektionsschutz.de</li> <li>○ FAQ werden weiterentwickelt</li> <li>○ Entwurf zur geplanten Anzeigenkampagne ist in Arbeit</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Feiertag 08. März 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pressepostfach wird überwacht</li> <li>○ Webmaster: Verfügbarkeit wie an Wochenenden</li> <li>○ Rufbereitschaft wird eingerichtet (Telefonnummern werden von Frau Wenchel noch mitgeteilt)</li> </ul>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modellierungsstudie (mittwochs)</li> </ul>	<p>Alle</p>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Performance des Roche Ag-Schnelltests bei britischer VoC, Einsatz POCT nach verlängerter Quarantäne</li> <li>○ Diskrepanz bei Anwendung von Antigentests und PCR Tests in Kliniken</li> <li>○ Diskrepanz trat bei Werten von über 25 auf – die Beobachtung ist eher hierauf zurückzuführen</li> <li>! Gurgeln-basierte Probennahme?</li> <li>○ Aktualisierungen werden in AGI berücksichtigt</li> </ul>	<p>FG17/ZBS1</p> <p>Abt. 1 (Mielke)</p> <p>FG38 (Rexroth) Abt.1 (Mielke)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Hohe Aktualisierungsfrequenz bei Therapiehinweisen (Fokus auf monoklonale Antikörper)</li> </ul>	<p>IBBS (Ruehe)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ressortabstimmung Weiterentwicklung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (ID 3033)</li> <li>○ Bitte zur Kommentierung FG33 an BMG</li> <li>○ Gruppen für Impfpriorisierung werden gelockert</li> <li>○ Kein ärztliches Zeugnis notwendig – individuelle Bearbeitung</li> <li>○ Diagnoseschlüssel der Krankenkasse – daraus erfolgt Impfeinladung</li> <li>○ Berichtspflichten von niedergelassenen Ärzten zu Patienten – Vorschlag an KV</li> <li>○ Impfquotenerfassung muss angepasst werden, um bundesweiten Überblick zu behalten</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Abt. 3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Notwendige Abstimmungen dazu sind bereits im Gespräch</li> </ul>	(Hamouda)
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Corona-KiTa-Studie (nur montags)</li> </ul> <p><b>Auswertung der VOC</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neu: Kurzübersicht Grafik</li> <li>○ Kernbotschaft: knapp 50 % bei B.1.1.7 – aktuell vorherrschende Variante in Deutschland</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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)</li> <li>○ 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)</li> </ul> <p>Diskussion: Begrifflichkeiten – Wording am RKI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VUI / VOI Vorschläge für RKI Wording (Folie 3)</li> <li>○ Mehrfache Zustimmung fand „Variante unter Beobachtung“</li> </ul>	FG32 (Kröger)
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Freitag, 05.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	05.03.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung       | ! FG36                    |
| ○ Lars Schaade           | ○ Walther Haas            |
| ○ Lothar Wieler          | ○ Stefan Kröger           |
| ! AL2                    | ! FG37                    |
| ○ Thomas Ziese           | ○ Sebastian Haller        |
| ! AL3/Abt. 3             | ! FG38                    |
| ○ Osamah Hamouda         | ○ Ute Rexroth             |
| ○ Tanja Jung-Sendzik     | ○ Maria an der Heiden     |
| ! ZIG                    | ○ Petra v. Berenberg      |
| ○ Luisa Denkel           | (Protokoll)               |
| ! FG12                   | ! P1                      |
| ○ Annette Mankertz       | ○ Ines Lein               |
| ! FG14                   | ! Presse                  |
| ○ Melanie Brunke         | ○ Jamela Seedat           |
| ! FG17                   | ! ZBS1                    |
| ○ Djin-Ye Oh             | ○ Janine Michel           |
| ! FG21                   | ○ Claudia Schulz-Weidhaas |
| ○ Patrick Schmich        | ! ZIG1                    |
| ○ Hendrik Wilking        | ○ Regina Singer           |
| ○ Wolfgang Scheida       |                           |
| ! FG 32                  |                           |
| ○ Michaela Diercke       |                           |
| ! FG33                   |                           |
| ○ Ole Wichmann           |                           |
| ! FG34                   |                           |
| ○ Viviane Bremer         |                           |
| ○ Matthias an der Heiden |                           |





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Trendanalyse international (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit 114,8 Mio Fälle, Trend zur Zunahme (+ 4,8%)</li> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu unter den Top 10: Türkei und Iran,</li> <li>▪ Weiterhin dabei: USA, BRA, FRA, ITA, IND, CZE, RUS, POL</li> <li>▪ Nicht mehr dabei: UK und Indonesien</li> <li>▪ Zunahme der Fallzahlen in den meisten Ländern, Ausnahmen sind USA und RUS, hier leichte Abnahme</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner (Karte) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin in Europa und USA hohe Zahlen, in Europa besonders CZE und EST, positive Entwicklung in Portugal mit jetzt 60/100.000</li> <li>▪ Aufwärtstrend in allen Kontinenten außer Afrika</li> <li>▪ In Amerika v. a. Südamerika mit BRA, CHL und PER betroffen</li> <li>▪ In Afrika Aufwärtstrend in LBY und BWA, leichte Besserung in Namibia</li> </ul> </li> <li>○ 1. und 2. Impfdosis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ USA 8,1%, keine Zahlen für Iran, dort wurden seit 2/2021 etwa 10.000 Dosen Sputnik V verimpft</li> </ul> </li> <li>○ Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 04.03.2021) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spitzenreiter CZE &gt; 500/100.000</li> <li>▪ ITA und POL &gt; 200/100.000</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Maßnahmen in UK und England <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hohes Infektionsgeschehen mit Inzidenz-Spitzenwert &gt; 600/100.000 im Januar, insbes. Nordirland und südöstl. Landesteile, derzeit um 180/100.000</li> <li>○ Tier- System: 4 risikoabhängige Stufen, Maßnahmen, werden von den Regionalregierungen in Nordirland, Schottland, Wales und England bestimmt</li> <li>○ Stufe 4: “You <b>must</b> 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)</li> <li>○ Lockdown nationwide kann verhängt werden, seit 04.01. besteht Lockdown Nr. 3, ab 08.03. Lockerungen (zunächst Bildungseinrichtungen) geplant</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1 R. Singer





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>anderen (hier sind eventuell auch VOC enthalten, es liegt aber keine Info dazu vor)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 279 LK mit einer Vollständigkeit der Angaben von mind. 85% wurden einbezogen</li> <li>▪ Anteil der Hospitalisierten ist über fast alle Altersgruppen verteilt höher</li> <li>▪ Ausnahme: bei Kleinkindern und Kindern gleich oder niedriger</li> <li>▪ Mortalität: In den AG &gt;60J und &gt;80J nicht signifikant erhöht (bei bisher 180 Todesfällen mit VOC)</li> <li>▪ Auch aus DK und UK liegen Daten zu höherer Hospitalisierungsrate vor</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zeitnahe Publikation sollte angestrebt werden, u.a. zur Bestätigung bereits vorliegender Daten</li> <li>○ Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden, können in Meldedaten aber letztendlich nie ausgeschlossen werden</li> <li>○ Frage: Welches Bild ergibt sich ohne regionale Datenselektion nach Vollständigkeit (Auswertung aller vorhandenen Daten)?</li> <li>○ AW: Es gibt zwei mögliche Vergleichsgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>i) <i>Hospitalisierte</i> mit <i>Alle</i> (fehlende Information wird als <i>nicht hospitalisiert</i> gewertet) oder</li> <li>ii) <i>Hospitalisierte</i> mit <i>nicht Hospitalisierte</i> (Information vorhanden)</li> </ul> </li> </ul> <p>Möglichkeit i) führt zu ähnlichen Ergebnissen</p> <p><i>ToDo (Feststellung L. Wieler): 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</i></p>	<p>Alle</p> <p>S. Kröger, M. an der Heiden</p>
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Keine Beiträge</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Beobachtung der Zahlen des DIVI Registers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DIVI Zahlen sollten im Zusammenhang mit der nationalen Lage engmaschiger beobachtet werden</li> <li>○ Bisher täglich im Lagebericht, nur Mittwoch im Krisenstab</li> <li>○ Wichtiger Indikator bei derzeitiger Seitwärtsbewegung in der Inzidenzentwicklung</li> </ul> <p><i>ToDo: Frau Fischer soll damit beauftragt werden, bei Auffälligkeiten</i></p>	<p>FG 36 W. Haas</p> <p>Fischer</p>



	<i>jederzeit den Krisenstab zu informieren</i>	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Kein Änderungsbedarf	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> ! Keine Teilnahme an heutiger Sitzung</p> <p><b>Presse</b> ! Änderungen in den Veröffentlichungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unkritische Änderungen sind bereits umgesetzt</li> <li>○ Unterseiten zu Hygiene und Schule sind noch in Diskussion</li> </ul> <p><i>ToDo: Vordiskussion der Änderungen), dann Vorstellung im Krisenstab</i></p> <p>! Hinweis W. Haas: Hinter der Thematik „Testen“ tritt die wichtige und von der Testverfügbarkeit unabhängige Botschaft „bei Symptomatik zu Hause bleiben“ in den Hintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prominente Platzierung möglich?</li> <li>○ Wird bereits umgesetzt</li> <li>○ Hinweis L. Wieler: Test-Thematik steht in der Presse zu sehr im Vordergrund</li> </ul> <p><i>ToDo: Thematik soll aktiv in Abstimmungs- und Diskussionsrunden (z. B. BzgA) hineingetragen werden</i></p> <p>! 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</p>	<p>Presse J. Seedat</p> <p>FG 36</p> <p>FG36 Haas/ alle</p> <p>Alle</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Frage: Ergeben sich aus den gestrigen MPK-Beschlüssen Handlungsaufträge für das RKI?</p> <p>! AW: Quarantäne für Einreisende aus Virusvariantengebieten wurde auf 14 Tage erhöht, dies muss in zahlreichen Dokumenten angepasst werden</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	L. Schaade
<b>7</b>	<b>Dokumente</b>	



	! Nicht besprochen									
<b>8</b>	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p><b>Keine Folien</b></p> <p>! Kurzbericht durch L. Schaade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> <p>! STIKO- Treffen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgrenze für AstraZeneca Impfstoff wird erhöht, dies wurde aufgrund des hohen Drucks bereits vorab (vor dem Stellungnahmeverfahren) kommuniziert</li> <li>○ Anpassung der ImpfVO durch das BMG muss folgende Änderungen berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Änderung der Altersgrenze</li> <li>▪ Impfung von KiTa- und Schulpersonal</li> <li>▪ Ausweitung der Impfkampagne auf Arztpraxen</li> </ul> </li> <li>○ Frage; Inwiefern ist die Dokumentation der Impfung durch Arztpraxen gesichert? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeitiger Stand nach Telefonat KBV/BMG/J. Spahn: Aggregierte Daten (3 Alterskategorien, kein Geschlecht) werden dokumentiert</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Einschätzung der Auswirkungen der eingeschränkten Dokumentation auf mögliche Datenauswertungen zu Impfstoffwirkung und AEs, Vergleich mit bzw. Berücksichtigung von bisher verfügbaren Daten zu verabreichten Impfungen, Gegenüberstellungen der Pros und Contras ! z. Hd. L. Wieler</i></p>	<p>FG33 Wichmann</p> <p>O. Wichmann</p>								
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! 591 Proben, 38 SARS-CoV-2 positiv</p> <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>humane Rhinoviren</td> <td style="text-align: right;">64</td> </tr> <tr> <td>saisonales Coronavirus (NL63)</td> <td style="text-align: right;">18</td> </tr> <tr> <td>Parainfluenza Typ 3</td> <td style="text-align: right;">3</td> </tr> <tr> <td>Keine Influenzanachweise</td> <td></td> </tr> </table> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! 922 Einsendungen, davon 251 SARS-CoV-2 positiv 375 Proben auf 501Y untersucht, in 194 (54%) davon nachgewiesen</p> <p>! Frage: Wie häufig kommt Mutation 501Y vor ohne Teil einer VOC zu sein? Welchen prädiktiven Wert hat die Detektion von</p>	humane Rhinoviren	64	saisonales Coronavirus (NL63)	18	Parainfluenza Typ 3	3	Keine Influenzanachweise		<p>D. Oh</p> <p>ZBS1 Michel</p>
humane Rhinoviren	64									
saisonales Coronavirus (NL63)	18									
Parainfluenza Typ 3	3									
Keine Influenzanachweise										

	<p>501Y?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ S. Michel: Bisher war 501Y nur in als B.1.1.7 identifizierten Proben vorhanden</li> <li>○ D. Oh: Im Influenza-Sentinel waren bisher alle Proben mit 501Y auch B.1.1.7 (außer 3 Proben von Dezember mit Reiseanamnese Südafrika)</li> <li>○ S. Kröger: es gab durchaus einige B.1.525 Proben</li> </ul> <p><i>ToDo: S. Kröger bitte internen Bericht mit den entsprechenden Zahlen dazu zirkulieren in</i></p>	S. Kröger
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Keine neuen Themen</p>	A. Schulz-Weidhaas
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Auf HSC-Ebene werden mehrere Dokument diskutiert, RKI wurde um Kommentierung gebeten (Dokumente <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Harmonisierter Approach zu Impfbzertifikaten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kommentierung durch FG 33 bisher nicht geschehen</li> </ul> </li> <li>○ Zertifikat für Genesene <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Quarantäne bei Einreise oder als KP I</li> <li>▪ Vorgesehen u.a. in ISR, USA, IND, EST,</li> <li>▪ DEU, AUT und NLD planen keine Ausnahmen für Genesene oder Geimpfte</li> </ul> </li> <li>○ Definition Genesene <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RT-PCR negativ vor &gt; 20 Tagen</li> <li>▪ Positiver PCR-Befund &gt; 20 und &lt; 90 Tage alt</li> <li>▪ Kein ärztl. Attest nötig</li> <li>▪ Ausnahmen möglich</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: Gilt die bisherige Haltung des RKI, keine Ausnahmen für Geimpfte und Genesene zu machen weiter?</li> <li>○ Hinweis: FG 36 hat einen Prüfauftrag zu dieser Frage in Bearbeitung</li> <li>○ 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</li> <li>○ Das Impfbzertifikat soll die Erfassung von Impfwirkung, Spätfolgen etc. ermöglichen, nicht Grundlage für Kategorien und Vorrechte sein</li> <li>○ WHO befürwortet die Zertifikate nicht: Lack of data, keine Fälschungssicherheit, ethische Gründe (Diskriminierung)</li> <li>○ Frage: Soll sich das RKI trotz Ablehnung der Zertifikate in die Diskussion zur Definition Genesener</li> </ul>	<p>FG 38 M. an der Heiden</p> <p>Alle</p>



	<p>einbringen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ 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</li> <li>○ Es besteht Uneinigkeit, ob eine harmonisierte Definition für DEU verpflichtend anzuwenden wäre, vermutlich ist die Durchschlagskraft der harmonisierten Dokumente aber begrenzt</li> <li>○ RKI kann einen Arbeitsauftrag nicht allgemein abschlägig beantworten</li> <li>○ Entwurf sollte zweiteilig beantwortet werden: Bedenken und Einwände bezüglich der Zertifikate sollen geäußert, die Definition Genesener soll kommentiert werden</li> </ul> <p><b>ToDo: M. an der Heiden wird mit FG 36 die Kommentierung des Impfzertifikats besprechen und die Definition Genesener der Diskussion entsprechend kommentieren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: Wie wird der Begriff „Elimination“ kommentiert?</li> <li>○ Ist in Europa nicht realisierbar, wurde von M. an der Heiden bereits umfangreich kommentiert</li> <li>○ Hinweis: Es gibt zur Frage, welcher Endzustand zu erwarten ist, bereits ein Papier. Ähnlich wie beim Influenzageschehen: Balance aus Immunitäten und Virusaktivität</li> </ul>	<p>M. an der Heiden</p> <p>L. Schaade</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! <b>Neu:</b> Auswertungen zu VOC werden jeweils Freitag im Lagebericht präsentiert</p>	<p>M. Diercke FG32</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Verkürzung Zeitraum KoNa nach Exposition im Flugzeug von 28 auf 14 Tage</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher: KoNa bei Kontakten auf Flugreisen bis 28 Tage (2x Inkubationszeit), stammt noch aus dem Frühjahr 2020</li> <li>○ Übliche Zeitspanne zur KoNa -Rückverfolgung ist mittlerweile 14 Tage, dies soll angepasst werden</li> <li>○ Es werden keine Bedenken geäußert</li> </ul>	<p>FG38 M. an der Heiden</p>

	<p>! Kann an die GÄ noch einmal gezielt die Empfehlung kommuniziert werden, alle Proben von KP, die zu Fällen werden zu sequenzieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hierfür wird „grünes Licht“ signalisiert</li> </ul>	S. Kröger
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Am Montag den 08.03. (Feiertag in Berlin) findet keine Krisenstabssitzung statt</p> <p>! Nach Rücksprache mit dem BMG soll der englische Lagebericht nun wöchentlich jeweils am Donnerstag erscheinen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorläufig geplante Inhalte sind <ul style="list-style-type: none"> <li>- Syndromische Surveillance</li> <li>- Demografische Auswertung</li> <li>- Impfmonitoring</li> </ul> </li> <li>○ Vorschlag darüber hinaus mitaufzunehmen: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geografische Verteilung</li> <li>- Zeitliche Verläufe</li> <li>- Eine Rubrik „geänderte/aktualisierte Dokumente“</li> </ul> </li> <li>○ Längerfristiges Ziel ist, auch den deutschen Lagebericht wöchentlich erscheinen zu lassen und dadurch Arbeitskraft einzusparen</li> </ul>	U. Rexroth V. Bremer FG34
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>	
	! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.03.2021, 11:00 Uhr, via WebEx	

**Sitzungsende: 12:24 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	10.03.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung       | ! FG36                              |
| ○ Lothar Wieler          | ○ Silke Buda                        |
| ○ Lars Schaade           | ○ Walter Haas                       |
| ! Abt. 1                 | ○ Stefan Kröger                     |
| ○ Martin Mielke          | ! FG37                              |
| ! Abt 2                  | ○ Tim Eckmanns                      |
| ○ Thomas Ziese (FG 24)   | ! FG 38                             |
| ! Abt. 3                 | ○ Ute Rexroth                       |
| ○ Osamah Hamouda         | ○ Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ○ Tanja Jung-Sendzik     | ! IBBS                              |
| ○ Janna Seifried         | ○ Annegret Schneider                |
| ! ZIG                    | ! MF4                               |
| ○ Johanna Hanefeld       | ○ Martina Fischer                   |
| ! FG14                   | ! P1                                |
| ○ Mardjan Arvand         | ○ Mirjam Jenny                      |
| ! FG17                   | ○ Esther-Maria Antao                |
| ○ Ralf Dürrwald          |                                     |
| ! FG21                   | ! P4                                |
| ○ Patrick Schmich        | ○ Frank Schlosser                   |
| ○ Wolfgang Scheida       | ○ Susanne Gottwald                  |
| ! FG 28                  | ! Presse                            |
| ○ Katja Kjikhina         | ○ Marieke Degen                     |
| ○ Claudia Hövener        | ○ Ronja Wenchel                     |
| ! FG 32                  | ! ZIG1                              |
| ○ Michaela Diercke       | ○ Eugenia Romo Ventura              |
| ! FG 33                  | ! BZgA                              |
| ○ Ole Wichmann           | ○ Frau Seefeld                      |
| ○ NN                     |                                     |
| ! FG34                   |                                     |
| ○ Viviane Bremer         |                                     |
| ○ Matthias an der Heiden |                                     |
| ! FG 35                  |                                     |
| ○ Hendrik Wilking        |                                     |





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.518.591 (+9.146), davon 72.489 (+300) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.555.420 (6,7 %), mit 2 Impfungen 2.605.818 (3,1 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 2.785 Fälle in Behandlung (-80)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manche BL leicht ansteigend (BY, BW) andere abnehmend, einige BL mit Plateau (z.B. SN)</li> <li>▪ Hohe Werte in TH aber kein weiterer Anstieg</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr heterogenes Bild</li> <li>▪ Wiederholt Landreise mit Anstieg der 7-Tage-Inz. durch Ausbrüche</li> <li>▪ an der Grenze zu CZE weiterhin hohe 7-Tage-Inz.</li> <li>▪ RP und SH weiterhin mit den geringsten Inzidenzen</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ niedrige Zahlen seit mehreren Tagen</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW (Heatmap) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den AG &gt;90 und &gt;80 deutlicher Rückgang</li> <li>▪ Geringste Inzidenzen bei 60-80jährigen</li> <li>▪ Plateau bei den mittleren Altersgruppen</li> <li>▪ Weiterhin Zunahme bei Kindern</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl von konkordanten und diskordanten Ergebnissen der Antigen-Schnelltests und PCR-Tests nach Meldewoche (Folie 7) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etwa 200 Fälle/Woche mit positivem Antigen-Test</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 M. Diercke</p> <p>FG 34 M. an der Heiden</p> <p>Alle</p>







	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bestätigung der Zahlen der Testzahlenerfassung</li> <li>○ Anteil positiv Getesteter nach Bundesland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnahme in TH, Zunahme in BW</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen/100.000 EW nach AG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Abnahme in der AG &gt;80</li> <li>▪ Zunahme in den AG 0-4 und 5-14</li> <li>▪ Alle anderen AG stabil</li> </ul> </li> <li>○ Positivenanteil nach AG und KW <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnahme in der AG &gt;80</li> <li>▪ Geringe Abnahme in der AG 0-4</li> <li>▪ Geringe Zunahme in AG 0-4 und 5-14</li> </ul> </li> <li>○ Abnahmeort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zunahme in Arztpraxen mit leicht sinkendem Positivenanteil</li> </ul> </li> <li>○ VOC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Del H69/V70 (als Indiz für B.1.1.7): Keine weitere Zunahme (Daten aus 12 Laboren)</li> <li>▪ B.1.1.7 Übersicht (Daten aus 12 Laboren): Inhomogenes Bild aus Anstieg, Abflachung, Plateau</li> <li>▪ B.1.1.7 in Altersgruppen (Folie 10): Anstieg in den AG 0-4 und 5-14, Rückgang in allen anderen AG</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altersheime: Rückgang</li> <li>▪ Krankenhäuser: Rückgang i. Vgl. zu KW 8</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Hinweis: Bitte um Vorstellung von maximal 6 Folien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Testererfassung 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 36 W. Haas</p> <p>L. Schaade</p> <p>Presse Lagebericht</p> <p>MF 4 M. Fischer</p> <p>Leitung</p>
--	--	--



	<p><b>! Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werte liegen weiterhin unter denen der Vorsaisons (seit KW 36)</li> <li>▪ Steiler Anstieg in der AG 0-4, Anstieg auch in AG 5-14</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen (Folie 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leicht steigende Arztkonsultationen</li> <li>▪ In letzter KW ca. 408.000 ARE-Arztbesuche</li> <li>▪ Regionale Unterschiede: in BW Anstieg in allen AG außer &gt;60, in SN steiler Anstieg in AG 0-4, in BB und TH Anstieg bei den Schulkindern, in SH Anstieg in allen AG</li> <li>▪ Öffnung der Kinderbetreuung und Schulen macht sich bemerkbar</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen stabil, leichter Rückgang in den AG 60+</li> <li>▪ Insgesamt deutlich unter Niveau der Vorsaisons in allen AG, da keine Grippewelle vorhanden ist</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Anteil COVID-19 an SARI-Fällen: in KW 8 bei 56% (KW 7: 50%)</li> </ul> </li> <li>○ T-Tage-Inzidenz und Anteile nach Altersgruppen (Folien??) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in allen AG &lt; 15J, in den KiTas ist etwa das Niveau von vor Weihnachten erreicht, in den Schulen etwas darunter</li> <li>▪ Die Zahl der Ausbrüche ohne V.a. VOC ist konstant</li> <li>▪ Die Zahl der Ausbrüche mit V.a. VOC nimmt zu</li> </ul> </li> </ul>	<p>MF4 M. Fischer</p> <p>L. Schaade</p> <p>V. Bremer M. Fischer</p>
--	---	---

- 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)**

- **nicht besprochen**

**! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) (Folien [hier](#))**

- 2.732 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021)
- In einigen Bundesländern Stagnation, in einigen Zunahme, in einigen Abnahme
- Anzahl mit High-Flow-Oxygen-Therapie oder NIV nimmt zu, Anzahl mit invasiver Beatmung nimmt ab
- In HH, TH, HB, BE liegt der Anteil von COVID-19-Fällen an ITS Betten > 15%, NS und MV stagnieren, SH und SL Rückgang, BB Anstieg
- COVID-19-Belegung an täglicher ITS-Belegung: Anteil an Gesamtbelegung unverändert, Anteil bei invasiv Beatmeten 50-60%, Anteil bei ECMO 70%
- 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
- Diskussion
  - Hinweis: Es zeigen sich dramatische Unterschiede in der Belegung, mit niedrigeren Zahlen in den westlichen BL –eventuell durch die unterschiedliche Zahl der zur Verfügung stehenden Betten verursacht?



	<p><i>ToDo: In die Darstellung bitte zusätzlich zur prozentualen Belegung auch die die absoluten Zahlen mit aufnehmen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prognose wird bisher nur an einen großen Verteiler (Steuerungsgremien etc.) kommuniziert, sollte in den Lagebericht aufgenommen werden?</li> <li>▪ Jede Neuerung weckt Erwartungen, die man dann weiterhin erfüllen muss</li> <li>▪ Hinweis: DIVI veröffentlicht eine eigene Prognose, bitte nicht verwechseln mit der SPoCK-Prognose, die das RKI mit Partnern erarbeitet</li> <li>▪ Die Abflachung des Rückgangs und der Anstieg der Belegung in manchen Bereichen hat bereits stattgefunden und könnte auch retrospektiv kommuniziert werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Zunächst sollen im DIVI-Abschnitt des Lageberichts zwei Sätze zur Prognose aufgenommen werden. Weiteres (Zahlen und Darstellungen) erst nach Abstimmung (mit BMG)</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> ! Keine Themen</p> <p><b>Presse</b> ! Keine Themen</p> <p>! 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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Themenseite der BZgA wurde aktualisiert</li> <li>○ Anzeigenschaltung ist gemeinsam mit BMG geplant</li> </ul>	<p>BZgA Seefeld</p> <p>Presse R. Wenchel M. Degen</p> <p>Fr. Seefeld</p>

	<p><i>ToDo: Frau Seefeld ist gebeten, den aktuellen Stand der Begleitkommunikation zu zirkulieren</i></p> <p>! Präsentation zur Kommunikation zum Thema Testen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zielsetzung: Infektionen verringern</li> <li>○ Häufig genannte Einwände <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr viele der Positiven sind falsch Positiv (ja, aber die meisten sind richtig negativ)</li> <li>▪ 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.“)</li> <li>▪ Negative Testergebnisse als Freipass (syst. Reviews zu Risikokompensation zeigen dies nicht)</li> <li>▪ Es machen nicht alle mit (das ist nicht nötig, bzw. die Nachfrage ist bereits sehr hoch)</li> <li>▪ Die Leute können sich nicht selbst testen (Studien zeigen, dass das möglich ist)</li> <li>▪ Bei positivem Resultat wird Unterstützung gebraucht (gute Kommunikation kann dies bieten)</li> </ul> </li> <li>○ Annahmen zu den Testgründen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Um andere nicht zu infizieren</li> <li>▪ Um wieder am sozialen Leben teilnehmen zu können</li> <li>▪ Um eine aktive Rolle einzunehmen, während auf die Impfung gewartet wird</li> </ul> </li> <li>○ Vorschläge zur RKI-Kommunikation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positive Aspekte der Tests betonen</li> <li>▪ Was tun bei neg. Resultat: AHA+L, Momentaufnahme</li> <li>▪ Was tun bei pos. Resultat: zu Hause bleiben, Arzt kontaktieren</li> <li>▪ Wann testen: genaue Empfehlungen</li> <li>▪ Aufforderung: Machen Sie von dem Testangebot Gebrauch und helfen Sie durch selbstverantwortliches Handeln, Infektionsketten zu unterbrechen</li> </ul> </li> <li>○ Entwicklung eines Narrativs (Folie 15)</li> <li>○ Kampagnenideen (Folie 16)</li> <li>○ Es ist eine Chance, den Menschen, die keine Verbote und Einschränkungen mehr möchten, eine aktive Rolle im Geschehen anzubieten</li> <li>○ Diskussion: s. bitte unter Strategie allgemein</li> </ul>	<p>Fr Seefeld</p> <p>P1 M. Jenny</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Modellierungsstudie (mittwochs)</p>	<p>Alle</p> <p>M. Mielke</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li>   <li>! Sachstandsbericht aus der AG Testen mit dem BMG (Folien <a href="#">hier</a>)</li>   <li>○ Vorstellung der grafischen Darstellung (Folie 1) der beiden Bereiche             <p>„Krankenbehandlung“ (im Vordergrund steht die Symptomatik, Goldstandard PCR, Isolierung, Behandlung, ggf. Sequenzierung, geregeltes Entlassungsmanagement), dieser Bereich ist gut etabliert</p> <p>und</p> <p>„Public Health“ (im Vordergrund steht die Exposition, Testung von asymptomatischen Personen in Betrieben und Schulen nach Testkonzept)</p> </li>   <li>○ Erweiterte nationale Teststrategie mit zusätzlicher Rubrik „Betriebe/ Bildungseinrichtungen“ und entsprechender Antigen-Test-Empfehlung (Folie 3) liegt dem BMG zur Freigabe vor</li>   <li>○ Flankierende Kampagne durch BMG und BZgA ist geplant</li>   <li>○ Diskussion             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frage: Werden kostenlose Tests (2xwöchentlich) und Selbsttests nicht in die nationalen Teststrategie aufgenommen? AW: Einbindung ist sehr schwierig</li> <li>▪ EpiBul -Artikel ist in Vorbereitung durch AG Diagnostik, hier könnten noch weitere Aspekte eingebracht werden</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Darstellung von drei Szenarien, die PH Strategie sollte um das Screening erweitert werden                 <ul style="list-style-type: none"> <li>i ) Krankenbehandlung</li> <li>ii ) Public Health (Abklärung, KoNa, Isolation)</li> <li>iii ) Systematisches Screening, Datengrundlage hierzu liegt mittlerweile vor und sollte für den Artikel zusammengestellt werden</li> </ul> </li> <li>▪ Es wird zu wenig über falsch negative Tests</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p> <p>L. Wieler, L. Schaade J. Hanefeld, W. Haas M. Mielke J. Seifried M. Jenny</p>
--	---	--



	<p>gesprachen, obwohl das ein wichtiges Thema ist</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es ist zwischen zwei Konzepten zu unterscheiden: Screening 2x wöchentlich ohne Anlass und sogenanntes „Freitesten“ für eine Veranstaltung</li> <li>▪ Hier haben sich mittlerweile Bezeichnungen etabliert: „Schultest“ (Screening) und „Türöffnertest“, wurde bei der Informationskampagne BMG/BZgA bereits berücksichtigt</li> <li>▪ Tests werden zur Selbstdiagnostik (Ausschluss von COVID-19 bei Symptomatik) verwendet werden, es wird schwierig werden, zwischen Diagnostik, Selbstdiagnostik und Screening abzugrenzen</li> <li>▪ Wichtig zu kommunizieren: Bei Symptomatik kommt vor dem Test die Selbstisolation</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Wichtig: Was ist zu tun bei positivem Testergebnis</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Hinweis von J. Seifried aus der Testkoordinationsschale: Einige Bundesländer möchten fälschlicherweise Tests anwenden, um bei symptomatischen Schulkindern COVID-19 auszuschließen</li> </ul> <p>○ Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Bisher wurde überwiegend vor den Nachteilen der Tests gewarnt, jetzt sollen auf der Grundlage der mittlerweile vorhandenen Daten die positiven</li> </ul>	<p>L. Schaade</p> <p>M. Jenny</p> <p>AG- Diagnostik, FG 36</p> <p>W. Haas</p>
--	---	---



	<p>Aspekte/Möglichkeiten hervorgehoben werden</p> <p><i>ToDo: M. Jenny wird gebeten, die Folien zur Kommunikation bezgl. Testen in die AG-Diagnostik einzuspeisen</i></p> <p><i>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 M. Jenny und FG 36 (S. Buda, W. Haas: Szenarien und Anwendungsbeispiele beisteuern)</i></p> <p><i>Ziel: Übersichtlichkeit geht vor Umfang</i></p> <p>! Kommunikation zu Ostern (und anderen religiösen Anlässen) in Bezug auf Verhaltensempfehlungen in verschiedenen Sprachen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Verschieben auf Freitag</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Umgang mit vollständig Geimpften bzgl. Quarantäne-Maßnahmen (Entwurf <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 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</li> <li>o 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)</li> <li>o 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</li> </ul>	<p>FG 33 O. Wichmann</p>

	<p>2. Dosis von Biontec/Pfizer-Impfstoff, Viruslast und Dauer der Virusauscheidung sind bei den trotz Impfung PCR-Positiven geringer bzw. kürzer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diesbezügliche Anfragen aus den BL nehmen zu</li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frage: Wie soll mit Genesenen umgegangen werden? Es ist nicht überzeugend, für Geimpfte Ausnahmeregelungen zu schaffen und nicht auf die Genesenen einzugehen</li> <li>▪ Aber: Impfung schafft eine standardisierte Situation, Situation der Genesenen ist zeitlich und durch unterschiedliche Schweregrade nicht standardisiert</li> <li>▪ Datenlage hierzu unklar, es wurde ein Review von ZIG im Krisenstab vorgestellt, an dessen genaue Inhalte sich niemand erinnert</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: J. Hanefeld wird gebeten, bitte die entsprechenden Folien im Krisenstab zu zirkulieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lösung: STIKO empfiehlt (datenbasiert), Genesene nur 1.x zu Impfen, daher sollen die Quarantäneausnahmeregelungen für vollständig Geimpfte und Genesene, die eine Impfdosis erhalten haben empfohlen werden</li> <li>▪ Regelungen für Gesundheitspersonal und Testregime bleiben unverändert</li> </ul> <p><i>ToDo: Dies muss mit BMG (wegen Implikationen wie z.B. Impfbescheinigung) abgestimmt werden. Daher Bitte an O. Wichmann um Bericht an BMG zur Quarantäneempfehlung für vollständig Geimpfte und Genesene mit einer Impfdosis</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel (Entwurf <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufgrund von Hinweisen, dass die Ausnahmeregelungen von manchen Betrieben ausgenutzt würden, war eine Verschärfung der Formulierung vom BMG gewünscht worden.</li> <li>▪ Dokument wird nicht diskutiert</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Dokument bitte zirkulieren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Management von Kontaktpersonen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anfrage: Soll bei asymptomatischen Personen mit pos. Antigen-Testergebnis die KoNa erst nach PCR-Bestätigung aufgenommen werden?</li> <li>▪ Antigen-Test soll deshalb in das Dokument zur KoNa aufgenommen werden</li> <li>▪ Vorschlag: Bei pos. Testergebnis Selbstisolation und Information der eigenen Kontakte, KoNa erst nach PCR- Bestätigung</li> </ul> </li> </ul>	<p>J. Hanefeld</p> <p>FG 33 O. Wichmann</p> <p>T. Eckmanns</p> <p>T. Eckmanns</p> <p>W. Haas</p>
--	---	--



	<p><i>ToDo: Formulierungsvorschlag soll ausgearbeitet und im Krisenstab freigegeben werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Major differences in ICU admission <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verschoben</li> </ul> </li> </ul>	W. Haas
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! FG 17</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rhinoviren: Anstieg</li> <li>○ Saisonale Coronaviren NL 63: Anstieg</li> <li>○ Öffnung von Schulen und KiTas macht sich hier bemerkbar</li> </ul> <p>! ZBS 1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kein Beitrag</li> </ul>	<p>FG17</p> <p>ZBS 1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verschoben</li> </ul>	<p>IBBS FG 38/FG 28</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (nur montags)</p> <p>! Keine Themen</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Impfung der Feldteams</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Feldteams sollten der Priorisierungsgruppe 2 zugeordnet werden</li> <li>○ Mitarbeiter des PEI haben eine Bescheinigung bekommen, dass sie zur Priorisierungsgruppe 2 gehören</li> <li>○ Eine Abfrageliste zur Anzahl der betreffenden RKI-Mitarbeiter liegt bereits vor</li> </ul> <p><i>ToDo: FG 38 (Frau Metzger?) wird die entsprechenden Formulare bei den Berliner Gesundheitsbehörden beschaffen, die dann von der Institutsverwaltung ausgestellt werden können</i></p>	T. Eckmanns
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>	

	! Hinweis: Sitzung G20 innovative Public Health Officers (PHOs) training Laboratorium (TN: K. Alpers)	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 12.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Sitzungsende 13:15**



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	12.03.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG 35
! Institutsleitung	o Hendrik Wilking
o Lothar Wieler	
o Lars Schaade	! FG36
! Abt. 1	o Silke Buda
o ./.	o Walter Haas
! Abt 2	o Stefan Kröger
o Thomas Ziese (FG 24)	! FG37
! Abt. 3	o Tim Eckmanns
o Osamah Hamouda	! FG 38
o Tanja Jung-Sendzik	o Ute Rexroth
! ZIG	o Maria an der Heiden
o Johanna Hanefeld	
! FG12	! IBBS
o Annette Mankertz	o Christian Herzog
! FG14	! MF4
o Mardjan Arvand	o ./.
o Melanie Brunke	! P1
! FG17	o Ines Lein
o Djin-Ye Oh	! P4
! FG21	o ./.
o Patrick Schmich	! Presse
o Wolfgang Scheida	o Ronja Wenchel
! FG 28	! ZBS1
o ./.	o Eva Krause
! FG 32	! ZIG1
o Michaela Diercke	o Eugenia Romo Ventura
! FG 33	o Franziska Badenschier
o Ole Wichmann	(Protokoll)
! FG34	! BZgA
o Viviane Bremer	o Martin Dietrich
o Matthias an der Heiden	
o Andreas Hicketier	







	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2.813 (-10) Fälle in Behandlung</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manche BL ansteigend: TH, BY</li> <li>▪ Stabil: RP, SH</li> <li>▪ Insgesamt ansteigender Trend</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr heterogenes Bild</li> <li>▪ Hohe Inzidenz in Landkreisen an Grenze zu Tschechien (SN, TH, BY)</li> </ul> </li> <li>○ Trends: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein einheitliches Bild</li> <li>▪ Zunahme v.a. im Süden (BW, BY)</li> <li>▪ Z.T. Zunahme in einem Landkreis und Abnahme in benachbartem Landkreis</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liegt jetzt unterhalb des Durchschnitts der Vorjahre – Bezugszeitraum: 2017-2020</li> <li>▪ Mögliche Gründe: wahrscheinlich Effekt von Impfungen bei Ü80; Destatis hat in Vorjahren nicht korrigiert für Übersterblichkeit aufgrund von Saisonalen Influenza und COVID-19 1. Welle im Frühjahr 2020</li> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>TO DO [kommuniziert am 14.03.2021 von Lagezentrum an Viviane Bremer, Michaela Diercke mit Bitte um Berücksichtigung]: Abbildung zu Todesfällen nach Sterbewoche in Lagebericht aufnehmen, möglichst täglich.</i></p> <p><b>! Entwicklung 7T-Inzidenz B.1.1.7 und non-B.1.1.7</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folie <a href="#">hier</a></li> <li>○ Wo B.1.1.7 vorkommt: 7TI mit exponentiellem Wachstum; wo B.1.1.7. nicht vorkommt: 7TI rückläufig</li> <li>○ Beide Trends überlagern sich. 7TI in Summe leicht ansteigend, wird in kommenden Wochen stärker ansteigen, auch wenn jetzt noch nicht zu sehen ist.</li> <li>○ Gute Datenlage; entspricht dem, was im Modell von Michael Meyer-Hermann prognostiziert wurde.</li> <li>○ Kommentar, Zustimmung: RKI soll nach außen verdeutlichen, dass Anstieg der Fallzahlen nicht aufgrund mehr Antigen-Tests zu beobachten ist, u.a. im Lagebericht.</li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b></p>	<p>L. Schaade, U. Rexroth u.a.</p> <p>FG 34 Matthias an der Heiden</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> <li>! <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> </li> <li>! <b>Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> </li> <li>! <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Mission nach Usbekistan: zusammen mit IBBS mit Charité; Telemedizin i.R.v. COVID-19-Fallmanagement</li> <li>! 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.</li> <li>! Projekt zu Sequenzierung von SARS-CoV-2 in versch. Ländern: Protokoll in Abstimmung mit FLI u.a.</li> <li>! GHPP – Corona Global: Diese Woche Reviews ad hoc umgesetzt.</li> <li>! 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“).</li> </ul>	<p>ZIG J. Hanefeld</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht berichtet)</li> </ul>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Text im Lagebericht wird angepasst auf Q1/2021 statt Q4/2020.</li> <li>(Dokument <a href="#">hier</a>)</li> <li>! 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.</li> </ul> <p><i>TO DO [Anmerkung Lagezentrum: Entwurfliegt bereits vor – siehe E-Mail vom 13.03.2021, 17:40 Uhr]:</i>  <i>FG36 / W. Haas erstellt Entwurf bis Mo., 15.03.2021, 13:00 Uhr.</i></p>	<p>U. Rexroth</p>

<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Social Media – anhand von Nachfragen und Kommentaren 3 Themen im Fokus und beobachtet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1. Impfen – Nebenwirkungen von Impfungen</li> <li>○ 2. Impfen – Priorisierung, insb. Prio-Gruppe 3</li> <li>○ 3. Tests.</li> </ul> <p>! Advertorial</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ U.a. Abstimmung mit O. Wichmann</li> <li>○ Erst in Tageszeitungen, dann crossmedial in Print und digital, insb. auch Social Media</li> <li>○ Frage: Inwiefern wird Zuhause-Bleiben bei Symptomen adressiert? Antwort: Nicht explizit, sondern AHA allgemein.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Anfrage von dpa wegen Abbildung im Lagebericht (Folie <a href="#">hier</a>): Sternchen mit Hinweis, dass Testkriterien geändert, insb. weil nun wieder geändert, aber kein 2. Sternchen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag: Sternchen in Abbildung weglassen und Hinweis im Lagebericht im Fließtext einbauen. Entscheidung: Zustimmung.</li> </ul> <p>! Lagebericht – Teil zu Tests: Insgesamt sehr lang, aber ordnet wenig ein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> </ul> <p><i>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.</i></p> <p><b>Risiko-Kommunikation</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p><i>Todo: Bitte von L. Schaade: P1 bitte immer anwesend sein. [Lagezentrum hat P1 erinnert am 14.03.2021, MadH]</i></p>	<p>BZgA M. Dietrich</p> <p>Presse R. Wenchel</p> <p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! <b>Kommunikation zu Ostern und anderen bevorstehenden religiösen Anlässen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunikation von P1, M. Jenny, vorbereitet; angelehnt an Kommunikation vor Weihnachten 2020,</li> <li>○ insb. Verhaltensmaßregeln aufgearbeitet: Vorquarantäne und Bilden von Social Bubbles; evt. in Kombination mit</li> </ul>	<p>FG36 W. Haas</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Schritte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1. Prüfen, was mit CoMolo-Daten möglich ist</li> <li>▪ 2. CWA: prüfen, ob und wie Datenerhebung integriert werden kann</li> <li>▪ 3. Abstimmung mit BMG</li> <li>▪ 4. Ressourcenplanung.</li> </ul> </li> <li>○ Entscheidung: gute Idee – angehen, wenn Umsetzung mit überschaubarem Aufwand möglich.</li> <li>○ Frage: Wann ist richtiger Zeitpunkt, um die Studie beim BMG anzubringen? Wunsch: nicht zu lange warten.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Erste Auswertungen von CoViRis – vorläufige Ergebnisse, sind höchstens Tendenzen, vertraulich behandeln: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ viele Arbeits- und Einkauf-Kontakte sind positiv korreliert</li> <li>▪ Rauchen ist nicht assoziiert</li> <li>▪ ÖPNV hat keinen Einfluss</li> <li>▪ Wohnverhältnisse haben keinen Einfluss (erstaunlich)</li> <li>▪ Ergebnisse ließen sich als Benchmark nutzen für neue Studie; Unterstützung von Abt 3 nötig</li> </ul> </li> </ul>	
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! <b>Dok 1</b></p>	
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Folien hier</b></li> <li>○ Verteilung Todesfälle bei 30% Öffnung entsprechend BMG-Vorschlag nach GMK – mit und ohne B.1.1.7 (+25%) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Szenarien: wenn Lockerungen zum 15.03., 01.04., 15.04., mit und ohne B1117</li> <li>▪ 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)</li> </ul> </li> <li>○ Frage: Impfungen bei U18-Jährigen? Antwort: Ab Mai voraussichtlich auch 16- bis 18-Jährige zu impfen, aber mit Impfstoff für (noch) jüngere Altersgruppen ist nicht vor Herbst zu rechnen.</li> <li>○ Anmerkungen: Lockerungen werden von Bevölkerung vorweggenommen – selbst was noch nicht beschlossen ist, wird bereits gelebt.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>FG 33 O. Wichmann</p>



	<p>nächste Woche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anmerkungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Online-Medien berichten über 3. Welle; Botschaft sicher angekommen.</li> <li>▪ Aktuell vorliegende Meldedaten: Weniger als 1% der PCR-bestätigten Fälle durch vorangegangenen positiven Antigen-Test ausgelöst, laut Angaben der GÄ</li> <li>▪ Selbsttests: Liegt in Hand der Länder.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass Abt.3 dies am Schirm hat]:</i>  @Abt. 3: Manuskript für EpidBull bzw. Argumentationspapier zu Tests.</p>	Leitung L. Wieler
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>FG 17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 701 Proben i.d. letzten 4 Wochen, davon 40 SARS-CoV-2 positiv ( Sequenzierung ongoing, KW 7-8: 47% B.1.1.7 )</li> <li>○ 110 positiv für Rhinovirus (Anstieg i.d. letzten 2 Wochen verzeichnet)</li> <li>○ Saisonales Coronavirus (NL63): 27 Nachweise</li> <li>○ Kein RSV, kein HMPV, keine Saisonale Influenza</li> <li>○ 1 Influenza-Probe von Labor Berlin erhalten, stammt von Reiserückkehrer aus Pakistan (Linie B Victoria, Charakterisierung ongoing)</li> </ul> <p>! <b>ZBS 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 771 Proben getestet, 295 positiv (38%); stabil wie in Vorwochen</li> <li>○ 55 Sequenzierungen</li> </ul>	FG17 D.-Y. Oh  ZBS 1 E. Krause
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! <b>Strategische Fallverlegung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Slowakei nach NRW: funktioniert, aber schleppend</li> <li>○ Tschechien nach DEU: keine Verlegungen geplant, auch nicht per EWRS angefragt</li> <li>○ Slowenien hat angeboten, Fälle aufzunehmen</li> <li>○ Achtung: Slowenien und Slowakei bitte nicht verwechseln sowie Angebot und Nachfrage.</li> <li>○ 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.</li> </ul> <p>! <b>Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (Verschoben)</li> </ul> <p>! <b>Paper Lancet Resp Med – ICU admissions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kein Diskussionsbedarf, keine Handlungskonsequenz</li> </ul>	IBBS C. Herzog  IBBS C. Herzog
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle



<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Erwähnung COVID-10 in IfSG §34 >> <b>Wiederzulassungsratgeber</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfrage aus Berlin</li> <li>○ Wird mit Rechtsreferat und in EpiLag diskutiert</li> </ul>	FG32 M. Diercke
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! 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 Maria an der Heiden
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Momentan schwierig, Schichten zu besetzen ! Jene, die noch wenige Schichten hatten, werden gezielt angesprochen ! Anmerkung: Wunsch von A. Mankertz, bitte die Vorgesetzten bei Anfragen einzubeziehen ! [An Sarah Friethoff und Klaus Jansen kommuniziert, MadH 14.03.2021]	FG38 U. Rexroth
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN S. Kröger (FG36), S. Esquevin (INIG), A. Jansen (INIG)) ! Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG)	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! <b>Patentschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ L. Schaade: evt. nicht im Krisenstab diskutieren, sondern in kleinerer Runde mit Leitung.</li> <li>○ Entscheidung: vertagt.</li> </ul> ! <b>Nächste Sitzung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Montag, 15.03.2021, 13:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	FG37 T. Eckmanns

**Sitzungsende: 12:55 Uhr.**





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	15.03.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lars Schaade	! FG 38
! Abt.1	o Ute Rexroth
o Martin Mielke	o Maria an der Heiden
! Abt. 3	! IBBS
o Osamah Hamouda	o Bettina Ruehe
o Tanja Jung-Senzik	! P1
! FG12	o Mirjam Jenny
o Annette Mankertz	! P4
! FG 14	o Susanne Gottwald
o Mardjan Arvand	! Presse
o Melanie Brunke	o Ronja Wenchel
! FG17	! ZBS1
o Thorsten Wolff	o Janine Michel
! FG21	! ZIG
o Patrick Schmich	o Johanna Hanefeld
o Wolfgang Scheida	o Luisa Denkel
! FG25	! BZgA
o Christa Scheidt-Nave	o Christophe Bayer
! FG 32	o Oliver Ommen
o Michaela Diercke	! MF3
! FG33	o Nancy Erickson
o Sabine Vygen-Bonnet	(Protokoll)
! FG34	
o Viviane Bremer	
! FG36	
o Silke Buda	
o Stefan Kröger	
o Walter Haas	





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2 %), mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 2.813 Fälle in Behandlung (-10)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Geografische Verteilung 7TI nach LK: nur 1 LK &lt; 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</li> <li>○ Diskussion: keine weiteren Anmerkungen</li> <li>○ Entwicklung B.1.1.7 (siehe Lagebericht): wird jeweils für Ende der Woche vorbereitet</li> </ul> <p><b>Corona-KiTa-Studie</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! 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</p> <p>! Ausbrüche in Kindergärten/Horten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Massiver Anstieg, Level vor Weihnachten bei max. ca. 60 Ausbrüchen pro Woche, derzeit bei ca. 100 insgesamt</li> <li>○ Für 9. KW Nachmeldungen erwartet</li> <li>○ 10. KW noch nicht abzuschätzen</li> <li>○ Insgesamt in SurvNet 1.573 Ausbrüche in Kindergärten/Horten (&gt;= 2 Fälle) angelegt</li> <li>○ 1.241 (79 %) Ausbrüche mit Fällen &lt; 15 Jahren, 42 % (3.586/8.614) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt</li> <li>○ 332 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter</li> <li>○ Massive Dynamik, teils mit Beteiligung der B.1.1.7</li> </ul> <p>! Ausbrüche in Schulen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt in SurvNet 1.528 Ausbrüche in Schulen angelegt (&gt;= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)</li> <li>○ 1.407 (92 %) Ausbrüche mit Fällen &lt; 21 Jahren, 24 % (6-</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Rexroth)</p> <p>FG36 (Haas)</p>

	<p>10J.), 24 % (11-14J.), 29 % (15-20J.), 23 % (21+)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 121 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter</li> <li>○ Bis Anfang März Schulen geschlossen, Öffnung in einzelnen BuLä ohne Gruppenunterricht / klare Abstandsregeln</li> <li>○ Für 9. KW Nachmeldungen erwartet</li> <li>○ 10. KW noch nicht abzuschätzen</li> <li>○ Bereits hier jedoch direkte Reaktion der Ausbruchszahlen auf Öffnung sichtbar</li> </ul> <p>! Anteil neuer Varianten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kita-Ausbrüche ohne <i>versus</i> mit Verdacht des Vorliegens von B.1.1.7 oder B.1.3.5.1 ! exponentieller Anstieg bei Vorliegen von Varianten</li> <li>○ Daten (zwei Folien mit Inzidenzen zu Kita-Ausbrüchen) wurden auf Anfrage mit Familienministerium geteilt</li> </ul> <p>! Schlussfolgerung: bei starkem Anstieg der neuen Varianten reichen bisherige Maßnahmen auch bei guten Konzepten mit klarer Gruppentrennung nicht zur Eindämmung aus</p> <p>! Relevante Sekundärerkrankungen bei Angestellten und Familien zu verzeichnen ! aktuelle Situation bei Kindern und Jugendlichen zunehmend relevant für Bevölkerung</p> <p>! Striktes Gesamtpaket an Präventivmaßnahmen zwingend erforderlich, Eindämmung höchstwahrscheinlich nicht anders möglich als durch frühzeitige Reaktion mittels Schließung der betroffenen Einrichtung</p> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kernfragen: sind Alternativen oder weitere Möglichkeiten im Umgang mit derzeitiger Entwicklung denkbar? Welchen Zusatznutzen bringen Tests? Was wird hinsichtl. der Symptomatik bei Kindern beobachtet? Wie sind Familien sekundär betroffen?</li> <li>○ Bericht aus TestAG der Länder: Österreich testet derzeit ca. 99 % der Schüler, Frequenz Montag, Mittwoch, Freitag; Positivrate ca. 0,1 %, Ausschluss der Teilnahme an Präsenzunterricht bei Nichtvorhandensein negativen Tests</li> <li>○ Wesentliche Maßnahme: Eintragsminimierung mittels bisheriger Maßnahmen und unterstützender Teststrategien</li> <li>○ Derzeit soweit keine ausreichenden Konzepte bzw. Kapazitäten verfügbar, 3 Tests pro Woche für jedes Kind durchführen zu können</li> <li>○ Attackraten Bsp. Kreis Bergstraße bei ca. 40 % bezogen auf Erwachsene</li> <li>○ Nicht bekannt, ob grundsätzlich andere Symptomatik vorliegt, bezüglich Schwere soweit nicht beurteilbar</li> <li>○ Rhino- und humane Coronaviren: grundsätzlich deutlich zunehmende Positivrate (v.a. bei 0-14-Jährigen), höchstwahrscheinlich keine Artefakte durch verstärkte Testung</li> <li>○ Bislam empfohlene Maßnahmen zur ausreichenden Hemmung scheinbar nicht ausreichend – zusätzliche Empfehlungen?</li> </ul> <p>1. Eintragsminimierung in Einrichtung durch Vorkehrungen</p>	
--	---	--



	<p>hinsichtlich Infektionsvermeidung sowie unterstützend via Testung und Fernbleiben bei Erkrankungssymptomen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Innerhalb der Einrichtung: Wechselunterricht, Distanz, Lüften, Tragen (medizinischer) Masken durch Personal und Kinder</li> <li>3. Sofern keine proaktive Maßnahme vorhanden, ist bei Auftreten von Erkrankungen in einer bzw. zwei Gruppe(n) reaktive Schließung gesamter Einrichtung erforderlich             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis: auch bei baulicher Trennung von Gruppen keine sichere räumliche Trennung gewährleistet (gemeinschaftlich genutzte(r) Eingangsbereich, Waschräume), siehe vergangene Ausbruchsgeschehen u.a. KR Bergstraße sowie in HH mit rascher, unbemerkter Ausbreitung</li> </ul> </li> </ol> <p>→ 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)</p> <p><b>Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Information zu Kindern und Jugendlichen vor nächstem Monatsbericht zu veröffentlichen (nächster Monatsbericht erst Ende März ausstehend)</li> <li>! Im Entwurf vornehmlich logische Umstrukturierung, weniger grundsätzliche Änderungen vorgenommen</li> <li>! Geänderte Passus:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „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“</li> <li>○ „Im vierten Quartal 2020 kam es zu einem starken Anstieg der Fallzahlen.“ ! <i>Streichen</i></li> <li>○ „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“</li> <li>○ Statt „Auffinden der Infizierten“ „Fallfindung“</li> <li>○ „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</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p>
--	--	------------------------

	<p>sollten an anderer Stelle betont oder konkretisiert werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ „Die Zahl von COVID-19-bedingten Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern nimmt <i>unter anderem</i> aufgrund der fortschreitenden Durchimpfung weiter ab.“ ! Einschub „<i>unter anderem</i>“, da nicht nur auf Impfung sondern auch auf Compliance zurückzuführen</li> <li>○ „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.“ ! „<i>es liegen (inzwischen) zunehmende Daten vor, die darauf hinweisen, dass...</i>“ und „<i>ist noch nicht für jede der zirkulierenden Varianten sicher abzuschätzen</i>“</li> <li>○ „Als ein weiteres Element können ergänzende Selbsttests die Sicherheit durch frühe Erkennung ...“ ! „ergänzende <i>gestrichen</i>, statt „Selbsttests“ allgemeiner „AG-Tests“</li> </ul> <p>! Allgemeine Zustimmung zu Änderungen ! Disclaimer (Hinweis auf Änderungen) ist anzupassen (zusätzlich „<i>Antigentest und die zentrale Rolle der Impfung</i>“)</p> <p><i>ToDo: Aktualisierung der Risikobewertung wird heute durch Herrn Haas an Webmaster zur Veröffentlichung gegeben</i></p> <p><b>Erlass: Hochwertige Datensätze pandemierelevanter Daten</b> (Dokument <a href="#">hier</a>, weiterer Anhang/Richtlinie 2019/1024 <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Auftrag ging an FG36, FG32, L1 und MF4 ebenfalls eingebunden, Deadline Dienstschluss 15.03.</p> <p>! „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, Frau Rexroth hält im Anschluss an die Sitzung telefonische Rücksprache mit Referat 611 (Frau Lücking)</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>DEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Attacken von letzter Woche führten zu kurzzeitigem Ausfall</li> <li>! Alle Gesundheitsämter an DEA angeschlossen</li> <li>! Weiterentwicklung: vermutlich vor Ostern mit Uploadfunktion für Testergebnis zu rechnen, ggf. nützliches Element auch für andere Produkte</li> </ul>	<p>FG21 (Schmich)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Vertragsverhandlung laufen noch</li> <li>! Zahlenerfassung in Clearingstelle verbessert (Postleitzahlen bspw. inkorrekt)</li> <li>! Anfragen seitens BuLä hinsichtlich möglicher Schnittstelle von DEA zu SORMAS</li> <li>! Austausch mit Frau Diercke, ob DEA-Anschluss hier gewünscht</li> </ul> <p>CWA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Befragung läuft auf Hochtouren, zufriedenstellende Beteiligung</li> <li>! Geringe Fälle mit roter Karte oder Anzeige</li> <li>! Registrierungsfunktion bspw. hinsichtlich Teilnahme an Veranstaltungen ggf. in CWA zu integrieren</li> <li>! BFDI-Evaluationsbericht zum 31.03. sehr eng, knappe Personaldecke</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte an Herrn Schmich um Vorbereitung von Folien zu DEA hinsichtl. erweiterter (Upload) Funktionen / Befundeinbindung für Kurzpräsentation am kommenden Montag</i></p> <p>SORMAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Finalisierung der Schnittstelle zu SurvNet, somit keine kurzfristige Schnittstelle zu SORMAS, langfristig vermutlich eher zu DEMIS erforderlich</li> <li>! DEMIS läuft stabil und wird weiterentwickelt</li> <li>! Im Rahmen der Weiterentwicklung Feedback durch Gesundheitsämter, wurde von Frau an der Heiden in Präsentation zusammengestellt</li> <li>! Vermehrt Anfragen zur Meldung positiver AG-Nachweise über DEMIS seitens Testzentren – Durchführung und Meldung der Tests erfolgt durch autorisiertes, authentifiziertes und geschultes Personal (in Brandenburg bspw. Drogerie-Fachpersonal) ! Rücksprache mit BMG wird hierzu erfolgen</li> </ul>	<p>FG32 (Diercke)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p>	<p>BZgA</p>

	<p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine Neuigkeiten</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hinweis: bei Veröffentlichung von Prognosen zum Wochenende ist Berichterstattung teils schwer zu bewältigen</li> <li>! PMs zu Bundesgesundheitsstag werden verschickt</li> </ul> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In internem, fachlichem Unterbau „Mehr Testen für weniger Corona“ integriert</li> <li>! Verhaltensregeln für Ostern ggf. erneut lancieren (siehe Verhaltensregeln für den Frühling, positive Resonanz)</li> </ul> <p><b>VPräs</b></p> <p><i>ToDo1: Herr Schaade bittet um Dokumentensammlung und Vorbesprechung zwecks Bundespressekonferenz am Freitag</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Voraussichtlich wird u.a. psychische Gesundheit thematisiert werden (ggf. Frau Hölling einzubeziehen)</li> </ul> <p><i>ToDo2: In vorangegangener BPK genanntes „letzte Drittel“ des Marathons Bitte an Frau Wenchel bzw. Frau Degen um Klärung des Ursprungs und der Bedeutung des Terminus</i></p>	<p>(Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Jenny)</p> <p>VPräs (Schaade)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Allgemein</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul> </li> <li>! <b>RKI-intern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Rückfragen zu „COVID-19-Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte“ Wie könnten Antigentests hier berücksichtigt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vermehrt Rückfragen zu Dokument hinsichtlich „Verdacht auf SARS-Cov2-Infektion“, im Lagezentrum thematisiert</li> <li>! Praxis-Standard ist in jedem Falle der PCR-Test</li> <li>! AG-Test unter bestimmten Bedingungen möglich, Auflagen sind jedoch einzuhalten</li> <li>! Positiver AG-Nachweis ist weiterhin als Verdacht einzuschätzen, Bestätigung erfolgt via PCR</li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>





	<p>! Nicht-Erfüllung der Testkriterien ggf. missverständlich, in praxi sollte diese Falldefinition seltenst erfüllt sein</p> <p><i>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</i></p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>FG 17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 Atemwegserregersgeschehen, jedoch kein Influenzanachweis</li> <li>○ Meeting NL, Dänemark, Österreich: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zweiwöchiges Aussetzen der Impfung mit AstraZeneca in NL und Dänemark, um Fällen von Embolien nachzugehen</li> <li>▪ In Österreich soweit ebenfalls Fälle bekannt, hier jedoch kein Aussetzen der Impfung</li> </ul> </li> <li>○ VOC B.1.1.7 in allen Ländern dominierend, zu 85 % in Dänemark</li> </ul> <p>! <b>ZBS1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 416 positive Proben (ca. 34,5 %); B.1.1.7 seit 01.03. auf 73 % bis 82 % – je nach Bezugsgröße – angestiegen</li> </ul>	<p>FG17 (Wolff)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p><i>Ad hoc</i> Erfassung im Labornetzwerk – inwieweit besteht hier weiterhin Bedarf?</p> <p>! Bereits innerhalb der AG Testen / des BMG thematisiert</p>	<p>Abt. 1 (Mielke) FG 32 bzw. Abt. 3 (Hamouda)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Mutationsspezifischer Test von Roche: Herr Müller eruiert derzeit diesen Test und wird morgen dazu Feedback geben</li> <li>! Additional value der Mutations-PCR / schnelleren Kenntnis <i>versus</i> Zeitverzug hinsichtlich Sequenzierung nach Corona-Meldeverordnung zu klären</li> <li>! Sondererhebung ggf. nur im begründeten Bedarfsfall aufgrund des nicht unerheblichen Aufwandes</li> <li>! Ende der Woche klareres Bild</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN S. Kröger (FG36), S. Esquevin (INIG), A. Jansen (INIG))</li> <li>! Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG)</li> <li>! 16.03.2021 Wartungsfenster ab 16.30, zu beachten bei Upload/Veröffentlichung</li> </ul>	Alle  Presse (Wenchel)
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	17.03.2021, 11:00 Uhr (Ende: 13:05 Uhr)
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Luisa Denkel
- ! FG 14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG 17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG 25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
- ! **FG 33**
- ! FG 34
  - Viviane Bremer
- ! FG 36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG 38

- Maria an der Heiden
- Ute Rexroth

- ! IBBS
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! MF 4
  - Martina Fischer
- ! P 1
  - Ester-Maria Antão
- ! P 4
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
- ! Protokoll
  - Maren Imhoff, ZfKD/FG

38



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.594.764 (+13.435), davon 73.905 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 86/100.000 EW</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 6.712.195 (8,2 %), mit 2 Impfungen 3.018.750 (3,6 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 2.851 Fälle in Behandlung (+18)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum (Folie 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesamt: seit 09./10.03. starker Anstieg</li> <li>▪ bes. ausgeprägter Anstieg: u. a. TH, BE, SN, ST</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK, Trend (Folien 4-5) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in vielen Kreisen bundesweit Inzidenz deutlich zunehmend; mind. Verdopplung der Fallzahlen ggü. Vorwoche in 14 Kreisen; 7TI &gt; 500: LK Greiz (TH)</li> <li>▪ <u>Diskussion</u>: Wie lassen sich die großen Unterschiede und unterschiedlichen Trends in benachbarten Kreisen interpretieren (z. B. Region nördlich Berlins, Rheinland-Pfalz)? – CAVE: kleine absolute Fallzahlen; Rolle von Ausbrüchen bzw. Pendleraktivität möglich; höher aufgelöste Auswertungen geplant; Einordnung ohne Kenntnis der lokalen Gegebenheiten schwierig; starke Differenzen z. T. auch zwischen Stadt und umgebendem LK, mal Stadt, mal umgebender LK stärker betroffen, kein klares Muster; Geschehen weiter heterogen, Interpretation schwierig</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW (Folie 6) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesamt: deutlich zunehmend, in den Altersgruppen 75+ abnehmend; höchste 7TI in den mittleren Altersgruppen (15-45J)</li> </ul> </li> <li>○ Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten (Folie 7) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil Verstorbener und Anteil Hospitalisierter rückläufig, allerdings für die letzten Wochen schwer zu beurteilen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	FG32 (Diercke)









	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl positive Testungen pro 100.000 EW in Altersgruppen 0-14 leicht zunehmend</li> <li>○ VOC (Folien 3-4) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil PCR mit delH69/V70-Nachweis: Zunahme auf 40 %</li> <li>▪ in Altersgruppe 5-14 Jahre deutlicher Anstieg</li> <li>▪ Anteil B.1.1.7: &gt; 50 % in Arztpraxen, &gt; 40 % in Krankenhäusern</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche Altenheime: in vergangenen 3 Wochen ähnliches Niveau, Nachmeldungen zu erwarten (Folie 5)</li> <li>○ Ausbrüche Krankenhäuser (Folie 6): Rückgang, vermutlich Effekt der Impfung, evtl. auch Hygiene</li> <li>○ <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb (Folie 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gesamt: ARE-Raten steigen</li> <li>▪ Anstieg der ARE-Raten in der Altersgruppe 0-4 hat sich in KW10 nicht fortgesetzt</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen bis KW10 (Folie 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsultationsinzidenz steigt auf niedrigem Niveau</li> <li>▪ in KW10 ca. 500.000 ARE-Arztbesuche</li> <li>▪ regionale Unterschiede: in Altersgruppe 0-4 starker Anstieg in TH, in NI/HB weitgehend auf Lockdown-Niveau, hier nur schwacher Anstieg</li> <li>▪ jüngere Altersgruppen nach Lockdown und damit verbundener Aussetzung der „Durchseuchung“ suszeptibel; Testfrequenz bei Kindern erhöht</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance (Folien 4-9) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen rückläufig in Altersgruppen 60+, in Altersgruppe 80+ unter Niveau der Grippewellen, stabil in jüngeren Altersgruppen</li> <li>▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in Altersgruppe 60-79 Trend nicht ganz klar, möglw. Abflachung des Rückgangs; in Altersgruppe 35-59 stabil</li> <li>▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen schwankt in den letzten Wochen um 50 %</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>MF 4 (Fischer)</p>
--	---	---------------------------

- **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)**  
(Folien [hier](#))
  - Probeneingang und SARS-CoV2-Nachweise (Folie 1): in KW10 bisher höchster Probeneingang in 2021 (n=235); Anteil SARS-CoV2-positiver Proben leicht unter dem in ARS (5,5 %)
  - Viruszirkulation (Folie 2): Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, SARS-CoV2 weitgehend stabil, in KW10 erstmals Nachweis von RSV; saisonale Coronaviren: NL63 auf Vorjahresniveau
  - 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-CoV2 (Folie 4): jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV2 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 COVID19-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 COVID19 zuletzt steigend
  - Verfügbarkeit High-Care bzw. ECMO: abnehmend
  - SPoCK: Prognosen für COVID19-ITS-Pat. zeigen einen möglichen Aufwärtstrend Richtung Stagnation an, Geschehen weiterhin dynamisch und regional
  - Diskussion: Wie hoch ist die Sterblichkeit von ECMO-Pat.? – Nachfrage im ECMO-Zentrum der Kliniken Köln, Prof.



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	Karagiannidis: Sterblichkeit liegt bei knapp unter 70 %; alle Neuzugänge in Köln mit B.1.1.7-Nachweis; ITS-Sterblichkeit bei sog. Wildtyp und B.1.1.7 gleich hoch	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Advertorial "Mehr testen für weniger Corona" auf den Weg gebracht, auch barrierefrei, wird veröffentlicht auf <a href="https://zusammengengencorona.de">zusammengengencorona.de</a></li> <li>○ Verlinkung in RKI-FAQs</li> </ul> <b>Presse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kein Beitrag</li> </ul> <b>Wissenschaftskommunikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arbeit an EpiBull-Artikel zum Thema Testen</li> </ul>	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)  P4 (Antão)
<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>a) Allgemein</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testfrequenz in Einrichtungen:  BL haben Reduktion der Testfrequenz in Einrichtungen angekündigt (Information zur Kenntnis)</li> <li>○ Quarantäne für geimpftes Gesundheitsfachpersonal (HCW):  BL sprechen sich gegen großzügige Quarantäne für HCW aus, befürchten personelle Engpässe, wünschen sich a) frühzeitige Testung von (symptomlosen) KP und b) Haushaltsquarantäne;  <u>Diskussion:</u> KP-Management-Empfehlungen stets getrieben von Wünschen der BL und des BMG; prinzipiell sind die GA nicht an die RKI-Empfehlungen gebunden, Abweichungen werden aber genau beobachtet; frühe Testung von Symptomlosen kann wieder erwogen werden</li> <li>○ Modellierungsstudie (mittwochs)  Nicht besprochen</li> </ul>	FG 38 (Rexroth), alle

	<p><i>TODO: FG 36 diskutiert mögliche Anpassung der KP-Management-Empfehlungen, Besprechung in nächster Krisenstabssitzung</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ in Kürze erwartet: aktualisierte Nationale Teststrategie des BMG</li> </ul>	Abt. 1 (Mielke)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfung von RKI-MA für Ausbruchsuntersuchungen bzw. Auslandseinsätze: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berliner Staatssekretär kann nicht entscheiden</li> <li>▪ BKAmT hat entschieden, dass vorerst kein Impfstoff an Ressorts ausgegeben wird</li> <li>▪ <u>Diskussion</u>: Verantwortung des RKI als Arbeitgeber – MA müssen bei Ausbruchsuntersuchungen/ unmittelbarem Kontakt zu Infizierten geschützt und Eintrag in Risikogruppen vermieden werden; operativer Bereich hat höheren Stellenwert als andere Ressort-Bereiche; möglw. sind diese Aktivitäten des RKI beim BKAmT nicht präsent; Anliegen des RKI wird nochmals sachlich begründet (Risikobewertung) und vorgetragen; ggf. können Ausbruchsuntersuchungen oder Auslandseinsätze nicht stattfinden</li> </ul> </li> </ul>	FG 37 (Eckmanns), Leitung (Schaade), Abt. 3 (Hamouda)
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG 17: kein Beitrag</li> <li>○ ZBS1: nicht anwesend</li> </ul>	FG17/ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B.1.1.7 vorherrschend – Sollte vor diesem Hintergrund von der Differenzierung zwischen Wildtyp/VOC in den Empfehlungen Abstand genommen werden (d. h. grundsätzlich verlängerte Isolierung)?</li> <li>▪ <u>Diskussion</u>: 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</li> </ul> </li> </ul> <p><i>TODO (bis 26.03.): alle Beteiligten bewerten ihre Dokumente hinsichtlich Anpassungsbedarf an Varianten; FG 25 bietet</i></p>	Leitung (Schaade), alle



	<p><i>Unterstützung bei Literaturrecherche an; weitere Unterstützung durch Bibliothek wird angefragt</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ klinisches Management: Diskussion zur (ECMO-)Sterblichkeit: siehe „Zahlen zum DIVI-Intensivregister“ (TOP 1)</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>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.</u></li> <li>○ <del>im sozialen Umfeld wird mangelndes Bewusstsein für „Noch ansteckend Sein“ im Vergleich zu „Schon ansteckend Sein“ wahrgenommen</del></li> <li>○ BZgA nimmt Anregung für weitere Arbeit mit</li> </ul>	<p>FG 14 (Brunke)</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ keine spezifischen Themen</li> </ul>	<p>FG 38 (Rexroth)</p>
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG 38</p>
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG 38</p>
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	<p>Alle</p>
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nächste Sitzung: Freitag, 19.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.03.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

**Teilnehmende:**

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG36                    |
| ○ Lars Schaade       | ○ Silke Buda              |
| ! AL2                | ! FG37                    |
| ○ Thomas Ziese       | ○ Tim Eckmanns            |
| ! AL3/Abt. 3         | ! FG38                    |
| ○ Janna Seifried     | ○ Ute Rexroth             |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Ariane Halm (Protokoll) |
| ! ZIGL               | ! IBBS                    |
| ○ Johanna Hanefeld   | ○ Christian Herzog        |
| ! FG12               | ! P1                      |
| ○ Annette Mankertz   | ○ Ines Lein               |
| ! FG14               | ! Presse                  |
| ○ Melanie Brunke     | ○ Ronja Wenchel           |
| ! FG17               | ! ZBS1                    |
| ○ Barbara Biere      | ○ Janine Michel           |
| ! FG 32              | ! ZIG1                    |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Luisa Denkel            |
| ! FG33               | ! BZGA                    |
| ○ Ole Wichmann       | ○ Martin Dietrich         |
| ! FG34               |                           |
| ○ Viviane Bremer     |                           |

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>): weltweit fast 121 Mio. Fälle (6% Anstieg seit Vorwoche), fast 2,7 Mio. Todesfälle (2,2% insgesamt)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Veränderungen zur Vorwoche: starker Anstieg in Indien (47%), Frankreich insbesondere um Hauptstadt (21%), Polen (36%), Türkei (25%), Deutschland (30%), Ukraine besorgniserregend mit 55%, Tschechien weiterhin hohe 7-T-I jedoch erstmals rückläufiger Trend (-10%)</li> <li>▪ 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)</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt 86 Länder mit 7-T-I &gt;50/100.000, 150 Länder &gt;100, 37 Länder &gt;200/100.000</li> </ul> </li> </ul> <p>! Verteilung Virusvarianten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ B.1.1.7 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachweis in immer mehr Ländern, aktuell 118</li> <li>▪ Teilweise zu sehr hohen Anteilen</li> <li>▪ Virusvarianten-Risikogebiete: bestimmte Länder wurden von der Liste entfernt (Irland, UK, Portugal), bei Slowakei und Tschechien wird noch abgewartet</li> </ul> </li> <li>○ B.1.351 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 64 Ländern nachgewiesen (+6 zur Vorwoche)</li> <li>▪ Virusvarianten-Risikogebiete: diverse afrikanische Länder unter Beobachtung, Österreich wird ggf. nächste Woche von der Liste gestrichen</li> </ul> </li> <li>○ P1 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachweis in 38 Ländern (+6)</li> <li>▪ Südamerika und Italien (Umbrien, Lazio, Toskana hoher Anteil) unter Beobachtung bzgl. Virusvarianten-Risikogebiete</li> </ul> </li> <li>○ US CDC weist aufgrund erhöhter Übertragbarkeit (20%) auch B.1.429 und B.1.427 als besorgniserregende Varianten aus</li> </ul> <p>! Lancet Studie aus Dänemark zum Thema Reinfektionen (Folie 6)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DK hatte 2020 eine kostenlose Teststrategie und hat 4 Mio. Personen (69% der Bevölkerung) getestet</li> <li>○ Testdaten wurden genutzt, um Reinfektionen anhand von 2 Beobachtungsräumen (Frühjahr, Herbst) zu untersuchen</li> <li>○ &gt;500.000 PCR-negativ in Phase I, 3,3% von diesen in Phase II positiv</li> <li>○ 11.000 PCR-positiv in Phase I, 72 positiv (0,6%) in</li> </ul>	ZIG1



	<p>Phase II</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Durch Infektion besteht Schutz vor erneuter Infektion, dieser liegt bei &lt; 65-jährigen bei ~80%</li> <li>○ Insbesondere bei ≥65-jährigen weniger Schutz (47%)</li> <li>○ Bereits infizierte Personen können sich nicht auf Schutz verlassen</li> <li>○ Studie wurde zu Zeiten ohne virusvarianten durchgeführt</li> <li>○ Auf Bitte des BMG hat ZIG2 eine Zusammenfassung des Lancet Artikels erstellt, ZIGL schickt diese an Krisenstab</li> <li>○ 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)</li> </ul> <p>! Ausweisung Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI hofft, dass Virusvarianten nach Ostern nicht mehr ausgewiesen werden müssen</li> <li>○ Hochinzidenzgebiete sinnvoll, Virusvariantengebiete nicht</li> <li>○ BMG hält aktuell an Unterscheidung Virusvariantengebiete, Hochrisikogebiete und Risikogebiete fest</li> <li>○ BMI möchte generell Virusvariantenausweisung beibehalten</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.629.750 (+17.482), davon 74.358 (2,8%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 96 Fälle/100.000 Einw.</li> <li>○ Zahlen gehen deutlich nach oben, 2 Tage hintereinander starker Anstieg, 7-T-I ist beinahe bei 100, Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen ist zunehmend</li> <li>○ In den Verstorbenenzahlen ist dies noch nicht reflektiert, hier gibt es aber oft einen Verzug</li> <li>○ Fälle IST: 2.895 (+36), es sind aktuell regelmäßig kleinere Anstiege zu verzeichnen</li> <li>○ 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</li> <li>○ Geografische Verteilung: Karte wird dunkler, Schwerpunkte TH, BY an tschechischer Grenze, LK Greiz &gt;500/100.000, viele Kreise &gt;200, nur 5 Kreise &lt;25 Fälle/100.000</li> <li>○ Verstorbene nach Altersgruppen und MW <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meiste Todesfälle in hohen Altersgruppen &gt;70,</li> </ul> </li> </ul>	FG32
--	--	------



	<p>weniger bei jüngeren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein Rückgang ist sichtbar, aber möglicher Verzug</li> <li>▪ In der relativen Verteilung ist der Anteil bei &gt;70-jährigen leicht rückläufig, jedoch noch stets 80%</li> <li>▪ Anteil Todesfälle bei 50 und 60-jährigen zunehmend, kann jedoch auch an der AG-Verschiebung liegen</li> </ul> <p>○ Altersmedian COVID-19 Fälle/Hospitalisierte/Verstorbene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fälle (gelb): Median von fast 50 bei höchstem Peak Ende 2020, außerhalb der Peaks ist Median niedriger</li> <li>▪ Hospitalisierte (grau): vor Beginn 2. Welle bei &lt;70</li> <li>▪ Bei IST-betreuten (orange) nicht so große Unterschiede mit Median immer um die 70</li> <li>▪ Bei verstorbenen median um die 82</li> <li>▪ Altersstruktur hängt auch vom Setting ab, in dem Infektionen auftreten, teils viel in Alten-/Pflegeheimen</li> </ul> <p>! Sterbefallzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leicht unter dem Durchschnitt der Vorjahre, ggf. durch ausbleiben der Influenzawelle, es ist keine Übersterblichkeit sichtbar</li> <li>○ Möglicher Nachholeffekt der Sterbefallzahlen, schwache Influenzasaison ist gut nachvollziehbar, es sind aber weitere Argumentationsansätze notwendig um sprachfähig zu sein</li> <li>○ Noch ist nicht zu sehen, dass aufgrund des Impfeffekts weniger alte sterben? Ist es zu früh? Sterben geimpfte? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Kurven müssen nah beobachtet werden</li> <li>▪ Es ist eher beruhigend, wenn der Altersmedian der Sterbefälle sich nicht verschiebt</li> <li>▪ Das Hauptrisiko, an COVID-19 zu sterben, ist das Alter</li> <li>▪ Es sterben wahrscheinlich weniger alte, dies sollte sich jedoch nicht im Altersmedian widerspiegeln</li> <li>▪ Wenn die Altersverteilung sich verschiebt, ist eher die höhere Virulenz von B.1.1.7 zu befürchten</li> </ul> </li> <li>○ Das Argument, dass ältere, gebrechlichere Menschen, die auch ohne COVID-19 zeitnah versterben würden, sollte entschärft werden</li> <li>○ COVID-19 sollte nicht mit Influenza verglichen werden, bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute, jedoch ist COVID-19 aus anderen Gründen bedenklich(er)</li> <li>○ Euro-MOMO: Untersterblichkeit aktuell lediglich bei jungen AG ausgeprägt auch in anderen Ländern, bei anderen AG zunehmend: <a href="https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps">https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps</a></li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Montenegro-Einsatz: Vorbereitung verschiebt sich, zunächst ist</p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>eine Labormission geplant, die Partner vor Ort sind überlastet, gute Planung muss noch erfolgen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Usbekistan-Einsatz: diese Woche Launch des Telemedizin-Projektes mit ZIG1, IBBS und Charité</li> <li>! Irak- Einsatz SEEG: endet heute, Heinz Ellerbrok war dabei</li> <li>! Sudan: Anfrage zur Unterstützung der COVID-19-Response</li> </ul>	ZIGL
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Thema Impfbereitschaft <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aussetzung AstraZeneca stieß auf viel Interesse</li> <li>○ Cosmo Studie ist nicht schnell genug, um dies bereits auszuwerten</li> <li>○ In Social Media ist bei Befragungen nur ein kleiner Dip in der Impfbereitschaft zu sehen</li> <li>○ 79% der Befragten wollen sich impfen lassen</li> <li>○ Social Media sind aber nicht repräsentativ für Deutschland</li> </ul> </li> <li>! Thema Umgang mit pos. Schnelltest-Ergebnissen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 85% der befragten würden sich sofort isolieren nach positiven Selbsttest</li> <li>○ Großteil würde sich auch durch PCR-Test bestätigen lassen</li> <li>○ 75% würden ihr Umfeld informieren</li> <li>○ Einen 2. Schnelltest danach würden nur 50% durchführen</li> <li>○ Generell ist dies ein Erfolg in der kurzen Zeit, in der Schnelltests verfügbar sind</li> <li>○ Serielle Befragungen wäre sinnvoll, da Compliance nach mehreren falsch positiven Ergebnissen eventuell sinkt</li> </ul> </li> <li>! Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Werden diese Umfrageergebnisse durch BZgA verbreitet? Wäre sinnvoll, wenn diese Erfolge zur Verstärkung der Motivation genutzt würden, BZgA bespricht dies intern</li> <li>○ Im letzten epidemiologischen Update der WHO wurde zur Kommunikation der Einbezug der Bevölkerung mit eingängigem Plakat/Infografiken geschildert – ist dies auch Teil der BZgA-Kommunikationsstrategie, z.B. Communication Scouts für wichtige Botschaften?</li> <li>○ BZgA plant Bevölkerungsbeteiligung an Informationsaktivitäten zu Impfstoffen: Erklärclips zu</li> </ul> </li> </ul>	BZgA

	<p>Wirksamkeit mit Personen, die Statements abgeben nach ihrer Impfung, Format und Story stehen noch nicht fest, aber Bevölkerungsbeteiligung ist im Konzept beinhaltet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dieses Wochenende Kampagne mit BMG zur Sicherheit testen in regionalen Tageszeitungen national</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Info von EpiBull Redaktion: nächste Woche online vorab Artikel zur Phaseneinteilung der Pandemie, inklusive epidemiologischer Parameter</li> </ul>	Presse
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p><b>Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI-Empfehlungen werden als (zu) wenig streng betrachtet, oft wird lokal weit darüber hinaus gegangen</li> <li>! Beispiel Düsseldorf: schon nach 5 Minuten Kontakt zu KP I, 28 Tage Quarantäne</li> <li>! Evidenz hierzu fehlt, aber anekdotische Evidenz bzgl. neuer Variante wird zu Hauf berichtet, es besteht große Sorge über die steigenden Fallzahlen</li> <li>! KoNa-Papier soll jetzt nicht geändert werden, noch fehlt Evidenz, dies jedoch zur Kenntnis für den Krisenstab</li> <li>! Wird in die Überlegungen mit aufgenommen, es besteht generell der Auftrag, alle Dokumente hinsichtlich der neuen Variante zu überarbeiten</li> </ul> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bitte alle Dokumente hinsichtlich B.1.1.7 überprüfen, VOC sollte als Standard gesehen werden, nächste Woche</li> </ul> <p><b>ControlCOVID</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Abt. 3 Jung-Sendzik und Presse to follow-up</i></p>	Alle  VPräs
<b>8</b>	<p><b>Update Impfung (nur freitags)</b></p> <p><b>AstraZeneca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Viel Aufregung generell</li> <li>! Gestern STIKO Sitzung zu Empfehlung zum neu zugelassenen Johnson &amp; Johnson Impfstoff, zusätzliche Themen AstraZeneca und EMA Sitzung</li> <li>! Aktueller Stand <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jetzt 12 Fälle mit Sinusvenenthrombose: alle 12 Frauen</li> </ul> </li> </ul>	FG33



	<p>nach Impfung mit AstraZeneca, alle &lt;55 Jahre, auffälliges Cluster</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ PEI hat Hintergrundinzidenzen aus Holland genutzt, RKI in Kontakt mit Krankenkassen-Konsortium um deren Daten hinsichtlich Hintergrundinzidenz auszuwerten</li> </ul> <p>! EMA hat entschieden der Impfstoff ist sicher</p> <p>! Aufträge EMA und STIKO verschieden</p> <p>! STIKO entscheidet über beste Einsetzung von Impfstoffen und überlegt, ob bei diesem Signal gewisse Personengruppen lieber mRNA Impfstoff geimpft werden sollten, dies ist jedoch kommunikativ und bzgl. Akzeptanz schwierig, dennoch intern intensive Diskussion</p> <p>! Einige Länder in Europa haben anders entschieden, z.B. setzt Norwegen Impfprogramm mit AstraZeneca aus bis auf weiteres, auch abhängig von Fallzahlen</p> <p>! Heute erfolgt Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung/ Stellungnahme, AstraZeneca weiter wie bisher anzuwenden jedoch unter genauer Beobachtung, Meldeverzug ist zu erwarten</p> <p>! Ein Aufklärungsmerkblatt wurde gestern Abend noch angepasst und ging kurz nach Mitternacht an die BL, wird heute eingesetzt</p> <p>! Hierzu sind FAQ in Vorbereitung mit MaiLab, außerdem soll ein Video in STIKO App integriert werden zur kommunikativen Begleitung</p> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei ECDC Call wurde Pathophysiologie besprochen, viele Fälle mit arteriellen Thrombosen in anderen Ländern (ggf. HIT II), Datenlage auf europäischer Ebene noch konfus da unterschiedliche Impfung, Altersbeschränkung und verschiedene Pharmakovigilanzsysteme und -Kapazitäten, dadurch verschiedene Beobachtungen</li> <li>○ Generelle thromboembolische Beobachtung (Lungen- oder tiefe Beinvenenembolien) sind möglicherweise temporal zufällig, dies ist ggf. anders, wenn Details zum Spezifikum der Sinusvenenthrombose evaluiert werden</li> <li>○ Die Brighton Collaboration erstellt Falldefinitionen, auch zu anderen Events</li> <li>○ Alle Fälle zeigten eine Thrombozytopenie, deswegen wird ein autoimmungetriggertes Phänomen vermutet</li> <li>○ Gibt es Berichte aus England zu unterschiedlichem Einsatz/Nebenwirkungen von AstraZeneca bei Frauen?</li> <li>○ Bei älteren Frauen gibt es generell nicht diese Signale</li> <li>○ Es wurde aus UK kein Signal gemeldet</li> <li>○ Nach Gerüchten von ECDC und Norwegen hatte UK nicht viel Zeit, in Impfnebenwirkungen-Monitoring zu investieren</li> <li>○ Auch in Deutschland schwierig: PEI hatte am Montag 1.600 Meldungen, die individuell abgearbeitet werden müssen, dies liegt möglicherweise an der erhöhten Awareness,</li> <li>○ PEI/Pharmakovigilanzstellen kommen nicht gut</li> </ul>	
--	---	--

hinterher

### **Impfstoffverfügbarkeit**

- ! Zu Johnson & Johnson werden Neuigkeiten erwartet, auch um Empfehlungen zu geben, dazu enger Kontakt mit BMG, Gerüchte: Mitte April - Mitte Mai
- ! Eine Sputnik Kaufoption oder ob eine Produktionsstätte in Deutschland besteht ist FG33 nicht bekannt
- ! 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
- ! CureVac und Not-/Schnellzulassung (von Lauterbach in Bundespressekonferenz erwähnt): ggf. weiß er mehr als andere, CureVac ist im rolling Review der EMA seit Ende Februar, nach Gerüchten wird Zulassung im späten Q2 erwartet, Vorbestellung von ein paar Mio. für Q2, 50-60 Mio. bis Jahresende

### **Quarantäne von Geimpften**

- ! Empfehlungen mit FG36 und FG37 abgestimmt, wegen AstraZeneca noch alles nicht eingearbeitet
- ! 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
- ! US CDC sagt HCW müssen, wenn geimpft, nicht mehr in Quarantäne, RKI würde sich dem anschließen
- ! Nicht Geimpfte müssen immer in Quarantäne
- ! US CDC macht Ausnahme bei Bewohner\*innen von Altenheimen und Patient\*innen die nur mit Geimpften zusammen sind, in Altenheim mit Geimpften und nicht Geimpften sollte mögliche KP I dennoch in Quarantäne (CDC Vorbild)
- ! 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



	<p>! Heute fertigzustellendes Dokument richtet sich nicht an Bewohner*innen von Heimen und Patient*innen in KKH, FG33 schickt es an VPräs, dann LZ und an Facherlassberichtspostfach des BMG</p> <p>! Nächste Woche weitere Überlegung zu Quarantäne von Geimpften bzgl. Alten-/Pflegeheime</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Laufende KW 11: stabiler Probeneingang mit steigendem Trend</p> <p>! Analyse von Proben mit Entnahme in KW10 und KW11</p> <p>! Ergebnisse Proben KW 11 Entnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 134 Proben: Rhinoviren 30%, SARS-CoV-2 6%, NL63 saisonales Coronavirus 69%</li> <li>○ Genotypisierung PCR-positiver SARS-CoV-2 Proben aus KW10 und KW11: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 17 typisiert, 13 in KW10, 4 in KW11</li> <li>▪ Beide zsm., Nachweisquote von 88% variante</li> <li>▪ KW11 bei diesen 4 Proben 100%</li> </ul> </li> </ul> <p>! 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</p> <p>! Zahlen für KW11: 711 Proben, 326 pos. (45,8%), viele zur Freitestung zu Isolations-/Quarantäneende (wird scheinbar teilweise auch verwechselt)</p> <p>! Sequenzuntersuchung auf B.1.1.7 läuft</p> <p>! Bericht aus ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entisolierung in verschiedenen GA verschieden gehandhabt</li> <li>○ GA Reinickendorf: KP von B.1.1.7 werden länger in Quarantäne geschickt, hier am Ende der 10d keine Freitestung mehr</li> <li>○ GA Tempelhof Schöneberg tut dies noch und hält Personen je nach Viruslast länger in Isolation</li> <li>○ GA wünschen bei Entisolierung keine Differenzierung nach Virusvariante oder nicht, einfach 14d Grundsatz-Isolierung</li> <li>○ Dies wird nächste Woche bei der Dokumentenüberarbeitung erneut intensiv angeschaut</li> </ul> <p>! IBBS Bericht aus Klinikbereich: nun fast schon ausschließlich britische Variante</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Kapazitätenmonitoring: nach Rückgang ist nun erneut ein</p>	

	<p>Anstieg sichtbar, z.B. durch Schulausbrüche in SN wo KoNa nun nicht mehr schnell durchführbar ist</p> <p>! Ebenso gestern Bericht aus Frankfurt, dass die KoNa nach Flügen nicht mehr machbar ist</p>	FG38
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p><b>Gruppe IGV-benannter Flughäfen GA</b></p> <p>! Gestern Austausch, berichte von zunehmend angespannter Lage</p> <p>! Risiko-/Virusvariantengebiete werden als nicht sinnvoll erachtet, dies wurde auch hieraus ans BMG weitergegeben</p> <p>! Gruppe funktioniert sehr gut und plant eine Aufarbeitung der Reaktion, eine gemeinsame Publikation wurde im BGB veröffentlicht, gruppe</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p><b>Lagepostfach BMG Erlassbearbeitung</b></p> <p>! Das BMG-Lagepostfach zur Erlassbearbeitung funktioniert noch nicht, das RKI-LZ wird weiterhin von allen Seiten angesteuert</p> <p>! In letzten Tagen viele Fragen zu den gleichen Themenkomplexen, Schnelltests, Verfügbarkeit Antigentests, sehr unkoordiniert, es ist schwer für das RKI, den Überblick zu bewahren, Risiko von Inkohärenzen</p> <p>! BMG-Funktionspostfach wird bei Antworten immer mit eingebunden, hoffentlich erfolgt die Kanalisierung zeitnah</p> <p>! Weitere Beobachtungsphase von 2 Wochen, danach ggf. Rückmeldung ans BMG nach, privaterlasse sind schwierig und RKI kann nicht gut überblick bewahren</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! GMK am Montag</p>	alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! VPräs: großes Lob von Lauterbach ans RKI!</p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 22.03.2021, 13:00 Uhr, via WebEx</p>	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.03.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Stefan Kröger
○ Lars Schaade	○ Silke Buda
○ Lothar Wieler	○ Walter Haas
! Abt. 1	! FG37
○ Martin Mielke	○ Tim Eckmanns
! Abt. 3	○ Muna Abu Sin
○ Osamah Hamouda	! FG 38
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth
○ Janna Seifried	! IBBS
! ZIG	○ Christian Herzog
○ Johanna Hanefeld	! P1
! FG14	○ Mirjam Jenny
○ Melanie Brunke	! Presse
! FG17	○ Marieke Degen
○ Thorsten Wolff	! ZBS1
! FG21	○ Janine Michel
○ Wolfgang Scheida	! ZIG1
! FG25	○ Eugenia Romo Ventura
○ Christa Scheidt-Nave	! BZgA
! FG 32	○ Oliver Ommen
○ Michaela Diercke	! BMG
! FG 33	○ Christophe Bayer
○ Judith Koch	
! FG34	
○ Viviane Bremer	
○ Andrea Sailer (Protokoll)	







TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (nur freitags)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.667.225 (+7.709), davon 74.714 (+50) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 107/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen steigen weiter</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.523.137 (9,0%), mit 2 Impfungen 3.345.235 (4,0%)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.056 Fälle in Behandlung (+100), aus intensivmed. Behandlung entlassen: 49</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichte Anstiege in vielen BL</li> <li>▪ Thüringen sticht heraus mit einer Inzidenz, die mehr als doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt ist.</li> <li>▪ Auch Sachsen liegt deutlich über der Gesamtinzidenz.</li> </ul> </li> <li>○ Vergleich 7-Tage-Inzidenz Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Thüringen je nach LK sehr unterschiedlich</li> <li>▪ Deutlicher Anstieg in Sachsen</li> <li>▪ Rückgang in keinem der BL</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin LK Greiz mit höchster 7-Tage Inzidenz, es gab Gespräche hierzu.</li> <li>▪ Nur noch 41 LK mit Inzidenz &lt; 50</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in allen Altersgruppen, am höchsten bei 15-34 sowie bei 35-59 Jährigen.</li> <li>▪ Besorgniserregend ist ein leichter Anstieg auch bei 60-79 Jährigen.</li> </ul> </li> <li>○ Infektionsumfeld bei Ausbrüchen und Einzelfällen</li> </ul>	FG32 (Diercke)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Ausbrüchen: privater Haushalt und Arbeitsplatz</li> <li>▪ 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.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg der COVID-19 Fälle auf Intensivstation, in BL nimmt Anteil freier Intensivbetten ab.</li> </ul> </li> </ul> <p>! Haushalt ist relevanter Übertragungsort. Wäre statt einer häuslichen Isolierung eine institutionalisierte Isolierung wie in asiatischen Ländern sinnvoll?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit neuen Varianten sind deutlich höhere Übertragungsraten innerhalb von Haushalten verbunden.</li> <li>○ Allerdings erfolgen die Infektionen häufig sehr früh, deshalb wäre durch eine Isolierung außer Haus wenig zu gewinnen.</li> <li>○ Wenn es die Möglichkeit einer Isolation in Hotelzimmern gäbe, würden das vermutlich viele in Anspruch nehmen.</li> <li>○ Schwierig, wenn Kinder betroffen sind.</li> <li>○ Eine Verpflichtung würde auf wenig Akzeptanz treffen, Fälle melden sich dann evtl. nicht.</li> <li>○ Deshalb sollte eine Isolierung außer Haus kein Zwang sondern ein Angebot sein.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Warum jetzt? Neue Varianten sind ansteckender und gefährlicher.</li> <li>○ Wird jetzt schon für Menschen in prekären Wohnsituationen empfohlen, jedoch von Gemeinden aus Kostengründen zumeist nicht umgesetzt.</li> <li>○ Wurde den Ländern schon häufig nahegelegt. Angebote von Hotelvereinen, die Konzepte entwickelt haben, wurden weitergeleitet.</li> <li>○ Auch für Personen in einem Haushalt mit vulnerablen Personen sinnvoll und als Angebot für alleinstehende Personen, um Versorgung sicherzustellen.</li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p>
--	---	------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Sollen Kinder, bei Symptomatik von Familienangehörigen, noch in die Schule gehen?</li> <li>○ Kostenfrage, müssten die Kommunen und Gemeinden übernehmen.</li> <li>○ Sollte als Möglichkeit nahegelegt werden, jedoch keine explizite Empfehlung: Quarantäne und Isolierung außerhäuslich, wenn Verhältnisse das zulassen; Gründe neue Varianten und verschärftes Infektionsgeschehen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Im Kontaktpersonenmanagementpapier werden Situationen definiert, in denen eine außerhäusliche Isolierung angeboten werden sollte mit Hinweis auf erhöhte Ansteckungsgefahr durch neue Varianten. FF W. Haas, wird nochmal zirkuliert.</i></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg bei 0-5 Jährigen bei ARE-Raten, auch Anstieg bei 6-10 Jährigen</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Inzidenzen Anstieg in allen Altersgruppen</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Skala wurde angepasst, deutlicher Anstieg in letzten Wochen bei Kitas.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: In Situationsbericht Hinweis aufnehmen, dass sich Skalierung geändert hat.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil betreuter Kinder (DJI) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nutzung der Kitas ist in Woche 7-8 sprunghaft auf 75% angestiegen.</li> <li>▪ Neue Varianten haben mit höherer Attack-Rate Oberhand gewonnen, gleichzeitig viel höhere Dichte der Kinder in Kitas.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachmeldungen in nächsten 2 Wochen müssen abgewartet werden, um beantworten zu können, ob sich der Anstieg der Ausbrüche fortsetzt oder ob die</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	<p>Maßnahmen die Ausbrüche eindämmen können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollen Ausbrüche in Schulen schon mit in Situationsbericht aufgenommen oder noch abgewartet werden? Ja, da vermutlich Nachfragen hierzu kommen werden.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Artikel zu Greiz, Email Hr. Wieler (Sa,17:34), <a href="https://www.tagesspiegel.de/politik/greiz-hat-550er-inzidenz-wegen-schnelltestoffensive-die-zahlen-werden-noch-weiter-steigen/27018598.html">https://www.tagesspiegel.de/politik/greiz-hat-550er-inzidenz-wegen-schnelltestoffensive-die-zahlen-werden-noch-weiter-steigen/27018598.html</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Landrätin sagt von 935 getesteten Kontaktpersonen wurden 306 positiv getestet. Dies möchte Hr. Wieler gerne verifiziert haben, wurden alle Tests mit PCR bestätigt?</li> <li>○ Noch hat kein Gespräch mit dem GA vor Ort oder der Landrätin stattgefunden.</li> <li>○ Greiz ist seit Wochen Hotspot. Die Landrätin ist scheinbar nicht von Infektionsschutzmaßnahmen überzeugt.</li> <li>○ Es gibt die Bitte vom Seuchenreferent von Thüringen, dass RKI Gespräch mit Landrätin aufnehmen soll.</li> <li>○ Sollte es zu einem Gespräch kommen würde, sollte Hr. Schaade und Hr. Hamouda dabei sein, noch hat sie einem Gespräch nicht zugestimmt.</li> <li>○ RKI solle sich erstmal selbst ein Bild machen, ob die Zahlen stimmen, ob alle asymptomatisch waren, ob es sich um Antigennachweise handelt und wie viele davon bestätigt wurden. Noch gibt es keine Rückmeldung vom Gesundheitsamt.</li> <li>○ Claudia Siffczyk ist mit Thüringen im Gespräch, dass fachliche Informationen vom GA benötigt werden.</li> <li>○ Hr. Wieler wäre bereit am Telefonat teilzunehmen.</li> <li>○ Wenn Landrätin keine Maßnahmen einleiten will, gibt es kaum Möglichkeiten von unserer Seite.</li> </ul>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p>	BZgA (Ommen)



	<p>! Nichts berichtet</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Infotermin mit Fr. Giffey und Hr. Spahn mit Team vor Ort in General-Papestr., kein offizieller Pressetermin</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Austausch mit FG33, ob noch etwas zum AstraZeneca Impfstoff kommuniziert werden soll.</p> <p>! Welche Dunkelziffer wird aktuell geschätzt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schwierig zu sagen: 30-50%, Faktor 2 bis 3.</li> <li>○ Es gibt einen Epid Bull Artikel dazu. Dunkelziffer ändert sich über die Zeit.</li> <li>○ Bitte den Begriff Untererfassung statt Dunkelziffer verwenden.</li> <li>○ Empfehlung Hanne Neuhauser zu kontaktieren. Ihre Gruppe hat die Aufgabe bekommen, nationale und internationale Daten fortlaufend zu screenen.</li> <li>○ Warum wird angenommen, dass Untererfassung ansteigt und nicht dank Testoffensive kleiner wird?</li> <li>○ Untererfassung ist je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich, bei Älteren geringere, bei Jüngeren größer.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Ansatz einer Schätzung über syndromische Surveillance</li> <li>○ Bisherige Schätzung mit Faktor 3 sehr konservativ, Verstärkung der Testfrequenz, aber massive Entwicklung der neuen Varianten.</li> </ul>	<p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Jenny)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hohe Attak-Rate auch unter Kontaktpersonen der Kategorie 2; Rückmeldung von BL, dass RKI Empfehlungen nicht</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)/</p> <p>Alle</p>

	<p>massiv genug sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage, was wird konkret an Verschärfung benötigt? Großzügige Benennung von KP 1, Verkürzung der Dauer der Aerosolexposition?</li> <li>○ GA können veranlassen, dass Kontaktpersonen direkt nach Kontakt getestet werden, Kontaktpersonen sollen Kontakte selbstständig informieren.</li> <li>○ Für eine Aufhebung der Differenzierung zwischen KP 1 und 2 gibt es keine Evidenz.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Welche Veränderungen bei Public Health Maßnahmen sind möglich? In welche Richtung wollen wir etwas verstärken? Kontakte und Erkrankte in Hotels unterbringen? Umgang mit Kontaktpersonen? Wieviel Übertragung gibt es tatsächlich?</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Sorge, dass bei Verschärfung von Maßnahmen die Akzeptanz in der Bevölkerung und die Compliance abnimmt.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Fr. Jenny möchte unterstützen und wird sich mit Hr. Haas in Verbindung setzen, um die Botschaften zu Ostern nochmal breiter zu fassen.</li> <li>○ BZgA: zur Ferien-/Osterzeit wird Botschaft zuhause zu bleiben, Reisen zu vermeiden, Kontakte zu reduzieren nochmal kommuniziert. BZgA kommuniziert in Dauerschleife die AHA Regeln. Große bundesweite Kampagnen und Fernsehspots werden vom BMG gesteuert.</li> </ul>	
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wer berät BMG? BZgA ist in Gremien vertreten.</li> <li>○ Ein Gesamtpaket des Verhaltens sollte nicht nur in sozialen Medien kommuniziert werden.</li> <li>○ 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</li> <li>○ Soll direkt nach internationaler und nationaler Lage besprochen werden. Die anderen Tagesordnungspunkte werden nur besprochen, wenn noch Zeit ist.</li> </ul> <p><i>ToDo: Jeder schaut sich seine Papiere an und macht Vorschläge.</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Dokument zu Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen wurde überarbeitet. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Können die Änderungen so verabschiedet werden? Keine weiteren Anmerkungen, wurde bereits zirkuliert.</li> </ul> </li> <li>! Vorschlag an dieser Stelle immer auch Publikationen zu erwähnen, an denen gearbeitet wird. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ungern, da die Tagesordnung immer sehr voll ist, stattdessen über Verteiler zirkulieren.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG14 (Brunke)</p> <p>Rexroth Schaade</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG33</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der KW 11 gingen 996 Proben ein, davon waren 458 (45,9%) positiv auf SARS-CoV-2. Tendenz für VOC weiterhin steigend.</li> </ul> </li> <li>! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ergebnisse Proben KW 11: 510 Proben: Rhinoviren 27%, SARS-CoV-2 5%, saisonales Coronavirus (vor allem NL63) 8%</li> <li>○ 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.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Soll nach Freigabe auf Internetseite gestellt werden.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pilotprojekt Perspektive Kultur: Praktikabilität einer ergänzenden Testung in Zusammenhang mit Kulturveranstaltungen.</li> <li>○ Diagnostik intern: eine Ergänzung zum Epid Bull Beitrag wird erarbeitet.</li> </ul>	<p>ZBS1 (Michel)</p> <p>FG17 (Wolf)</p> <p>Mielke</p>



10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Start mit Beratungsnetzwerk in 2. Runde, Themen: Diagnostik, Therapie und intensivmedizinische Versorgung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird breit beworben</li> </ul> </li> <li>! Monoklonale Antikörper bei immunsupprimierten Patienten wird diskutiert, soll diese Woche abgeschlossen werden.</li> <li>! Strategische Patientenverlegung wurde von Tschechien zurückgenommen.</li> </ul>	IBBS (Herzog)
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Hr. Götsch/Frankfurt (Flughafen) hat internat. Kommunikation am Sa. berichtet, dass es in Frankfurt keine Kapazitäten gibt, pos. getestete Personen unterzubringen (Hotels etc.). <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Warum? Vermutlich finanzielle Gründe.</li> <li>○ Kommen mit Kontaktpersonennachverfolgung nicht mehr hinterher</li> </ul> </li> </ul>	Alle
12	<b>Surveillance</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Modell mit Prognosen zur Impfung und zur Entwicklung der Varianten wurde von Hr. Wiechmann an den Minister weitergegeben.</li> <li>! 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? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abschließende Aussagen können noch nicht getroffen werden. Ein gewisses zusätzliches Risiko gibt es wohl, ursächliche Zusammenhänge sind noch nicht geklärt.</li> <li>○ Hr. Wichmann ist mit Gruppe in Greifswald in Kontakt.</li> <li>○ STIKO beschäftigt sich in Untergruppe mit diesem Thema, steht am Donnerstag bei STIKO-Beratung wieder auf Agenda.</li> <li>○ Hintergrundinzidenz aus den Niederlanden: Tritt am häufigsten bei Frauen zwischen 30-50 Jahre auf, Kofaktoren Pille, Schwangerschaft.</li> <li>○ Für Deutschland wird Hintergrundinzidenz zurzeit berechnet.</li> <li>○ Häufigkeit der Thrombosen ist im letzten Jahr eher zurückgegangen, da Thrombosen durch Infektionen getriggert werden.</li> <li>○ Wie ist die Inzidenz bei COVID-Erkrankungen?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Analyse der Thromboseinzidenz mit LEOSS Daten, FF U. Koppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kein direkter Zugang zu LEOSS-Daten, zum Teil schwierig Auskunft zu bekommen.</li> </ul>	FG33  Wieler
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG38



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	24.03.2021, 11:00-12:52 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation:** Osamah Hamouda

<b>Teilnehmende:</b>	!	IBBS
! Abt. 1		○ Christian Herzog
○ Martin Mielke		○ Agata Mikolajewska
! Abt. 2		○ Michaela Niebank
○ Thomas Ziese		○ Bettina Rühle
! Abt. 3	!	MF 4
○ Osamah Hamouda		○ Martina Fischer
○ Tanja Jung-Sendzik	!	P 1
○ Janna Seifried		○ Ester-Maria Antão
! FG 14		○ Ines Lein
○ Melanie Brunke		○ Mirjam Jenny
! FG 17	!	P 4
○ Ralf Dürrwald		○ Dirk Brockmann
! FG 21	!	Presse
○ Patrick Schmich		○ Marieke Degen
○ Wolfgang Scheida		○ Ronja Wenchel
! FG 27	!	ZIG1
○ Julika Loss		○ Luisa Denkel
! FG 32		○ Eugenia Romo Ventura
○ Michaela Diercke	!	BMG
! FG 33		○ Christophe Bayer
○ ?	!	BZgA
! FG 34		○ Florentine Frentz
○ Viviane Bremer		
! FG 36		
○ Silke Buda		
○ Walter Haas		
○ Stefan Kröger		
! FG37		
○ Tim Eckmanns		
! FG 38		
○ Maria an der Heiden		
○ Ute Rexroth		
○ Meike Schöll		





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend abnehmend</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo:</i> 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.</p> <p><i>ToDo:</i> FG32 erstellt neue Grafik der hospitalisierten COVID-19 Fälle nach Altersgruppen (auf 100%).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Testkapazität und Testungen (mittwochs)</b> <b>Testzahlenerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW11: 1,35 Mio), Zunahme um ca. 6% zur Vorwoche</li> <li>▪ Positivenanteil ist auch gestiegen (KW11: 7,9 %)</li> <li>▪ Anzahl der übermittelten Labore hat um 6% abgenommen im Vergleich zur Vorwoche</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unverändert, weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden</li> </ul> </li> <li>○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kein signifikanter Probenrückstau</li> <li>▪ massive Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI</li> </ul> </li> <li>○ Testzahlerfassung-VOC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigende Anzahl an beteiligten Laboren</li> <li>▪ KW11: &gt; 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)</li> </ul> </li> <li>○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 354 Einrichtungen beteiligt</li> <li>▪ 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!)</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 37 (Eckmanns)</p>
--	--	-----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Syndromische Surveillance (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Werte liegen nach wie vor deutlich unter denen der Vorsaisons (seit 36. KW).</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen bis KW11 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in den Altersgruppen 60-79 und 35-59 wird möglicherweise ein ansteigender Trend beobachtet.</li> <li>▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen pendelt weiterhin um 50%</li> </ul> </li> <li>○ <u>Diskussion</u>: Die Zunahme der ARE insgesamt kann ggf. interpretiert werden als Ausdruck von non-Compliance bzw. der Zunahme der übertragungsfähigen Kontakte für alle Atemwegserreger.</li> </ul> </li> <li>○ <b>Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Probeneingang und SARS-CoV2-Nachweise: in KW11 bisher höchster Probeneingang 2021 (n=257); Anteil SARS-CoV2-positiver Proben 6,2 %, Anstieg ist erkennbar.</li> <li>○ Viruszirkulation: Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, Lockerungszeitraum: Rhinoviren scheinen Treiber des</li> </ul> </li> </ul>	<p>Martina Fischer / MF4</p>
--	---	--------------------------------------





- 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.
- Diskussion: 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 wird eine Darstellung nach Hospitalisierungsdatum aufbereiten.

COALA-Studie (Folien [hier](#))

- ! 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.
- ! Diskussion: Die Thematik der Selbstbeprobung und



	<p>Entnahmemethoden wurde bei den Seuchenreferent*innen diskutiert. Eine mögliche Änderung der Empfehlungen im Diagnostikpapier müsste differenziert betrachtet werden: die Schnaub-Nase-Abstrich-Technik etabliert sich zunehmend als Standard für Antigen-Tests, Speichelproben sind nur im Zusammenhang mit PCR-Tests sinnvoll.</p> <p>Modellierung: Modus-Covid-Projekt (Folien noch ausstehend)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Link: <a href="https://covid-sim.info/">https://covid-sim.info/</a></li> <li>! 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 Michael Meyer-Hermann und Kollegen.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
3	<p><b>Update digitale Projekte (diese Woche mittwochs)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA) (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ 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</li> </ul> </li> </ul>	Schmich

	<p>vorgenommen hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorteile: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Arbeitserleichterung für GÄ</li> <li>○ Weniger Aufwand für Reisende (kein zusätzlicher Kontakt notwendig)</li> </ul> </li> <li>○ Voraussichtlicher Start der Uploadfunktion im April.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <b>Presse</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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 anderweitige Veröffentlichung, z.B. auf der Webseite oder im Lagebericht, in Betracht zu ziehen.</li> </ul>	Pressestelle
<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <b>Allgemein</b></li> <li>b) <b>RKI-intern</b></li> </ul> Nicht besprochen	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Definition Reinfektion (<a href="#">hier</a>) 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.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	FG 32
<b>8</b>	<b>Update Impfen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>	FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nicht besprochen</li> </ul>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lagebericht                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Nach Wunsch des BMG, im Lagebericht etwas Positives zu berichten, wird ggf. ein Satz zum weniger starken Anstieg der Fallzahlen in den hohen Altersgruppen aufgenommen.</li> <li>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.</li> <li>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.</li> </ul> </li> <li>Während der Osterfeiertage wird im Lagezentrum das WE-Dienstformat genutzt. Auch die Webmaster-Rufbereitschaft wird entsprechend angepasst. Gründonnerstag ist ein normaler Arbeitstag.</li> </ul>	FG 34 / alle  FG 38 / alle
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>26.03.2021 12:30: Prof. Nagel von der TU Berlin stellt Modell zur Dynamik der Virusausbreitung vor</li> </ul>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nächste Sitzung: Freitag, 26.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.03.2021, 11-12:30 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI - Webex

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| ! Institutsleitung    | ! FG36                 |
| ○ Lars Schaade        | ○ Walter Haas          |
| ! Abt. 1 Leitung      | ○ Lena Bös             |
| ! Abt. 3 Leitung      | ! FG37                 |
| ○ Osamah Hamouda      | ○ Tim Eckmanns         |
| ! ZIG Leitung         |                        |
| ○ Johanna Hanefeld    | ! IBBS                 |
| ! FG14                | ○ Bettina Ruehe        |
| ○ Melanie Brunke      | ○ Christian Herzog     |
| ! FG17                | ! Presse               |
| ○ Thorsten Wolff      | ○ Ronja Wenchel        |
| ! FG 32               | ! ZBS1                 |
| ○ Michaela Diercke    | ○ Janine Michel        |
| ! FG 38               | ! INIG                 |
| ○ Maria an der Heiden | ○ Eugenia Romo Ventura |
| ○ Ute Rexroth         |                        |
| ! FG 33               | ! ZIG4                 |
| ○ Ole Wichmann        | ○ Sangeeta Banerji     |
| ○ Anette Siedler      | (Protokoll)            |
|                       | ! BZGA                 |

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p>! International (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p><b>-Top 10 Länder nach Anzahl der COVID Fälle</b> (Brasilien, USA, Indien, Frankreich, Polen, Türkei, Italien, Deutschland, Ukraine, Russische Föderation)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o In allen Ländern Anstieg der 7-Tage Inzidenz, außer Russische Föderation, wo Abnahme</li> <li>o Insgesamt +15,9% Fälle im Vergleich zur Vorwoche</li> <li>o Todesfälle unverändert bei 2,2%</li> </ul> <p>-7-Tages Inzidenz weltweit am höchsten in Amerika und Europa, teils &gt;500/100.000 Einwohner</p> <p><b>-Britische Variante B.1.1.7:</b> Fälle werden aus allen Kontinenten berichtet, deshalb werden zu B.1.1.7 keine Virusvariantengebiete mehr ausgewiesen.</p> <p><b>-Afrikanische Variante B1.351:</b> Fälle werden gemeldet aus Afrika, Asien, Nordamerika, Europa; unter Beobachtung: Afrika</p> <p><b>-Brasilianische Variante P1:</b> Virusvariantengebiete: Brasilien, Unter Beobachtung: ganz Südamerika, Italien</p> <p>-Kontinentenüberblick: in allen Kontinenten Anstieg der Todesfälle, außer Ozeanien</p> <p>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.</p> <p>Frage 2: Was ist über neue Indische Variante (Doppelmutante) bekannt, bestätigt? Antwort: Noch keine genauen Informationen vorhanden (Weitergabe der Aussage von Christian Drosten)</p> <p>! National (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>Fallzahlen</b> 119/100.000/<b>Todesfälle:</b> kein Anstieg</li> <li>o <b>Impfung:</b> ca. 10% bekamen erste Impfung, 4% 2. Impfung</li> <li>o <b>7-Tage Inzidenz</b> stieg überall an, überdurchschnittlich in Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, nur noch 24 Landkreise (LK) &lt;50/100.000, 19 LK&gt;250/100.000</li> <li>o <b>Verteilung B1.1.7:</b> Überall Anstieg, in einigen LK fast 80% Anteil, vor allem im Süden</li> <li>o <b>Importierte Fälle:</b> Polen, Rumänien und Türkei, jedoch sehr geringer Anteil am Geschehen</li> </ul>	<p>Eugenia Romo Ventura</p> <p>Michaela Diercke</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Altersmedian COVID-19 Fälle</b> vor 2. Welle ca. 35 Jahre, Höhepunkt 2. Welle ca. 50 Jahre und aktuell 38 Jahre, Altersmedian der Intensivpatienten leicht rückläufig bei aktuell &lt;70 Jahren, Altersmedian der Sterbefälle unverändert bei &gt;80 Jahren</li> <li>○ Sterbefälle unter dem Durchschnitt der letzten Jahre</li> <li>○ Syndromische Surveillance (mittwochs)</li> <li>○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Rückkehr aus Usbekistan</li> <li>! Mission nach Montenegro in Planung</li> <li>! Zur Unterstützung von Genomsequenzierung geht vor Ostern ein erster Entwurf ans BMG</li> <li>! Anfrage Jemen (über WHO): Unterstützung durch Sequenzierung von 100 Proben in 3 Monaten; Anfrage muss geprüft werden; Anmerkung: Es gibt ein Agreement zwischen WHO und RKI zur Sequenzierung, daher Jemen-Anfrage wahrscheinlich möglich – Bitte an ZBS1 wenden</li> <li>! Proben aus Namibia zur Sequenzierung eingetroffen</li> <li>! Anmerkung: Es gibt eine Veranstaltung am 4. April zum Austausch über Schnelltests zur Schulöffnung mit Schottland. Bei Interesse bitte bei ZIG melden</li> </ul> <p>Frage: Wann können Impftermine für international tätige MA vergeben werden? Antwort: Montag soll Impfen losgehen (nur für Berechtigte), Anmerkung Herr Schaade: Bitte bis nach Montag zurückstellen, Grund wurde genannt</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>!</li> </ul>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht berichtet</li> </ul>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine Beiträge</li> </ul>	
<b>6</b>	<b>Neues aus dem BMG</b>	BMG



	! Nicht berichtet	
7	<b>Strategie Fragen nicht berichtet</b> a) <b>Allgemein</b> ! Keine Beiträge b) <b>RKI-intern</b> ! Keine Beiträge	Alle
8	<b>Dokumente</b> ! <b>Überarbeitung Dokument Kontaktpersonenmanagement</b> Es wurde die Überarbeitung der folgenden vier Hauptpunkte diskutiert (Dokument <a href="#">hier</a> ) <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Kontaktpersonen Kategorie 1 (KP2 streichen bzw. Definition stark einschränken)</li> <li>2) Frage: Bezeichnung KP, statt KP1/KP2 Antwort: Nein, da Bezeichnungen nun geläufig</li> <li>3) VOC: Keine gesonderte Regelung für B1.1.7, sondern nur für Impf-Escape Varianten?</li> <li>4) Testung/Teststrategie: Vorschlag Teststrategie KP1: frühzeitige Testung (am Tag 1 der Ermittlung), Schnelltest möglich? Frage: Ausnahmen für Geimpfte? Antwort: BMG Entscheidung steht aus</li> <li>5) Angebot einer Quarantäne außerhalb des eignen Haushalts? Papier wird gemäß Diskussion überarbeitet, zirkuliert und freigegeben</li> </ol> ! <b>Überarbeitung Entlasskriterien für Ärzte</b> (Dokument <a href="#">hier</a> ) <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Änderung: 14 Tage Isolierung unabhängig von VOC&amp; Schwere der Krankheit</li> <li>2) Schlusstestung: PCR Nachweis nur in schweren Fällen</li> <li>3) Bei nicht Verfügbarkeit der PCR kann Antigennachweis durchgeführt werde</li> </ol> ! <b>Pandemieetiquette: Osterregeln</b> (Dokument <a href="#">hier</a> )  Papier Tim Eckmanns wird nächste Woche Mittwoch besprochen	Lena Bös und Walter Haas
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht berichtet	FG33
10	<b>Labordiagnostik</b> ! Nicht besprochen	ZBS1 FG17
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nur im Rahmen des Dokuments zum Entlassmanagement besprochen (siehe Abschnitt 8)	IBBS
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! nicht besprochen	Alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie ( <b>nur montags</b> )	FG32 FG36
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> Veranstaltung am 4. April zum Austausch über Schnelltests zur Schulöffnung mit Schottland. Bei Interesse bitte bei ZIG melden	Alle



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	29.03.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Webex

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
- ! FG 32/38
  - Maria an der Heiden
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG 34
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
  - Christian Herzog
- ! Presse

- Ronja Wenchel
- ! P1
- Mirjam Jenny
- ! ZBS1
- Janine Michel
- ! ZIG/ INIG
- Luisa Denkel
- ! BZgA : Linda Seefeld



	<p>letzten KW. Auffällig LK Chemnitz mit 9 Kita-/Schulhausbrüchen</p> <p>! Insgesamt ist ein Anstieg der Ausbrüche nach Schulöffnung zu beobachten</p> <p>Frage 1: Wann werden diese Daten veröffentlicht?</p> <p>Antwort: am Dienstag (30.03.21)</p> <p>Frage 2: Gibt es Hinweise, ob Kinder mit VOC schwerer erkranken?</p> <p>Antwort: Noch keine Hinweise</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags) nicht besprochen</b></p> <p>!</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! <b>DEA:</b> 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</p> <p>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.</p> <p>Antwort (aus Publikum): Änderung schon seit einigen Wochen in Kraft und daher erhöhte Zahlen eher Indiz für erhöhte Reisetätigkeit</p> <p>! <b>CWA:</b></p> <p>-Bis 31.03.21 muss Evaluation abgegeben werden, was sehr schwierig ist, da dafür nur Kennzahlen zur Verfügung stehen.</p> <p>-Upload von Testergebnissen soll ermöglicht werden, aber noch keine Einigung über Gültigkeit (24h, 48h, 7d). Frage Schmich: Wie ist die RKI Position?</p> <p>Antwort/Kommentar: RKI Position bei 24h!</p> <p>-BMG fordert Event-Registrierung in CWA, dabei soll möglichst gleicher QR-Code genutzt werden wie LUCA-App - auch beim digitalen Impfpass sollen CWA und Luca-App kompatibel sein (gleicher QR code). Gespräche diesbezüglich zwischen SAP und IBM</p> <p>Kommentar nach Diskussion: Kompatibilität LUCA-CWA kaum möglich, da erstere zentrales Prinzip und letztere dezentral. Da es aber viele „Luca-Apps“ gibt, wird RKI keine Kritik anregen hinsichtlich Datenschutzes von zentral gespeicherten Daten.</p> <p>Frage1: Werden die fachlichen Grundlagen, z.B. Dauer der Validität von Schnelltests, falsch-positiv/falsch-negativ Raten fachlich diskutiert?</p> <p>Antwort: Nein, Fachinformationen werden eingebracht,</p>	Schmich



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>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!</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Bitte bis Mittwoch (31.03.21) lesen und dann in der Sitzung diskutieren!</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b> ! Auf Webseite Infektionsschutz.de werden Handlungsorientierungen gegeben: ! Möglichst oft draußen sein ! AHA-L ! Keine Feier, aber wenn, dann nur im kleinen Familienkreis ! Keine Reisen ! Öfter Testen ! Gegen Einsamkeit digitale Kommunikation nutzen</p> <p>Frage: Wo ist die Gesamtübersicht zu den vorhandenen Teststraßen und Schutzmaßnahmen zu finden? Antwort: wird herausgesucht und Link wird herumgeschickt</p> <p>Kommentar: Bitte verstärkt kommunizieren, dass bewährte Verhaltensregeln auch bei den neuen Varianten helfen!</p> <p>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. <b>Eine Formulierung wird der Pressestelle zur Verfügung gestellt werden.</b></p> <p><b>Pandemieetiquette</b> (Dokument <a href="#">hier</a>) 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!</p> <p>Frage P1: Gibt es Daten bezüglich der verimpften Astrazeneca Dosen an Frauen &lt;55 Jahren, die ein erhöhtes Risiko einer Hirnvenenthrombose durch diese Impfung haben? Antwort: Bitte bei FG33 anfragen!</p>	<p>BZgA (Seefeld)</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

6	<p><b>Neues aus dem BMG</b> nicht separat besprochen !</p>	BMG
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b> ! <b>Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung</b> Ziel: Erstellung eines Papiers für die Bundesländer zum Aufzeigen der Anwendbarkeit von außerhäuslicher Quarantäne/ Isolierung in geeigneten <b>Einzelfällen</b> (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.</p> <p><b>Arbeitsauftrag an C. Herzog: 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></p> <p>b) <b>RKI-intern</b> ! Wunsch BMG: Gründonnerstag möglichst wenig Personal vor Ort. <b>Hinweis: Für Lagezentrum wurde im Nachgang an die Sitzung die Einhaltung des normalen Schichtbetriebs beschlossen, da keine Reduktion der Arbeitslast erwartet wird.</b></p> <p>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.</p>	Alle
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Dokument KPN: Dokument wird am selben Tag fertig gestellt ! Testkriterienpapier: auch asymptomatische KP wurden aufgenommen</p> <p>Quarantänepapier: Quarantäne für geimpfte bei Kontakt mit VOC? Antwort1 (Wolff): Gemäß Studien ist Impfschutz bei VOC gegeben. Antwort2 (Haas): In KPN-Papier Quarantäne trotz Impfung empfohlen, nicht wegen schweren Krankheitsverlauf, sondern wegen Wahrscheinlichkeit der Ausbreitung trotz Impfung. Kommentar1 (Kröger): 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 (Mielke): Es gibt zu diesem Thema</p>	





	eine dänische Veröffentlichung im The Lancet.	
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>Update AGI Sentinel:</b> 160 Proben analysiert: 31% humane Rotaviren, 12% Saisonale Coronaviren, 5% Sars-CoV-2</p> <p>! <b>Meeting AGES und RIVM:</b> -Inzidenz in Wien &gt;300, daher „Wiener Gurgeltest“ für alle (auch Touristen!) und Ergebnis bereits nach 24h durch eine Pooling-Strategie</p> <p>Kommentar: Uni Dortmund und Labor Berlin entwickeln bzw. verwenden ebenfalls Pooling-Strategien für Hochdurchsatztestungen</p> <p>-Detektion der neuen B1.1.7 Variante mit zusätzlicher „Südafrika“ Variation in Österreich</p> <p>-Niederlande: Inzidenzen &gt;200, davon &gt;90% B1.1.7, Impfung zu langsam</p> <p>! 1206 Proben analysiert, davon 508 positiv (42%), davon 90% B1.1.7</p> <p>! Erste 35 Proben aus Ukraine sind unterwegs</p>	<p>FG17 (Wolff)</p> <p>ZBS1</p>
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Umgesetzt: Antigentest bei asymptomatischen Fällen: Vorstellung in AGF morgen	IBBS
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Lufthansa möchte die Einführung von Selbsttests mit Videobeobachtung mit Authentifizierung als Antwort auf die Regelung ab 30.03.21, dass vor Abflug ein negativer Test vorgelegt werden muss, der nicht älter als 48h sein darf. Darf diese Möglichkeit auf der Homepage verlinkt werden?</p> <p>Antwort: Solch ein Verfahren erhöht die Unsicherheit von Schnelltests noch weiter. Da aber von BMG Verordnung, diese Möglichkeit verlinken mit dem Zusatz: „Wie das BMG mitteilt...“</p>	Alle

	<p>Kommentar: Bitte alle BMG Verordnungen an einer Stelle verlinken zur besseren Übersichtlichkeit und Abgrenzung von fachlichen Stellungnahmen Antwort (Ronja Wenchel): Wird bereits gemacht. Bitte hinweisen, falls Abweichungen bemerkt werden</p> <p>Frage: Soll grenzüberschreitende Kontaktnachverfolgung angesichts knapper personeller Ressourcen aufrechterhalten werden? Antwort nach Diskussion: ja, aber Frage in Gremien (EWAS) bis zu welchem Punkt sinnvoll (z.B. ab Überschreitung einer bestimmten Inzidenz im jeweiligen Land nicht mehr).</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie <b>(nur montags) bereits unter Punkt 1</b></p>	FG32 FG36
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Bereits unter Punkt 12</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bitte bis Mittwoch (31.03.21) Risikobewertung lesen und dann in der Sitzung diskutieren!</li> <li>! Eine Formulierung zur Begründung der verkürzten Kontaktzeit der Pressestelle zur Verfügung stellen.</li> <li>! Erstellung (IBBS, Herzog) des Papiers zur außerhäuslichen Quarantäne/ Isolierung bis 1. Woche nach Ostern (mit Zuarbeit von FG36 und P1)</li> </ul>	Alle



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	31.03.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung          | ! FG36                      |
| ○ Lars Schaade              | ○ Stefan Kröger             |
| ○ Lothar Wieler             | ○ Silke Buda                |
| ! Abt. 1                    | ○ Walter Haas               |
| ○ Martin Mielke             | ○ Lena Bös                  |
| ! Abt. 3                    | ! FG37                      |
| ○ Osamah Hamouda            | ○ Tim Eckmanns              |
| ○ Tanja Jung-Sendzik        | ! FG 38                     |
| ! ZIG                       | ○ Maria an der Heiden       |
| ○ Johanna Hanefeld          | ! IBBS                      |
| ! FG14                      | ○ Christian Herzog          |
| ○ Melanie Brunke            | ○ Agata Mikolajewska        |
| ○ Mardjan Arvand            | ! MF4                       |
| ! FG17                      | ○ Martina Fischer           |
| ○ Ralf Dürrwald             | ! P1                        |
| ! FG21                      | ○ Esther-Maria Antao        |
| ○ Wolfgang Scheida          | ! P4                        |
| ! FG24                      | ○ Susanne Gottwald          |
| ○ Thomas Ziese              | ○ Frank Schlosser           |
| ! FG 32                     | ! Presse                    |
| ○ Michaela Diercke          | ○ Ronja Wenchel             |
| ! FG 33                     | ! ZIG1                      |
| ○ ?                         | ○ Luisa Denkel              |
| ! FG34                      | ! BZgA                      |
| ○ Andrea Sailer (Protokoll) | ○ Heide Ebrahimzadeh-Wetter |





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.808.873 (+17.051), davon 76.342 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 132/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Etwas weniger als gestern, Sprachregelung für Presse notwendig</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 9.428.662 (11,3%), mit 2 Impfungen 4.059.489 (4,9%)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 3.595 Fälle in Behandlung (+22)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestern keine Übermittlungsprobleme</li> <li>▪ Steigt bei einigen Ländern nicht mehr ganz so stark, weiter auf sehr hohem Niveau</li> <li>▪ In keinem BL deutlich rückgehender Trend</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur noch 15 LK mit Inzidenz bis 50</li> </ul> </li> <li>○ Zunehmender bzw. abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In vielen LK ansteigender Trend</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Woche 11 zu 12 in allen Altersgruppen Anstiege, die höchsten bei 5-45 Jährigen.</li> <li>▪ Bei den älteren Altersgruppen sind die Inzidenzen am niedrigsten, aber kein Rückgang.</li> </ul> </li> <li>○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den Wochen 9-11 Anstieg bei 35-59 Jährigen</li> <li>▪ Leichter Rückgang bei 80+ Jährigen</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang hat sich etwas verlangsamt, Einpendeln auf hohem Niveau.</li> <li>▪ Altersmedian der Verstorbenen weiterhin bei 82 Jahren</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Woche 11 zu 12 leichter Anstieg der Fälle mit Antigennachweis und PCR vs. PCR allein.</li> <li>▪ Anteile steigen nicht stark, von 4 auf 6%.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------



	<p>bei 35-59 und 60-79 Jährigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei allen Fällen (inkl. noch liegenden Patienten): Anstieg der Fallzahlen bei 60-79 Jährigen.</li> </ul> <p>○ ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahl intensiv behandelter SARI-Fälle mit COVID-19 steigt bei 15-34 Jährigen an. Fallzahl ist aber auf niedrigem Niveau.</li> <li>▪ Mittleres Alter der intensiv behandelten SARI-Fälle mit COVID-19 schwankt um 70 Jahre.</li> <li>▪ Durchschnittsalter der SARI-Fälle ohne COVID-19 Diagnose ist höher.</li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eingang von 277 Proben in KW 12</li> <li>○ Probenanstieg durch Aktivitäten um Sentinel zu erweitern und erhöhte ARE-Aktivität.</li> <li>○ Lücken in regionaler Abdeckung</li> <li>○ Starker Anstieg der Rhinoviren setzt sich fort.</li> <li>○ Einige Parainfluenzaviren</li> <li>○ Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 4%.</li> <li>○ Keine Influenza Nachweise</li> <li>○ Starker Anstieg von saisonalen Coronaviren</li> <li>○ Höchstes Probenaufkommen aus pädiatrischen Praxen</li> <li>○ Starke Zirkulation von Rhinoviren bei 0-4 Jährigen setzt sich in anderen Altersgruppen fort.</li> <li>○ Höchste Nachweisrate von NL63 bei 5-15 Jährigen</li> <li>○ Bei SARS-Cov-2 andere Altersverteilung, am stärksten betroffen sind 16-34 Jährige, bei Kindern eher geringe Nachweisraten, evtl. aufgrund von schwacher Symptomatik.</li> <li>○ 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.</li> </ul>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>MF4 (Fischer)</p> <p>P4 (Schlosser)</p>
--	---	---





	<p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testzahlen haben geringfügig zugenommen.</li> <li>▪ Zahl und Anteil der pos. Tests haben deutlich zugenommen, von 7,9% in KW 11 auf 9,3% in KW 12.</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazität bleibt gleich.</li> </ul> </li> <li>○ Probenrückstau <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach wie vor gering</li> </ul> </li> <li>○ Testzahlerfassung-VOC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In KW 12 Anteil von B.1.1.7 auf 78% gestiegen.</li> </ul> </li> <li>○ POCT in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine große Veränderung zur Vorwoche, ein paar Einrichtungen sind dazu gekommen.</li> <li>▪ 0,2% (956) der Tests waren positiv, davon wurden 84% (804) mit PCR getestet, wovon 56% (453) positiv bestätigt wurden.</li> <li>▪ 26 verschiedene Tests wurden verwendet, nicht alle sind empfohlen.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>VOC-Erhebung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erhebung wurde aktualisiert, &gt; 60.000 positive Nachweise, davon knapp 90% Variante B.1.1.7</li> <li>○ Politisch wird diskutiert, ob Tirol wegen E484K-Coronavariante wieder Risikogebiet werden sollte. Im Moment spielt mutierte britische Variante E484K in Deutschland kaum eine Rolle.</li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3.677 Patienten auf Intensivstation, im Vergleich zur Vorwoche +424 (30% Anstieg), seit 13.März exponentielles Wachstum.</li> </ul> </li> </ul>	Gottwald
--	---	----------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verstärkter Anstieg der nicht-invasiven Behandlung</li> <li>▪ Anzahl Verstorbenen auf Plateau</li> <li>▪ 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 &gt;20%.</li> <li>▪ Ca. 13,6% der Intensivbetten sind aktuell noch frei.</li> <li>○ Belastung der Intensivmedizin <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personalmangel wird wieder zunehmend gemeldet.</li> <li>▪ Wieder mehr Raummangel</li> <li>▪ Verfügbarkeit High-Care und ECMO sinken.</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutschlandweit wird Anstieg prognostiziert.</li> <li>▪ War bezogen auf BL letzte Woche sehr heterogen, nun wieder homogener, in meisten BL Anstieg bei Prognosen.</li> </ul> </li> <li>○ Werden die Prognosen den Versorgungsclustern aktiv mitgeteilt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei allen BL, die Versorgungscluster mitgeteilt haben, werden die Prognosen an alle Akteure versendet.</li> </ul> </li> <li>○ Kommt es zu einer Verjüngung der Patienten, die hospitalisiert werden? Können Altersgruppen angegeben werden? Wird die längerer Liegedauer von jüngeren Altersgruppen berücksichtigt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Alter wird im Intensivregister nicht erfasst. Prognosen lernen aus Daten. Andere Datenquellen werden bereits genutzt und weitere Datenquellen sollen noch berücksichtigt werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Modellierungen (nur mittwochs)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mobilität im Tagesverlauf, 70 Mio. Bewegungen pro Tag</li> <li>○ 7,4% aller Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 22 - 5 Uhr statt.</li> <li>○ 12,3% der Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 20 - 5 Uhr statt.</li> <li>○ Keine wesentlichen Unterschiede zwischen BL</li> <li>○ Wie sieht die Mobilität in LK aus, in denen Ausgangsperren</li> </ul>	
--	---	--



	<p>gelten? Sinnhaftigkeit von Ausgangsperren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird zurzeit analysiert. Einschätzung: relativ geringer Effekt</li> <li>○ Gibt es Veränderungen in der Mobilität seit die Vorgaben zur Umsetzung von Home Office gelten?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisher wurde nur Mobilität in ersten 3 Märzwochen analysiert.</li> </ul> </li> <li>○ Sind Daten auch vom 1. Lockdown im März 2020 vorhanden?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten wurden rückwirkend zur Verfügung gestellt und können analysiert werden.</li> </ul> </li> <li>○ Ist eine Veröffentlichung der Daten, z.B. in Form eines EpidBull-Artikels geplant? (wäre sinnvoll)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ im Moment noch nicht</li> </ul> </li> <li>○ Ab wann werden Bewegungen gezählt?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Interne Methodik ist nicht ganz transparent.</li> <li>▪ Alle Wege unter 2 km sind aufgrund von mobiler Infrastruktur schwer abzuschätzen.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Finale Diskussion Text Risikobewertung (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderungen:</li> <li>○ Die COVID-19-Fallzahlen auf Intensivstationen steigen seit Mitte März 2021 deutlich an.</li> <li>○ Insgesamt ist die Variante B.1.1.7 inzwischen in Deutschland der vorherrschende COVID-19-Erreger.</li> </ul> <p><i>ToDo: aktualisierte Version an Webmaster weitergeben</i></p>	<p>FG38 (Maria an der Heiden)</p> <p>Alle</p>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nichts Neues zu berichten, Osterkommunikation wurde bereits vorgestellt.</p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p>

	<p>! In UK gab es massive Kommunikationsanstrengungen, gibt es vergleichbare Überlegungen bei BZgA und Bundesregierung, sind neue Kampagnen geplant? Nein, nichts Vergleichbares ist geplant, müsste von Bundesregierung ausgehen.</p> <p>! Sind Kommunikationsstrategien in Planung für verunsicherte Personen, die kürzlich mit AstraZeneka geimpft wurden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FAQs werden übergearbeitet.</li> <li>○ Infoblatt für Kita-Beschäftigte wird erstellt. Hier wird ein Passus mitaufgenommen, der Vertrauen wiederherstellen soll.</li> <li>○ Entwickeln einer Sprachregelung wäre sinnvoll.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Beim EpidBull sind zurzeit viele Artikel in der Warteschleife. Kürzere Berichte können auch auf die Webseite gestellt, verlinkt und getwittert werden.</p> <p>! München: vom RKI veröffentlichte 7-Tages-Inzidenz unter Wert auf Kreisebene -&gt; Implikationen für Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG32 wurde von München um einen Disclaimer gebeten. Auf Grund von Fehlern bei der Übermittlung ist die vom RKI ausgewiesene Inzidenz geringer als die tatsächliche Inzidenz. Die bayrische Verordnung bezieht sich auf RKI-Daten, weshalb die Maßnahmen nicht angepasst werden können. -&gt; Kein Disclaimer, sondern schriftliche Empfehlung sich an lokalen Inzidenzen zu orientieren.</li> </ul>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Anpassung Empfehlungen nach Impfung (betrifft 3 Dokumente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veränderung liegt beim BMG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Quarantäne soll für geimpfte KP1 aufgehoben werden.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KH-Patienten und Bewohner von Altenheimen, die Kontakt mit sehr gefährdeten Personen haben, sind die einzigen Ausnahmen. Alle anderen können auf Quarantäne verzichten.</li> <li>○ Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen (<a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne.</li> </ul> </li> <li>○ Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz nach Covid-19-Impfung in Altenheimen (<a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Durchimpfung von 100%</li> <li>▪ Kein hundertprozentiger Schutz vor Weitergabe des Erregers. Es kann noch zu Übertragungen kommen.</li> <li>▪ Unsicherheit bei VOC</li> <li>▪ Deshalb müssen ein paar Vorsichtsmaßnahmen beibehalten werden.</li> <li>▪ Bei Rückverlegung aus KH müssen Bewohner nicht mehr automatisch in Quarantäne, außer sie sind KP1, dann ist Quarantäne erforderlich.</li> <li>▪ Testen: Es soll weiter getestet werden, Testfrequenz kann reduziert werden, keine Vorgaben, nur Beispiel.</li> <li>▪ Besucher sind in der Regel im Moment noch nicht geimpft. Besuchszeiten können ausgedehnt werden.</li> <li>▪ Größere Veranstaltungen können stattfinden, wenn &gt;90% der Bewohner geimpft wurden.</li> <li>▪ Von Seiten des RKI engmaschige Kontrolle von Ausbrüchen, Anzahl in letzter Woche nicht mehr gesunken, aber auf sehr niedrigem Niveau.</li> </ul> </li> <li>○ 2 Papiere fallen weg. (Folie <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter med. Personal bei relevantem Personalmangel</li> <li>▪ Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alteneinrichtungen bei Personalmangel</li> </ul> </li> <li>○ Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen (<a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur minimale Änderungen</li> </ul> </li> </ul>	<p>Herzog</p> <p>FG36 (Haas, Bös)</p>
--	--	---

- Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel
  - Kein bevorzugtes Impfen, liegt im Moment im BMG wegen Überarbeitung.
- Rettungsdienst wird nicht adressiert.
  - Nicht bewusst dagegen entschieden, medizinisches Personal ist von Quarantäne ausgenommen.
  - Prüfen, ob eine Fußnote eingefügt werden soll, dass Rettungsdienstpersonal analog zu medizinischem Personal ist.

*ToDo: Dokument wird nach Ostern nach Rückmeldung vom BMG mit Fußnote zum Rettungsdienstpersonal veröffentlicht.*

! Anpassung Dokument Kontaktpersonen-Nachverfolgung ([hier](#))

- In AGI vorgestellt und aus AGI und EpiLag verschiedene Fragen mitgenommen.
- Ab wann gelten Empfehlungen? Für Länder wäre aus pragmatischen Gesichtspunkten eine Gültigkeit ab 6.4. sinnvoller um die Implementierung zu begleiten.
- Wird für Personen, die sich schon in Absonderung befinden, die Quarantäne verlängert? Müssen Länder selbst entscheiden.
- 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:
  - Bisherige Regelung bei Genesenen: nur dann keine Quarantäne, wenn Kontakt innerhalb von 3 Monate nach Nachweis der SARS-Cov-2 Infektion stattfand. In



	<p>dieser Zeit besteht ein guter Schutz gegenüber der Erkrankung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> <li>▪ Vorschlag Genesene nach einer einmaligen Impfung wie vollständig Geimpfte zu betrachten. Eine Impfung von Genesenen wird erst nach 6 Monaten empfohlen.</li> <li>▪ Vorschlag Genesene für 6 Monate von Quarantäne freizustellen, bis eine Impfung möglich ist.</li> <li>▪ Das Dokument soll heute veröffentlicht werden und es gibt keine fachliche Begründung für eine Freistellung von 6 Monaten.</li> <li>▪ Geimpften müssen nach der 1. Impfung zunächst weiter in Quarantäne bleiben.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entscheidung: Regelung bleibt zunächst bei 3 Monaten: aufgrund unbekannter Virusausscheidung bei Reinfektion + unbekannter Rolle der neuen Varianten.</li> <li>○ Noch gibt es keine Entscheidung vom BMG, dass Geimpfte von der Quarantäne ausgenommen werden. Ohne Entscheidung des BMG kann dies nicht geändert werden, bleibt zunächst wie in Vorversion.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Fragen hierzu: Dieser Punkt ist weiter in Bearbeitung.</li> </ul> </li> <li>○ Es gibt diverse Verweise auf andere Dokumente im Text. Gibt es diese Dokumente schon?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumente werden noch diskutiert, Verweise werden zunächst rausgenommen.</li> <li>▪ Infografik wird zunächst rausgenommen.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Dokument soll bis spätestens 15 Uhr bei Webmaster sein.</i></p> <p>! Entisolierungspapier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infografik ist fertig, Begleittext ist fast fertig.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fertigstellung und Publikation heute</i></p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
--	---	--------------------------

<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> Variante A.27 verdrängt in Elfenbeinküste weitere Varianten. In Deutschland wurde sie hauptsächlich in BW nachgewiesen, jedoch mit sehr niedrigen Nachweisraten. (Bericht <a href="#">hier</a> ) <i>ToDo: Sonderbericht an Länder über Lagezentrum versenden</i>	FG17 (Dürrwald)
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Einsatz monoklonaler Antikörper wurde veröffentlicht.	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	07.04.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lars Schaade	! FG 38
o Lothar Wieler	o Ute Rexroth
! Abt. 1	o Petra v. Berenberg (Protokoll)
o Martin Mielke	! IBBS
! Abt.2	o Christian Herzog
o Thomas Ziese	o Michaela Niebank
! Abt. 3	! MF4
o Tanja Jung-Sendzik	o Martina Fischer
o Janna Seifried	! P1
! FG 12	o Ines Lein
o Annette Mankertz	! P4
! FG14	o Susanne Gottwald
o Mardjan Arvand	! Presse
! FG17	o Ronja Wenchel
o Ralf Dürrwald	o Susanne Glasmacher
! FG21	o Marieke Degen
o Wolfgang Scheida	! ZIG1
o Patrick Schmich	o Sarah Esquevin
! FG 32	o Angela Fehr
o Michaela Diercke	! ZBS 1
! FG34	o Janine Michel
o Matthias an der Heiden	! BZgA
! FG 33	o Heide Ebrahimzadeh-Wetter
o Thomas Harder	! BMG
o	o Christophe Bayer
! FG36	
o Walter Haas	
o Lena Bös	





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 2.910.445 (+9.677), davon 77.401 (+298) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 110/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang von 150/100.000 in der Vorwoche</li> <li>▪ Eingang zahlreicher Nachfragen über Ostern: Inwiefern ist dies auf den „Ostereffekt“ zurückzuführen</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 10.800.637 (13,0%), mit 2 Impfungen 4.633.859 (5,6%)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4.355 Fälle in Behandlung (+211)</li> <li>○ 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang in allen BL im Vergleich zur Vorwoche</li> <li>▪ Nachmeldungen sind zu erwarten</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin nur 21 LK &lt; 50/100.000</li> <li>▪ Alle weiteren LK &gt; 50/100.000</li> <li>▪ LK Hof (456) und Greiz (392) sind weiterhin Spitzenreiter</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen (AG) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niveau entspricht weitgehend der Vorwoche</li> <li>▪ Von KW 12 zu 13 in allen Altersgruppen gleichbleibend oder geringe Abnahme (am deutlichsten AG 5-14)</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den KW 7-9 etwa 1500 Sterbefälle/Woche, jetzt weiterhin leichter Rückgang</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von KW 12 zu KW 13 leichter Rückgang</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (M. Diercke)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteile an allen übermittelten Fällen weiterhin bei 6%</li> <li>▪ Die zunehmenden Antigennachweise wirken sich in den Meldedaten (bisher) nicht auf den Anstieg der Fallzahlen aus</li> <li>○ Berichtete Fälle (Differenz Vortag) und Fälle nach Meldedatum (<b>neu</b>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Über Ostern keine Zunahme der zeitlichen Verschiebung zwischen Fällen nach Meldedatum und Fällen nach Berichtsdatum</li> </ul> </li> <li>○ DEMIS-Meldungen und COVID-19-Fälle nach Meldedatum (<b>neu</b>) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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)</li> <li>▪ Es gehen mehr Meldungen ein, als dann an das RKI übermittelte Fälle (es können z.B. mehrere Meldungen zum gleichen Fall erfolgt sein)</li> <li>▪ Die Kurven zeigen, dass die GÄ zeitnah übermitteln, auch über Ostern hat jedes GA mindestens 1x geliefert</li> <li>▪ 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</li> <li>▪ Frage: Wann ist wieder mit belastbaren Zahlen zu rechnen?</li> <li>▪ Meldedaten wahrscheinlich ab Dienstag, 13.04.2021, da diese (Ferien)woche noch wenig getestet wird, Praxen sind geschlossen etc.</li> <li>▪ Hinweis: Änderung des IfSG: Antigennachweise im Selbsttest sind nicht meldepflichtig, unter Aufsicht bzw. von Fachpersonal durchgeführte Antigennachweise sind meldepflichtig</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Testungen in KW 13 erwartungsgemäß gesunken: 1,15 Mio (Vorwoche 1,4 Mio)</li> </ul> </li> </ul>	<p>M. Diercke</p> <p>AL3 (Janna Seifried)</p> <p>FG 37 (Tim Eckmanns)</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>B.1.1.7 aus 12 Laboren (delH69/V70)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt Zunahme von VOC</li> <li>▪ Anteil VOC an allen auf Deletionen getesteten Proben ist gestiegen (87%, Anteil von VOC an allen Proben ist gesunken.</li> <li>▪ Unterschiede zwischen den BL, BY und BW fast 100% VOC, in NW niedrigerer Anteil</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altenheime: insgesamt sehr niedrige Zahlen, geringer Anstieg</li> <li>▪ Krankenhäuser: wesentliche Abnahme i. Vgl. zur Vorwoche</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahl der Testzentren nimmt rapide zu, sollten sie adressiert und Interesse an ihren Angaben signalisiert werden?</li> <li>○ 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</li> <li>○ Spricht eine gleichmäßige Zunahme des Positivenanteils trotz geringerer Testzahlen eventuell für einen geringeren Anstieg der Infektionszahlen?</li> <li>○ Durch die Impfung finden weniger Arztbesuche durch schwere Fälle statt, auch dies könnte beitragen</li> <li>○ Nach welcher Zielgröße bzw. Maßzahl sollten sich Lockerungsempfehlungen richten? Soll eine bestimmte Positivenrate angestrebt werden?</li> <li>○ 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</li> <li>○ Positivenanteil ist ein der Öffentlichkeit schwer zu vermittelnder Wert</li> <li>○ 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</li> <li>○ Da viele Labore und Praxen diese Woche noch geschlossen sind, liegen wahrscheinlich erst übernächste Woche wirklich interpretierbare und belastbare Zahlen vor</li> </ul>	<p>FG 17 (R. Dürrwald)</p>
--	---	----------------------------



	<p><b>! Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (Folien ??)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt liegt die ARE Inzidenz unter der der Vorjahre</li> <li>▪ Kontaktbeschränkungsmaßnahmen werden eingehalten</li> <li>▪ Leichter Anstieg in den AG 0-5 und 6-10</li> <li>▪ Steile Abnahme in den Meldedaten, über die Feiertage wurde weniger erhoben und weniger übermittelt</li> <li>▪ Anstieg der Ausbrüche in Schulen seit Öffnung Anfang März bis zum Ferienbeginn, jedoch weiterhin unter Vorweihnachtsniveau</li> <li>▪ In KW 10/11 exponentieller Anstieg der Ausbrüche in Kindergärten, 3-4x so viel wie vor Weihnachten</li> <li>▪ Inzidenz nach Altersgruppen weitgehend unverändert</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abnahme durch Osterferien</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Anstieg der SARI-Fallzahlen in der AG 35-59</li> <li>▪ Konstant hohes Niveau in den älteren AG</li> <li>▪ ICOSARI-Zahlen bilden das COVID-Geschehen ab</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> <li>▪ Kein Anstieg in den AG &gt; 80 (Wirkung der Impfung)</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Anstieg in der AG 60-79</li> <li>▪ Gleichbleibendes Niveau in den AG 35-59 und AG &gt;80</li> <li>▪ Medianes Alter ist gesunken (60-70)</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 17, MF4</p> <p>Presse (S. Glasmacher)</p> <p>FG 32</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt wenig Veränderung i. Vgl. zur Vorwoche</li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eingang von 123 Proben in KW 13</li> <li>○ Anzahl wegen der Feiertage halbiert</li> <li>○ Rhinoviren auf dem Niveau wie vor dem Lockdown, nach den Lockerungen sofortiger Anstieg zunächst bei den Jüngsten, dann in den anderen AG</li> <li>○ Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 5% (Vorwoche 3-4%)</li> <li>○ Insgesamt Verschiebung der Probenanteile hin zu pädiatrischen Proben</li> <li>○ Im Hintergrund wenig Nachweise von Parainfluenzaviren</li> <li>○ Keine Influenza Nachweise</li> <li>○ Günstige Bedingungen für saisonale Viren: Starker Anstieg von NL63 und Anstieg von OC43</li> <li>○ VOC Anteil bei SARS-CoV-2 positiven Proben: 100%</li> </ul> <p><b>! Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stationäre Fälle SARI mit COVID: Steiler Anstieg ist stärkeres Signal als Inzidenzen</li> <li>○ Wie belastbar sind die Zahlen der syndromischen Surveillance?</li> <li>○ Kleine aber seit Jahren konstante Stichprobe (i. Vgl. zu DIVI-Intensiv-Register), solide Datenbasis für Vergleiche, expansionsfähig, sollte expandieren, viele Zusatzinformationen (Altersmedian, Beatmungsdauer, Liegezeit)</li> <li>○ Alleinstellungsmerkmal: Information sowohl zu Diagnosen liegender Patienten als auch Entlassdiagnosen</li> <li>○ DIVI: sehr breite Abdeckung, ICOSARI tieferegehende Informationen</li> <li>○ Hinweis: Anstieg bei Hospitalisierung bildet das Infektionsgeschehen von vor 2 Wochen ab</li> <li>○ Obwohl im Steckbrief kürzere Fristen bis zu Symptomatik und stationärer Aufnahme angegeben sind, muss die Zeit bis</li> </ul>	
--	---	--





	<p>zur Übermittlung eingerechnet werden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anregung DIVI- und ICOSARI-Daten abzugleichen, wird von M. Fischer und W. Haas begrüßt, erste Kontakte wurden ohnehin bereits geknüpft</li> </ul> <p><i>ToDo: Abgleich von ICOSARI-Daten und DIVI-Daten, sollen als Grundlage für die BPK am Freitag 09.04. zusammengestellt werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Disclaimer im Lagebericht</b></li> <li>○ 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Disclaimer bleibt bis Mittwoch, 14.04., wird modifiziert: Der Hinweis auf die reduzierte Übermittlung durch die GÄ wird gestrichen</i></p> <p><i>Vorschlag einer Erläuterung im Lagebericht wird v. M. Diercke vorbereitet</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einordnung einer Agenturanfrage zur Äußerung Söders, dass niedrige Zahlen vor allem mit den Ferienschulschließungen zusammenhängen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sinkende Zahlen betreffen alle AG, nicht nur Schüler und Lehrer</li> <li>▪ Eine Auswirkung auf die Fallzahlen wäre, falls es eine gäbe, zudem erst in 14 Tagen zu erwarten</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b> ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht besprochen</li> </ul>	

5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Aktuelles Infoblatt (<b>Zielgruppe?</b>) unter Berücksichtigung der STIKO-Empfehlungen ist in Arbeit und soll nächste Woche in den Verteiler</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Thema der BPK nächste Woche ist „Long Covid“. Frage: Wer ist Ansprechpartner zu diesem Thema? Antwort: IBBS, Michaela Niebank</p>	<p>BZgA (H. Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>P1 (I. Lein)</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>* Gleichzeitiger Aufenthalt von Kontaktperson und Fall im selben Raum mit wahrscheinlich hoher Konzentration infektiöser Aerosole unabhängig vom Abstand für &gt; 10 Minuten, <b>auch wenn durchgehend und korrekt</b> MNS (Mund-Nasen-Schutz) oder FFP2-Maske getragen wurde.</li> <li>○ Kurze Diskussion: Andere Bereiche, z.B. Lehrpersonal, auch nach FIT-Test und Einweisung, sind <u>nicht</u> ausgenommen</li> <li>○ Definition „Vollständig geimpft“: Ab dem 15. Tag nach der 2. Impfung</li> <li>○ Definition „Genesen“: Analog ab dem 15. Tag nach 1 Impfung</li> </ul> <p><i>ToDo: geeigneten Link zu den Definitionen in den STIKO-Dokumenten auswählen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für Genesene wird die maximale Zeitspanne nach der Infektion, innerhalb derer auf eine Quarantäne verzichtet werden kann, auf 6 Monate erhöht – allgemeine Zustimmung</li> <li>○ Hinweis: Die Gründe für die insgesamt umfangreichen Änderungen sollten evtl. erläutert werden, z. B. Infobrief an die GÄ oder als Information in den EpiLag Notizen? Beispielsweise, dass eine Verschärfung wegen der Zunahme und Eigenschaften der VOC geboten ist</li> <li>○ Anfragen zu dem Dokument ähneln sich, Textbausteine wurden dazu fertiggestellt und sollen an das LZ kommuniziert werden</li> <li>○ Unklare Textstelle, hier den Nebensatz verdeutlichen: „ist - aufgrund der aktuellen Datenlage zu Reinfektionen und Kontagiosität bei erneuter Infektion- nur dann keine</li> </ul>	<p>FG36 (W. Haas, L. Bös)</p> <p>FG33 (T. Harder)</p>



	<p>Quarantäne erforderlich, wenn der Kontakt innerhalb von 6 Monaten nach dem Nachweis der vorherigen SARS-CoV-2-Infektion erfolgte“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es Evidenzen zur zeitlichen Begrenzung des Kontakts auf 10 min?</li> <li>○ Nein, rein pragmatische Entscheidung wegen höherer Kontagiosität, und nach Hinweisen von GÄ</li> <li>○ 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)?</li> <li>○ Es sollte auf die Gruppe der symptomatisch Erkrankten eingegrenzt werden</li> <li>○ Hinweis: Sehr schwierig, dies genau zu definieren, wird möglicherweise in der Rechtsverordnung nicht differenziert werden</li> <li>○ Hinweis: In der AGI wurde die zweimalige Testung während der Quarantäne kritisch gesehen</li> <li>○ Ort und Art des Tests und die Umsetzung wurden auf Wunsch der Länder nicht genauer spezifiziert, da unterschiedliche Voraussetzungen in den Länderverordnungen zu Transport, Quarantäneunterbrechung für Testung und Kostenübernahme, Umsetzung bleibt Sache der Länder bzw. GÄ</li> <li>○ Die Testung wurden als Reaktion auf die häufigen Nachfragen der GÄ, zur Quarantänedauer (zu kurz, insbes. bei VOC), aufgenommen</li> <li>○ Es entspricht der 2x/wöchentlichen Testempfehlung in Schulen und Betrieben</li> </ul> <p><i>ToDo: Fertigstellung des Dokuments mit Erläuterungen bzw. Begründung der Änderung in der Einleitung noch heute 07.04.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokument „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen“ wird angepasst</li> <li>○ Begründung, warum keine Quarantäneausnahmen für Mitarbeiter und Bewohner gelten, werden aufgenommen</li> <li>○ Hinweis, dass die Testhäufigkeit nach Impfaktion angepasst werden kann, wurde bereits aufgenommen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Koordination der Anpassungen mit Birgitta Schweickert (Altenheime) und Ronja Wenchel (Presse)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokument zu den Testkriterien und Flussschemata werden an die aktuellen Änderungen angepasst werden</li> <li>○ Flussschema wird zu diesem Zweck vorübergehend von der Homepage genommen</li> </ul>	<p>FG36 (W. Haas, L. Bös)</p> <p>T. Eckmanns</p>
--	---	--





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 09.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	09.04.2021, 11-13 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Webex

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung       | ! FG37                      |
| ○ Lars Schaade           | ○ Tim Eckmanns              |
| ○ Lothar Wieler          | ! IBBS                      |
| ! Abt. 1 Leitung         | ○ Christian Herzog          |
| ○ Annette Mankertz       | ! Presse                    |
| ! Abt. 2 Leitung         | ○ Ronja Wenchel             |
| ○ Thomas Ziese           | ! P1                        |
| ! Abt. 3 Leitung-Bereich | ○ Mirjam Jenny              |
| ○ Tanja Jung-Sendzik     | ! P4                        |
| ! FG14                   | ○ Susi Gottwald             |
| ○ Mardjan Arvand         | ! ZBS1                      |
| ! FG17                   | ○ Janine Michel             |
| ○ Dschin-Je Oh           | ! ZIG/ INIG                 |
| ! FG 32                  | ○ Angela Fehr               |
| ○ Michaela Diercke       | ○ Eugenia Romo Ventura      |
| ! FG 38                  | ! MF4                       |
| ○ Ute Rexroth            | ○ Martina Fischer           |
| ! FG 33                  | ! BZgA                      |
| ○ Ole Wichmann           | ○ Heide Ebrahimzadeh-Wetter |
| ! FG36                   | ! Abt.1                     |
| ○ Walter Haas            | ○ Sangeeta Banerji          |
| ○ Lena Bös               | (Protokoll)                 |
| !                        |                             |

!

! T	! Beitrag/Thema	! eingebracht von
! 1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International (nicht besprochen)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung</li> </ul> </li> <li>! National (Folien <a href="#">hier</a>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen: 110/100.000 EW (+25.000 Fälle und +300 Todesfälle seit Vortag)</li> <li>○ Anstieg intensivmedizinischer Fälle</li> <li>○ 7d-Inzidenz der Bundesländer wird vermutlich wieder ansteigen: Top 3: Thüringen Sachsen, Sachsen-Anhalt, Anstieg in Bayern, Bremen und Saarland.</li> <li>○ Geografische Verteilung der 7d-Inzidenzen nach LK: 19 LK &lt; 50/100.000 EW, &gt;200 LK &gt; 100/100.000 EW, SK/LK Hof sowie Greiz die höchsten Inzidenzen</li> <li>○ Altersmediane: ca. 40 Jahre bei COVID-19-Fällen gesamt, ca. 66/67 Jahren bei Fällen auf ITS/in Hospitalisierung, ca. 81/82 bei Todesfällen                   <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bemerkung: Es ist keine Altersverschiebung der ITS Patienten nach unten zu erkennen</li> </ul> </li> <li>○ Todesfälle je 100.000 EW in den letzten 14d:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>! - am stärksten betroffen: LK Thüringen</li> <li>! - Deutschlandweit: n &gt; 2000</li> </ul> </li> <li>○ Sterbefälle im Bereich der Vorjahre, wobei zu berücksichtigen wäre, dass im letzten Jahr zu dieser Zeit sowohl noch Influenza-Saison war, wie auch bereits die erste Welle zum tragen kam.</li> </ul> </li> <li>!               <ul style="list-style-type: none"> <li>! DIVI-Intensivregister (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ 4510 Fälle auf ITS</li> </ul> </li> <li>!               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Exponentielle Anstieg der ITS Fälle bei erwachsenen COVID-19 Patienten und deutlicher Anstieg bei Kindern</li> </ul> </li> <li>!               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei &gt;8 Bundesländer sind &gt;20% der ITS Betten belegt, wobei zu beachten wäre, dass nur ca. 50% der Betten für eine Behandlung von COVID-10 Patienten geeignet sind</li> </ul> </li> <li>!               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil der COVID-19 Fälle an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Anstieg vor allem in Bremen, Thüringen und Sachsen, Abfall in SH</li> </ul> </li> <li>!               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 85% der ITS-COVID-19-Fälle benötigen Beatmung; überproportionaler Anstieg der ECMO-COVID-19-Fälle im Verhältnis zum Anstieg der gesamten ECMO</li> </ul> </li> </ul>	<p>! Eugenia Romo Ventura</p> <p>! Michaela Diercke</p> <p>! Martina Fischer</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Fälle.</p> <p>!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SPoCK: Prognose der COVID-19 Intensivfälle: Im Osten, Süden und Westen starker Anstieg, nur im Norden wird ein flacherer Anstieg erwartet.</li> </ul> <p>!</p> <p>! Frage: Wird die Prognose im Lagebericht kommuniziert?</p> <p>! Antwort: Ja, 1 Mal die Woche für Gesamtdeutschland, aber nicht für einzelne Regionen</p> <p>!</p> <p>! Vorschlag: BMG fragen, ob die gesamten DIVI Daten öffentlich gemacht werden dürfen.</p> <p>!</p> <p>! Frage: Ist es möglich DIVI Bericht generell auf die Mittwochssitzung zu legen, damit er für die BPK zur Verfügung steht?</p> <p>!</p> <p>! <i>To do: Zukünftig nach Möglichkeit strategische Punkte und Dokumente Mo+Fr und Mi hauptsächlich Berichte besprechen.</i></p> <p>!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Modellierung: nicht besprochen</li> </ul>	
!	! <b>Internationales (nur freitags)</b>	! ZIG
2	○ Vorbereitung Montenegro Mission läuft	
!	! <b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b>	! Schmic h
3		
!	! <b>Aktuelle Risikobewertung</b>	!
4	! Auf Mittwoch/Freitag nächster Woche vertagt!	! Alle
!	!	!
5	! <b>Kommunikation</b>	!
	!	!
	! Darstellung der 7-Tagesinzidenz im Lagebericht	! FG32/ 38/ FG34
	! Diskussion:	Matthi as
	! Es wurden zwei Standpunkte vertreten:	! an der Heide n
	! 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.	!
	!	!
	! Standpunkt 2: Fokus sollte nicht auf Inzidenz liegen, sondern auf der Vermeidung von schweren Verläufen (ITS Daten)! Die Inzidenz- Grenzwerte sind willkürliche politische Werte und der Fokus darauf, dass die tatsächlichen Werte höher liegen, würde keine vorgezogenen Maßnahmen bewirken und eher als eine Unsicherheit gewertet werden.	!
		!







Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! 2. BzGA soll die Kommunikation dieser Aspekte auf Basis des Risikobewertungsdokuments übernehmen</p> <p>!</p> <p>! Frage: Was wurde aus dem Dokument zur Pandemietiquette?</p> <p>! Antwort: Dokument wurde an BzGA geschickt und ist veröffentlicht und erhielt positives Feedback!</p> <p>!</p> <p>! Vorschlag: Dokument könnte hinsichtlich der vorausgegangenen Diskussion zum Tragen von MNS im Innen- und Außenbereich aktualisiert werden.</p>	
! 6	! Neues aus dem BMG nicht besprochen	! BMG
! 7	<p>! <b>Strategie Fragen</b></p> <p>! Frage aus BMG-Erlass: Ist eine Studie mit Bundeslandvergleich zur Bewertung einzelner Pandemiemaßnahmen sinnvoll?</p> <p>! <b>To do:</b> Das Lagezentrum soll die Beantwortung der Frage übernehmen. Es gibt eine Studie („Stopp-COVID“) zu dieser Fragestellung, die von Frau Bremer (FG34) geleitet wird. Bitte in Rücksprache mit FG34 auf diese Studie verweisen. [ID 3315, erledigt]</p>	! Alle
! 8	<p>! Diskussionsbedarf zur Frage, wie viele Fälle man Haushaltsausbrüchen zuordnen kann bzw wie diese</p> <p>! • Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei symptomatischen Patienten mit Verdacht auf COVID-19 (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Wording anpassen an KPN Dokument und weitere Änderungen (insbesondere Testempfehlung auch bei asymptomatischen Personen und Ausweitung der Testung auf verschiedene Testformate berücksichtigt).</p> <p>!</p> <p>! 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.</p> <p>!</p> <p>! Entscheidung: Definition des Quellfalls wurde erweitert auf alle bestätigten Fälle.</p> <p>!</p> <p>! 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.</p> <p>!</p> <p>! Mit den unterstrichenen Zusätzen sollen die chronischen Fälle ausgeklammert werden.</p> <p>!</p> <p>! • Kontaktpersonenmanagement (Fragen bez.</p>	<p>!</p> <p>!</p> <p>! FG34</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>! Haas</p>

	<p>Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten und Definition "immungesund")</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>2. Definition "immungesund": STIKO gibt keine Definition. Kategorisierung erfolgt aufgrund ärztlicher Beurteilung.</li> </ol> <p>!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! • Vorschlag eines Disclaimers für das Dokument Präventionsmaßnahmen in Schulen (12/10/20):</li> </ul> <p>!</p> <p>! <i>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 ersetzen können.</i></p> <p>!</p>	
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<p>! 9</p>	<p>! <b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Es gibt eine aktualisierte STIKO Empfehlung:</p> <p>! -zu Johnson&amp;Johnson Impfstoff</p> <p>! -AstraZeneca Impfstoff nur noch für &gt;60-Jährige empfohlen</p> <p>! -diejenigen, die bereits die erste AstraZeneca Impfung erhalten haben und unter 60 Jahre alt sind, sollen als 2. Impfung einen mRNA Impfstoff erhalten – andere Länder, z.B. Frankreich folgen dieser Empfehlung.</p> <p>! Studien zum heterologen Impfschema:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. England: Erste Ergebnisse werden Ende Mai erwartet</li> <li>2. Charité (homologe und heterologe Kombinationen von Astrazeneca und Biontech/Pfizer Impfstoffen): erste Ergebnisse zur Reaktogenität (Nebenwirkungen) werden Ende April erwartet und erste Ergebnisse zur Immunogenität (Antikörpertiter, T-Zell Response) werden Ende Mai erwartet.</li> </ol> <p>!</p> <p>! Aufklärungsmaterialien, FAQs und Faktenblätter wurden gemäß STIKO Empfehlung aktualisiert.</p> <p>! Sinusthrombosen als Nebenwirkung des AstraZeneca Impfstoffs: in D und Skandinavien sind die Fallzahlen 10 Mal so hoch wie in England. Inzwischen sind auch vermehrt Männer davon betroffen (aktuell 7 Fälle bei Männern in Deutschland) und damit gibt es auch bei Männern eine zwanzigfach erhöhte Inzidenz im Vergleich zur Hintergrundinzidenz</p> <p>! 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).</p> <p>! Frage: Warum so wenig Daten verfügbar?</p> <p>! Antwort: Vereinbarung zwischen KBV-Vorstand und Staatssekretär. Es geht der KBV in erster Linie um die Abrechenbarkeit der Impfleistung. Information ist aber später (nach ca. 3 Monaten) verfügbar.</p> <p>! <i>To do: BMG um Sprachregelung bitten, um diese Verzögerung in der Datenübermittlung zu begründen.</i></p>	<p>! FG33</p>
<p>! 1</p>	<p>! <b>Labordiagnostik</b></p> <p>!</p> <p>! Virologisches Sentinel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 823 Proben:</li> <li>○ 15 COVID-19 Fälle (80% davon B1.1.7)</li> <li>○ 261 Rinovirus positiv</li> <li>○ 112 positiv für saisonale Coronaviren</li> <li>○ 8 positiv für Parainfluenzaviren</li> <li>○ 2 positiv für humane Metapneumoviren</li> </ul>	<p>!</p> <p>! FG17</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p>

	<p>!</p> <p>! 855 Proben</p> <p>○ 393 (46%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7</p> <p>!</p> <p>! Frage: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer Doppelinfektion mit Wildtyp und Variante? Gibt es dazu Daten?</p> <p>! Antwort: Es gibt dazu einen Preprint, der dem Verteiler zugeschickt wird.</p>	<p>!</p> <p>!</p> <p>! ZBS1</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p> <p>!</p>
<p>!</p> <p>1</p>	<p>! <b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Es gibt eine Studie aus Köln (<a href="https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8031/20210401_COVRIIN_Praxisbericht%20NIV_Final.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y">https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8031/20210401_COVRIIN_Praxisbericht%20NIV_Final.pdf?sequence=1&amp;isAllowed=y</a>), 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.</p> <p>! Verlegung von Patienten aus Frankreich nach Deutschland ist noch nicht erfolgt.</p> <p>! Anfrage zu einer Stellungnahme über den Nutzen von Desinfektionsrobotern (UV-Atemluftdesinfektion), die über die EU als Spende an Krankenhäuser von bedürftigen EU-Ländern verteilt werden. Deutschland trägt 27 solcher Roboter bei. Kauf ist bereits erfolgt.</p> <p>! Die Stellungnahme ist noch in Arbeit, aber das Ergebnis steht fest: Diese Maßnahme wird nach Beratung mit KRINKO nicht empfohlen und nicht als sinnvoll erachtet!</p> <p>!</p>	<p>!</p> <p>! IBBS</p>
<p>!</p> <p>1</p>	<p>! <b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>!</p>	<p>!</p> <p>! Alle</p>
<p>!</p> <p>1</p>	<p>! <b>Surveillance: nicht besprochen</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</p>	<p>!</p> <p>! FG32</p> <p>! FG36</p>
<p>!</p> <p>1</p>	<p>! <b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b></p> <p>! <b>Geimpfte werden aus der Testverordnung herausgenommen</b></p> <p>!</p>	<p>!</p> <p>! FG38</p>
<p>!</p> <p>1</p>	<p>! <b>Information aus dem Lagezentrum (<b>nur freitags</b>)</b></p> <p>! Osnabrück hat ein Amtshilfeersuchen gestellt und bittet um Unterstützung bei einem Ausbruch unter Geimpften.</p> <p>!</p>	<p>!</p> <p>! FG38</p>
<p>!</p> <p>1</p>	<p>! <b>Wichtige Termine</b></p> <p>! /</p>	<p>!</p> <p>! Alle</p>

!

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	12.04.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Webex

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| ! Institutsleitung     | ! FG 34                    |
| ○ Lars Schaade         | ○ Matthias an der Heiden   |
| ○ Lothar Wieler        | ! FG36                     |
| ! Abt. 1               | ○ Silke Buda               |
| ○ Martin Mielke        | ○ Stefan Kröger            |
| ! Abt. 3               | ○ Walter Haas              |
| ○ Tanja Jung-Sendzik   | ! FG37                     |
| ○ Janna Seifried       | ○ Tim Eckmanns             |
| ! ZIG Leitung          | ○ Sebastian Haller         |
| ○ Johanna Hanefeld     | ! FG38                     |
| ! FG12                 | ○ Maria an der Heiden      |
| ○ Annette Mankertz     | ○ Ute Rexroth              |
| ! FG14                 | ○ Meike Schöll (Protokoll) |
| ○ Mardjan Arvand       | ! IBBS                     |
| ○ Melanie Brunke       | ○ Christian Herzog         |
| ! FG17                 | ! Presse                   |
| ○ Thorsten Wolff       | ○ Ronja Wenchel            |
| ! FG21                 | ! P1                       |
| ○ Wolfgang Scheida     | ○ Mirjam Jenny             |
| ○ Patrick Schmich      | ! P4                       |
| ! FG25                 | ○ Susanne Gottwald         |
| ○ Christa Scheidt-Nave | ○ Benjamin Maier           |
| ! FG 32                | ! ZBS1                     |
| ○ Michaela Diercke     | ○ Janine Michel            |
| ○ Justus Benzler       | ! BZgA                     |
| ! FG 33                | ○ Oliver Ommen             |
| ○ Sabine Vygen-Bonnet  |                            |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International (nicht besprochen) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung</li> </ul> </li> <li>! National (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der Fallzahlen zum Vortag um ca. 13.000</li> <li>○ Knapp 16% mit 1. Impfung, 6% mit 2. Impfung</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Anstieg intensivmedizinischer Fälle (+53, insgesamt 4.585 Fälle), immer mehr Krankenhäuser melden eingeschränkte Betriebssituation (Personal- und Raummangel als führende Ursachen).</li> </ul> </li> </ul> <p>Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! GrippeWeb: Situation stabilisiert sich. Die Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen liegt im niedrigen Bereich, unterhalb der Inzidenz der Vergleichssaison.</li> <li>! 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.</li> <li>! Covid-19 Fälle: Anteil der übermittelten COVID-19 Fälle steigt bei den 15-20-Jährigen und fällt bzw. stagniert bei den jüngeren Altersgruppen.</li> <li>! 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.</li> <li>! 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.</li> </ul> <p>Modellierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zahl der Bewegungen am Osterwochenende lag auf Niveau zwischen 2019 und 2020</li> <li>! Niveau von Karfreitag, Ostersonntag und Ostermontag</li> </ul>	<p>Michaela Diercke</p> <p>Walter Haas</p> <p>Benjamin Maier / P4</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	ähnlich zu vorhergehenden Sonntagen	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZIG
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> ! 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. Mehrfach stand die Frage der Anbindung an SORMAS oder DEMIS im Raum, dabei soll DEMIS ermöglicht werden, was aber einen Arbeitsaufwand am RKI nach sich ziehen wird. ! 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.	Schmich
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Für Mittwoch Diskussion geplant.	Alle
5	<b>Kommunikation</b> 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 ...“). ! Gleichzeitig wird zu bedenken gegeben, dass angesichts der geplanten Verknüpfung politischer Maßnahmen mit der 7-Tage-Inzidenz nachträgliche Änderungen der Werte schwer zu vermitteln sind. Eine beispielhafte Angabe des Vorwerts und der Korrektur nach neuem Datenstand würde mehrere Werte zur Disposition stellen, was kritisch gesehen wird. ! 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. <i>ToDo:</i> Unter die Grafik als auch im Fließtext soll ein Hinweis auf die Unterschätzung und den durchschnittlichen Korrekturfaktor eingefügt werden. Fr. Jung-Sendzik soll die Thematik in den Artikel zum Meldesystem mit aufnehmen, zur Wiedervorlage im Krisenstab.	Alle







6	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b>          Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung          ! Aktuell wird ein Beitrag für die AGI-Sitzung vorbereitet, in dem dargestellt wird, dass Kontaktpersonen und erkrankte Personen außerhalb des eigenen Haushalts abgesondert werden können. Dabei sollen die Bundesländer nach Problemen bei der Umsetzung gefragt werden.</p> <p>Rückmeldung zur Umsetzung der Testungen im Verlauf der Quarantäne          ! Aus der AG Diagnostik auf Länderebene werden Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Testungen im Verlauf der Quarantäne berichtet. Für die Testungen zu Beginn und zum Ende der Quarantäne gebe es hohe Akzeptanz, weniger für die dazwischen empfohlenen Testungen aufgrund organisatorischer Probleme.          ! 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.</p> <p>b) <b>RKI-intern</b>          Nicht besprochen.</p>	<p>IBBS</p> <p>Alle</p>
7	<p>! 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.</p> <p>! 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.</p> <p>! 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</p>	

	<p>werden.</p> <p><i>ToDo:</i> FG36 stimmt Entwurf mit IBBS ab (Justus Benzler und ZIG in CC).</p> <p>! Aktuell wird eine Vorlage für GMK zum Umgang mit Geimpften vor dem Hintergrund der Gleichstellung mit Getesteten abgestimmt. Die Anmerkungen des RKI wurden weitgehend berücksichtigt.</p>	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Update AGI Sentinel: In der KW 13 und 14 gab es 306 Einsendungen, diese spiegeln die laufende Erkältungssaison wider. Die Ergebnisse decken sich mit denen der syndromischen Surveillance, dabei 28% Rhinoviren, 18% saisonale Coronaviren, 2% Parainfluenza, 8% SARS-CoV-2.</p> <p>! 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.</p>	FG17 (Wolff)  ZBS1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Es wird diskutiert, ob Änderungen der Empfehlungen in der ArbeitsschutzVO (mit Stand vom 12.03.2021) angeregt werden sollen. Demnach ist das Tragen eines MNS für Mitarbeitende nur bei Nichteinhalten der Mindestflächen und Abstände bzw. bei fehlender Abtrennung durch Plexiglas vorgeschrieben. Dies erscheint in Hinblick auf das Auftreten neuer VOC und die Bedeutung der Aerosolbildung fraglich.</p> <p>! Das RKI ist nicht primär zuständig, kann aber auf die eigenen Empfehlungen hinweisen und Änderungen anregen. Generell wird eine Angleichung der Empfehlungen für das betriebliche Setting mit anderen Settings (z.B. Schulen) hinsichtlich des Tragens von MNS, Testvorgaben etc. u.a. aus Compliance-Gründen für sinnvoll erachtet.</p> <p><i>ToDo:</i> FG14 soll BMAS ansprechen. (erledigt)</p>	FG14
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>) – siehe oben</p>	FG32 FG36
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge</b></p> <p>!</p>	Alle
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.04.2021, 11:00	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	14.04.2021, 11:00 Uhr (Ende: 12:48 Uhr)
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG 37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lothar Wieler	! FG 38
! Abt. 1	o Ute Rexroth
o Martin Mielke	o Maren Imhoff (Protokoll)
o Annette Mankertz	! IBBS
! Abt. 2	o Christian Herzog
o Thomas Ziese	o Bettina Ruehe
! Abt. 3	! MF4
o Osamah Hamouda	o Martina Fischer
o Tanja Jung-Sendzik	! P1
o Janna Seifried	o Mirjam Jenny
! FG 14	o Ines Lein
o Melanie Brunke	! P4
! FG 17	o Susanne Gottwald
o Ralf Dürrwald	! Presse
! FG 21	o Ronja Wenchel
o Wolfgang Scheida	! ZIG1
! FG 32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	o Eugenia Romo Ventura
! FG 34	! BZgA
o Viviane Bremer	o Heide Ebrahimzadeh-Wetter
! <b>FG 33</b>	! <b>unbekannt</b>
o	o +4915146****80
! FG 36	
o Walter Haas	
o Silke Buda	
o Stefan Kröger	
o Kristin Tolksdorf	





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.044.016 (+21.693), davon 79.088 (+342) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 153/100.000 Einw.</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 14.058.329 (16,9 %), mit 2 Impfungen 5.186.135 (6,2 %)</li> <li>▪ deutliche Zunahme</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4.688 Fälle in Behandlung (+26)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in allen BL sichtbar, bes. ausgeprägt in BY, SN, TH</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Karte verdunkelt sich, kein LK &lt; 25/100.000</li> <li>▪ Spitzenreiter: SK Hof (574/100.000), Greiz (489/100.000), LK Hof (459/100.000)</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang nur in Altersgruppen 0-9</li> <li>▪ Zunahme in Altersgruppen 10-79</li> <li>▪ am stärksten betroffen: Altersgruppen 15-49</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ konstant in Altersgruppe 80+ seit ca. MW08/09</li> <li>▪ leichte Zunahme in Altersgruppe 60-79</li> <li>▪ rückläufig bei Kindern</li> </ul> </li> <li>○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zahlen deutlich unter denen der 2. Welle</li> <li>▪ Unsicherheit: Rückgang nach MW12 wahrscheinlich Artefakt, Nachübermittlungen zu erwarten</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (M. Diercke)





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazität konstant um 2,2 Mio/Woche</li> <li>○ Probenrückstau (Folie 3) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kein nennenswerter Probenrückstau</li> </ul> </li> <li>○ Testzahlerfassung-VOC (Folie 4) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ viele Übermittlungen: &gt; 50 % positiver PCRs</li> <li>▪ B.1.1.7 scheint sich um 85 % einzupendeln</li> </ul> </li> <li>○ POCT in Einrichtungen (Folie 5) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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</li> </ul> </li> </ul> <p><b>SARS-CoV-2 in ARS (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW14: Rückgang der Testungen, Positivenanteil geringfügig gestiegen; durch Feiertag entstandene Lücke wird nicht nachgeholt, deutlicher Schnitt</li> <li>○ Anzahl der Tests pro 100.000 EW in Altersgruppen 014 durch „fehlenden“ Ostermontag deutlich zurückgegangen, in übrigen Altersgruppen stabil</li> <li>○ deutliche Zunahme des Positivenanteils in allen Altersgruppen, bes. ausgeprägt in Altersgruppe 514</li> <li>○ Positivenanteil pro 100.000 EW: kaum Veränderung gegenüber Vorwoche</li> <li>○ Testort: Anteil pos. Testungen in Praxen zunehmend (&gt; 15 %), in KH kaum verändert (um 5 %)</li> <li>○ 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</li> <li>○ Anzahl Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altenheime: stabil auf niedrigem Niveau (um 50/Woche)</li> <li>▪ KH: auf niedrigem Niveau (&lt;100/Woche)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>MF (Martina Fischer)</p> <p>FG 17 (Ralf Dürrwald)</p>
--	--	--





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb (Folie 2): ARE-Rate von KW13 zu KW14 insgesamt stabil, bei Kindern weiter rückläufig, in Altersgruppen 35+ geringfügig zunehmend</li> <li>○ Konsultationsinzidenz (Folie 3): bei Kindern rückläufig, insgesamt wenig verändert, Verschiebung der Altersverteilung</li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance (ab Folie 4) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil geblieben, deutl. Anstieg in Altersgruppe 0-4, Rückgang in Altersgruppen 60-80+, in Altersgruppe 35-59 stabil auf hohem Niveau</li> <li>▪ COVID-SARI: COVID19-Anteil an SARI-Fällen 60 %</li> <li>▪ COVID-SARI-ITS: Zunahme in Altersgruppen 35-59, 6079; entspricht Niveau der 2. Welle; medianes Alter stabil (68); COVID19-Anteil an SARI-ITS-Fällen 85 %</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ starke Zunahme der COVID-ITS-Fälle in nahezu allen BL (+250 in letzter Woche), SH einziges BL mit Rückgang</li> <li>○ insgesamt leichte Abflachung im Anstiegsverhalten, noch nicht bewertbar</li> <li>○ Kinder in Intensivbehandlung: starke Zunahme (+27)</li> <li>○ Sterbefälle zunehmend</li> <li>○ in 8 BL &gt; 20 % COVID19-Anteil an ITS-Betten; Zahl freier, betreibbarer Betten nimmt ab; 60 % der Intensivbereiche melden Einschränkungen im Betrieb</li> <li>○ freie ECMO-Kapazitäten abnehmend; 80 % der ECMO-Behandlungen entfallen auf COVID19-Patienten</li> <li>○ SPoCK-Prognosen nach Regionen: Anstieg der COVIDITS-Patientenzahlen prognostiziert für Ost, Süd, Süd-West, West; nur für Nord Abnahme prognostiziert</li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Daten spiegeln bereits Berichtetes wider</li> <li>○ Einsendungen in den letzten zwei Wochen reduziert</li> <li>○ in KW14 139 Einsendungen, SARS-CoV2-Anteil 11,5 %</li> <li>○ Verschiebung bei den Einsendungen von jüngeren (04,</li> </ul>	
--	--	--



	<p>515) zu älteren (35-60, 60+) Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rhinoviren: insgesamt starker Rückgang, bei 60+ leichte Zunahme</li> <li>○ humane Metapneumoviren: leichte Aktivität</li> <li>○ Influenza: keine Nachweise</li> <li>○ endemische Coronaviren: NL63 rückläufig, Knick durch Ostertage, leichte Aktivität bei 229E und OC43</li> <li>○ SARS-CoV2: starke Zunahme der Nachweise in Altersgruppen 35+, Kinder wenig auffällig</li> <li>○ Doppelinfektion NL63/SARS-CoV2 in einer Probe</li> </ul> <p><b>-- Diskussion --</b></p> <p>Positivenanteil in KH (ARS-Daten): Ist die vorgeschädigte KH-Population tatsächlich weniger betroffen? – möglicher Effekt der Impfungen von Personal und Patienten; in einigen deutschen Unikliniken Impfung aller stationär aufgenommenen Patienten;</p> <p>Varianten: in Sequenzierungsdaten macht B.1.1.7 in KW13 knapp 90 % aus, vermutlich Annäherung an 100 %; Modellierung aus den NL geht von Verdrängung der Variante B.1.1.7 durch P1 aus; weiter keine aussagekräftigen Daten zur Krankheitsschwere bei B.1.1.7;</p> <p>Risikowahrnehmung: die jetzt vermehrt betroffenen jüngeren Altersgruppen nehmen sich möglw. nicht als Risikogruppe wahr bzw. werden von Ärzteschaft nicht als solche wahrgenommen;</p> <p>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)</p> <p><i>TODO: Diskussion der o. g. Zeitspannen in Meldedatengruppe</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	



<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Infoblatt zur Impfung für Kita-Beschäftigte geht in Kürze online auf infektionsschutz.de</p> <p><b>Pressestelle</b></p> <p>! viele Nachfragen zu Feiertageffekten, wann sind Zahlen wieder aussagekräftig?</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Flyer des BMFSFJ zu Schnelltests spricht von „Sicherheit im Alltag“ – bitte diese Formulierung nicht nutzen, besser von Risikoreduktion o. ä. sprechen</p> <p>! Daten zur Gesundheit ehemaliger Intensivpatienten wären für Kommunikation (v. a. an Bevölkerung, weniger an Politik) hilfreich, langfristige Perspektive nicht aus den Augen verlieren</p> <p><i>TODO: Zusammentragen von Daten zu Gesundheit ehem. ITS-Patienten (P1, Zuarbeit IBBS)</i></p> <p><b>vorgezogene BPK morgen, 15.04.2021</b></p> <p>! Fokus auf klinische Aspekte: syndromische Surveillance, stationäre und Intensivbehandlung, insbes. Zahlen zu ECMO-Kapazitäten, Kinder in Intensivbehandlung (s. a. Klinisches Management)</p> <p><i>TODO: Daten in Sprechzettel aufnehmen (P1)</i></p>	<p>BZgA (Heide Ebrahimzadeh -Wetter)</p> <p>Presse (Ronja Wenchel)</p> <p>P1 (Mirjam Jenny)</p> <p>Präs</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>Hinweis auf Erlassbericht zu Genesenzertifikat vom 13.04.21 (ID3336)</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG38 (Ute Rexroth)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! <b>Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ AGI-Kritik an Empfehlung für frühere Fälle „die berufliche</li> </ul>	<p>FG38 (Ute Rexroth)</p>



	<p>Tätigkeit ... mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall“ zu „pausieren“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ kein Ansteckungsverdacht, damit keine Grundlage für Tätigkeitsverbot</li> <li>○ Diskussion: beruflichen Bereich von jetziger Formulierung ausnehmen, für privaten Bereich Empfehlung zur „Pausierung“ aufrechterhalten</li> </ul> <p><i>TODO (mittelfristig): Anpassung des Dokuments (FG36/37)</i></p> <p><b>! Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme für KP1 unter medizinischem Personal bei Personalmangel</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlungen wurden im Glauben entfernt, dass KH-Personal durchgeimpft ist, was aber tatsächlich nicht der Fall ist (Situation in Berlin nicht repräsentativ)</li> </ul> <p><i>TODO: Wiedereinführung der Empfehlungen diskutieren (FG37)</i></p>	<p>FG37 (Tim Eckmanns)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>! Nicht besprochen</b></p>	<p>FG33</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>! Nicht besprochen</b></p>	<p>ZBS1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>! Vorschlag für zwei Kernbotschaften (s. a. Kommunikation):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ elektive Eingriffe aussetzen, Regelbetrieb einschränken, bestenfalls in allen (auch privaten) KH, um Kapazitäten zu erhalten</li> <li>○ strategische Verlegung von Patienten zum Kapazitätsausgleich wird in Kürze erforderlich sein</li> </ul> <p><b>-- Diskussion --</b></p> <p>Warum erfolgt keine offene Kommunikation zu besonders betroffenen Regionen? – nicht unsere Primärdaten, einzelne Regionen sollen nicht herausgegriffen werden, keine Einmischung in die Krisenkommunikation anderer – Einwand: DIVI-Daten liegen in hoher Auflösung (regionale bzw. Standortebene) vor, könnten genutzt werden</p>	<p>IBBS (Christian Herzog)</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>! Nicht besprochen</b></p>	



<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 16.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	16.04.2021, 11-13 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                      |                             |                      |
|----------------------|-----------------------------|----------------------|
| <b>Teilnehmende:</b> | !                           | FG37                 |
| !                    | Institutsleitung            | o Tim Eckmanns       |
|                      | o Lars Schaade              | !                    |
|                      | o Lothar Wieler             | FG 38                |
| !                    | Abt. 3                      | o Inessa Markus      |
|                      | o Osamah Hamouda            | o Meike Schöll       |
|                      | o Tanja Jung-Sendzik        | !                    |
| !                    |                             | IBBS                 |
| !                    | Abteilung 1 Leitungsbereich | o Christian Herzog   |
|                      | o Annette Mankertz          | !                    |
| !                    |                             | P1                   |
| !                    | Abt. 2 Leitung              | o Esther-Maria Antao |
|                      | o Thomas Ziese              | !                    |
| !                    | FG14                        | P4                   |
|                      | o Mardjan Arvand            | o Susanne Gottwald   |
| !                    | FG17                        | !                    |
|                      | o Dschin-Je Oh              | Presse               |
| !                    | FG 32                       | o Jamela Seedat      |
|                      | o Michaela Diercke          | !                    |
| !                    | FG33                        | ZIG1                 |
|                      | o Ole Wichmann              | o Johanna Hanefeld   |
| !                    | FG34                        | !                    |
|                      | o Matthias an der Heiden    | ZBS 1                |
|                      | o Andreas Hicketier         | o Janine Michel      |
|                      | o Viviane Bremer            | !                    |
| !                    | FG36                        | BZgA                 |
|                      | o Walter Haas               | o Martin Dietrich    |
|                      | o Silke Buda                | !                    |
|                      | o Stefan Kröger             | FG11                 |
|                      |                             | o Sangeeta Banerji   |
|                      |                             | (Protokoll)          |
|                      |                             | !                    |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fälle, Ausbreitung</li> </ul> </li> </ul> <p><i>entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• National (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>o Fallzahlen/Todesfälle</li> </ul> <p>-7d-Inzidenz bis gestern ein steiler Anstieg, schätzungsweise 10%-15% Unterschätzung der Tagesaktuellen Zahlen (Graubereich)</p> <p>-Geographische Verteilung: Die meisten Regionen &gt;100/100.000 EW, nur 4 LK &lt;50/100.000 EW.</p> <p>-Spitzenreiter: Greiz/Hof</p> <p>-Todesfälle korrelieren mit hohen Inzidenzzahlen</p> <p>-Sterbefälle: sind stabil, keine Übersterblichkeit</p> <p>-Deutschland liefert nun Daten an Euromomo (<a href="http://www.euromomo.eu">www.euromomo.eu</a>). Vorher nur Daten aus Berlin und Hessen dort verfügbar, diese BL sind auch noch zusätzlich dort gesondert aufgeführt.</p> <p>-Ab November 2021: Gesetzgebung zur Mortalitätssurveillance</p> <p>! Indikatorbericht (<a href="#">hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Erstmalige Vorstellung im Krisenstab</li> <li>-Im Intranet verfügbar</li> <li>-Seit letzte Woche wird er an die Bundesländer (BL) verschickt</li> <li>-BL gegen eine Veröffentlichung, da sie Nachfragen bei Diskrepanzen zu ihren eigenen veröffentlichten Zahlen fürchten, vor allem beim R-Wert</li> </ul> <p>Anmerkung: Unterschiedliche R-Werte zwischen Indikatorbericht und Lagebericht könnte verwirren. Antwort: Indikatorbericht enthält konsolidierten R-Wert über den Zeitraum von einer Woche und nicht den tagesaktuellen R-Wert. Diesen Unterschied kann man kommunizieren.</p> <p><b>To do:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Hospitalisierung ü60 ergänzen (in Übereinstimmung mit den Control-COVID Kernindikatoren)</i></li> <li>2. <i>Veröffentlichung anstreben, eventuell nur auf Bundesebene oder in Abstimmung mit BL auch mit (ausgewählten) länderspezifischen Indikatoren</i></li> </ol>	Michaela Diercke
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mission Montenegro startet am Sonntag und geht bis Freitag: Abteilung 3 und 2 Personen aus der Charité unterstützen bei IPC, ICU und EPI</li> </ul>	ZIG (Johanna Hanefeld)



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Anfrage der Präsidentin der Republik Moldova an Deutschland (RKI explizit erwähnt): sehr großer Hilfebedarf in vielen Bereichen. Es wird ein Hilfspaket mit Laborbedarf und ein Emergency medical team (zusammen mit Norwegen) zusammengestellt in Zusammenarbeit mit GIZ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und SEEG (Schnell Einsetzbare Expertengruppe Gesundheit)</p> <p>! Neu (Auf BMG Wunsch): Bi-weekly Analyse von PH-Maßnahmen im internationalen Vergleich und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen</p> <p>! oxford government tracker wird auch berücksichtigt (<a href="https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker">https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker</a>)</p> <p><b>To do:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handlungsempfehlungen vorab in der Krisenstabssitzung vorstellen und besprechen, dafür soll Lagezentrum mit ZIG2 eine Vorlage erarbeiten</li> </ol>	
<b>3</b>	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>!</p>	Schmich
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>To do:</b></p> <p>LZ soll Risikobewertung für nächste Woche Mittwoch zur Besprechung vorbereiten, anschließend in 2-3-wöchigem Rhythmus</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! 8 Pandemietipps nicht barrierefrei, daher wird von externer Seite neues barrierefreies Layout erarbeitet, sowie eine Übersetzung in andere Sprachen. Wird an BZgA geschickt</p> <p>! EpiBull soll zukünftig auch barrierefrei werden, daher wird Frau Harendt einen Lehrgang absolvieren</p> <p>! Hinweis: Neuer EpiBull Artikel am Montag über Selbst-Probennahme durch Patienten und Ag-Schnelltests</p> <p>! Hinweis: EpiBull Artikel über pädiatrisches Cluster und Haushaltsausbrüche in Hamburg</p> <p>! Keine Ergänzungen</p>	<p>Martin Dietrich</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<b>6</b>	<p><b>Neues aus dem BMG</b></p> <p>!</p>	BMG
<b>7</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>! <b>Allgemein</b></p> <p>! Kommunikation der Abbildung mit Projektion der Fallzahlentwicklung im Lagebericht? (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>Alle</p> <p>Math.a.d.Heiden</p>







## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Entwicklung und Maßnahmen, z.B. auch Sommerreisen vermeiden, mögliche 4. Welle. Vorschlag: Public Health Konferenz organisieren.</p> <p>3. FG33: Modellierung der Auswirkung von VOC</p> <p>4. FG38 (Ausbruchskoordination): Ermittlung von notwendigen Maßnahmen zur schnellen Ausbruchsbekämpfung von VOC, um Ausbreitung („Flächenbrand“) zu verhindern</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Kontaktpersonenpapier</p> <p>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).</p> <p>b) Falls Quellfall mit einer Impf-Escape Variante infiziert ist, dann gilt Quarantäneanordnung auch für Geimpfte</p> <p>c) Definition enger Kontakt explizit auch für Kontakt mit respiratorischem Sekret</p> <p><i>To do: Papier am Dienstag bitte an AG-I zur Kenntnis</i></p>	Walter Haas
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Update zu Epidemiologischen Bulletin 13/2001 (RKI-STIKO Modell)</p> <p>! -Modellierung mit Annahme einer Kontaktzunahme von 20-30%. Vergleich mit aktuellen Zahlen (ITS Fälle) zeigt, dass tatsächliche Kontaktzunahme nur 10%.</p> <p>! BMG möchte eine Modellierung der Lockdown Effekte. Dazu gibt es ein Pool von ca. 2000 Personen, die alle 2 Wochen befragt werden.</p> <p>! -Eine 4-Wöche Kontaktreduktion wie beim 1. Lockdown kann das Überschreiten der ITS-Kapazitäten verhindern.</p>	FG33 (Ole Wichmann)
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Virologisches Sentinel: <ul style="list-style-type: none"> <li>o 695 Proben, 48% COVID-19 Fälle (90% davon B1.1.7)</li> <li>o 200 Rinovirus positiv</li> <li>o Keine Influenzaviren</li> <li>o 10% positiv für Parainfluenzaviren</li> <li>o 2% positiv für humane Metapneumoviren</li> </ul> </li> <li>• 1012 Proben <ul style="list-style-type: none"> <li>o 443 (44%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7</li> </ul> </li> </ul>	ZBS1 FG17
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>!</p>	IBBS
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>!</p>	Alle

<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie ( <b>nur montags</b> )	FG32 FG36
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (<b>nur freitags</b>)</b> ! HH berichtet, dass Personen mit möglicherweise gefälschten Testnachweisen aus Griechenland eingereist sind. Die Personen legten bei Einreise negative Testergebnisse vor, jedoch ergaben sich im Rahmen von Ausbruchsermittlungen Hinweise darauf, dass Abstrichentnahmen vor Abreise nicht stattgefunden haben könnten. Auch aus BY gibt es Berichte über gefälschte Testnachweise bei Einreise aus Griechenland.	FG38 (Meike Schöll)
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (<b>nur freitags</b>)</b> ! /	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 19.04.2021, 13:00	Alle

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	19.04.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Webex

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                        |                       |
|------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung     | o Anna Rohde          |
| o Lars Schaade         | ! FG36                |
| o Lothar Wieler        | o Silke Buda          |
| ! Abt. 1               | o Stefan Kröger       |
| o Martin Mielke        | ! FG37                |
| ! Abt. 3               | o Muna Abu Sin        |
| o Osamah Hamouda       | ! FG38                |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Maria an der Heiden |
| o Janna Seifried       | o Ute Rexroth         |
| ! ZIG Leitung          | ! IBBS                |
| o Johanna Hanefeld     | o Bettina Ruehe       |
| ! ZIG1                 | ! Presse              |
| o Luisa Denkel         | o Ronja Wenchel       |
| ! FG14                 | o Marieke Degen       |
| o Melanie Brunke       | ! BMG                 |
| ! FG17                 | o Christophe Bayer    |
| o Thorsten Wolff       | ! P1                  |
| ! FG21                 | o Mirjam Jenny        |
| o Patrick Schmich      | ! P4                  |
| ! FG25                 | o Susanne Gottwald    |
| o Christa Scheidt-Nave | o Dirk Brockmann      |
| ! FG 32                | ! ZBS1                |
| o Michaela Diercke     | o Janine Michel       |
| ! FG 33                | ! BZgA                |
| o Judith Koch          | o Oliver Ommen        |
| ! FG 34                | ! MF3                 |
| o Viviane Bremer       | o Nancy Erickson      |
| ! FG35                 | (Protokoll)           |
|                        | !                     |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung</li> <li>○ Entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe</li> </ul> <p><b>National - Fallzahlen/Todesfälle</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Überblick Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.153.699 Fälle insgesamt (+11.437), davon 80.006 (+92) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 165/100.000 EW</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 16.428.425 (19,8 %), mit 2 Impfungen 5.517.282 (6,6 %)</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 4.842 Fälle in Behandlung (+56)</li> </ul> <p>! Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thüringen und Sachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt, Schleswig-Holstein einziges Bundesland weit unter dem Bundesdurchschnitt</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gleicht sich bundesweit insgesamt weiter an</li> <li>○ LK-Anzahl mit 7TI &gt; 100 weiter steigend</li> <li>○ Lediglich noch 51 LK mit 7TI &lt; 100</li> <li>○ Nur 5 LK mit 7TI &lt; 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)</li> <li>○ Hotspots u.a. LKs Sonneberg, Greiz, Saale-Orla-Kreis</li> </ul> <p>! COVID-19-Inzidenz nach Meldewoche und Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datensatz zur Darstellung für KW 15 noch nicht vollständig</li> <li>○ Steigt weiter an, am stärksten in der AG der 5-14-Jährigen, aber auch in älteren AG Anstieg zu verzeichnen, auch bei &gt; 80-Jährigen (auch wenn hier Durchimpfung bereits am höchsten)</li> </ul> <p>! DIVI-Intensivregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der ITS-Fälle weiter steigend (derzeit 8.842)</li> </ul> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung der Fallzahlen: vorsichtige Äußerung anzuraten</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auflösung: Stunden-Fenster und nach Landkreisen bzw. hier dargestellt Hamburg und Berlin</li> <li>○ Referenzzeiträume: 1. – 16. KW 2019 (schwarz) und 2020 (blau) zu 2021 (rot)</li> <li>○ Balkendiagramm: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mobilität bundesweit in 2019 und 2020 bis KW 11 im Wesentlichen konstant</li> <li>▪ Lockdown KW 11 2020: Mobilitätsrückgang -40 bis -60 %</li> <li>▪ 2021: in ersten 16 Wochen niedrigeres Niveau (Lockdown-Phase), KW 13 2021 im Vgl. zu 2020 (erster Lockdown) weiteraus geringere Mobilitätsverringering</li> </ul> </li> <li>○ Wolkendiagramm: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Großstädte (Berlin und Hamburg) samstags 22-23 Uhr (zwecks Beurteilung der möglichen Auswirkung einer nächtlichen Ausgangssperre)</li> <li>▪ X-Achse: Außentemperatur (Einfluss auf Mobilität), y-Achse: Anzahl an Bewegungen</li> <li>▪ 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 substantziell stark; 2021 (rot): weiterhin sehr reduziert bei ca. 40.000 Bewegungen, vergleichbar mit Lockdown 2020</li> <li>▪ Ähnlich in HH, ggr. geringere Bewegungsanzahl</li> <li>▪ Ähnlich Bilder auch für Freitagabend und andere Zeiträume ab 20 Uhr</li> <li>▪ Sehr wenig Bewegungen in Berlin und Hamburg auch unabhängig der Außentemperatur ersichtlich, Datengrundlagen von Telekom und Telefonica zeigen übereinstimmendes Bild</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bevölkerung scheint sich unabhängig der jeweilig aktuellen Empfehlungen eigenverantwortlich einzuschränken</li> <li>○ Hier gesamte Mobilität dargestellt, nächtliche Ausgangssperre wirkt sich nur auf kleinen Anteil der Mobilität aus (auf ca. 1/10)</li> <li>○ Kontaktnetzwerke sind ebenfalls zu berücksichtigen, siehe Modellierung der DTU Kopenhagen, wird in kommender Sitzung vorgestellt: soziale Kontaktnetzwerke in Abendstunden sehr dicht, intensiv, großgruppig und diffusiv im Vgl. zu anderen Tageszeiten! es ist anzunehmen, dass daraus stärkere Infektions-Events resultieren können</li> <li>○ Bis Mittwoch weitere Datenanalyse auch hinsichtlich ländlicher Bereiche und Kleinstädten wie bspw. Tübingen (auch hier interessant, da kein Lockdown <i>per se</i>)</li> </ul>	
--	---	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sichtbarkeit einer örtlichen Agglomeration: in Berlin recht gute Auflösung (feine Kachelung), allerdings aufgrund von Datenschutz bei &lt; 10 Bewegungen pro Kachel ausgegraut, wird aber weiter analysiert</li> <li>○ Begrenzte Wirksamkeit von Ausgangssperren nicht auszuschließen aber Bevölkerung hat Mobilität um ca. <math>\frac{3}{4}</math> reduziert, allerdings ist die Qualität noch stattfindender Kontakte derzeit nicht erkenn- oder beurteilbar</li> </ul> <p><i>To Do: Kontaktnetzwerke und Darstellung ländlicher/kleinstädtischer Bereiche (auch Tübingen) zu nächster Sitzung</i></p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>DEA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Upload Testergebnis: Zeitplanverschiebung in Bundesdruckerei, temporär nicht erreichbar, Personen konnten sich nicht einloggen, BMG hat Bundesdruckerei vehement zum Abstellen bewegt (Regressforderungen)</li> <li>! Aktuell Priorität auf SORMAS-Anbindung</li> <li>! Verschobene Updates/Instabilität nach hinten priorisiert, da grundsätzliche Stabilität zunächst gewährleistet sein muss</li> <li>! 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)</li> </ul> <p><i>To Do: Abbildung DEA-Einreise stellt Herr Schmich gern in einer der nächsten Sitzungen vor.</i></p> <p>CWA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eventregistration: Kritik an LUCA in Öffentlichkeit, in UK wurde dortige CWA-Version der Eventregistrierung aus Applestore entfernt</li> <li>! Derzeit Übereinkunft, Eventregistration in CWA anzubringen</li> <li>! 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 Pandemiegesehen</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul>	FG21 (Schmich)



	<p>! Gesundheitsämter: Anbindung hinsichtlich Funktionalität zu Testergebnissen derzeit in Diskussion</p> <p>DEMIS:</p> <p>! Testcenter werden vermehrt anzubinden und Labordaten-Umgebungen zu trennen versucht</p> <p>! Neue Profile werden veröffentlicht, um nicht nur SARS-Cov2 sondern auch alle anderen relevanten Erreger melden zu können, Labore werden schrittweise angebunden</p> <p>SORMAS:</p> <p>! Verstärkt Gesundheitsämter angebunden, Datenqualität und -verlässlichkeit müssen noch verbessert werden</p> <p>Diskussion</p> <p>! Analysen der Pooltestung von Schüler*innen (siehe bspw. Freiburg, Köln) durch Labors im Routinebetrieb – ist die Befund-Mitteilung an Endgerät der Eltern via CWA möglich?</p> <p><i>To Do: Klärung der Pooltestungs-Mitteilung via CWA bilateral zwischen Herrn Mielke und Herrn Brockmann</i></p>	<p>FG32 (Diercke)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Aktuelles Dokument <a href="#">hier</a></p> <p><i>To Do1: Die im Ordner abgelegte Datei wird von Frau Rexroth an den Krisenstab zirkuliert</i></p> <p><i>To Do2: Besprechung hierzu ist für Mittwoch, den 21.04. geplant, dann im zweiwöchigen Turnus</i></p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Kleine Anfrage der Grünen zur Kommunikationsstrategie der Bundesregierung: Frau Jenny hat Anfrage beantwortet, leitet</p> <p>! Kommunikation von Schnelltesten: Hinweisliste und Erklärgrafik zu falschen Testergebnissen sowie zur Relevanz von regelmäßigem Testen in Vorbereitung durch P1</p> <p>! Positivenanteil (siehe letzte BPK):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hat beim HZI Fragen aufgeworfen, wurde auch von ZDF heute aufgegriffen</li> <li>○ Im Hinblick auf BPK am Freitag ggf. weiteres Statement zur Bedeutung des Positivenanteils sinnvoll sowie dass dieser durch die Schnelltests aktuell nicht maßgeblich beeinflusst wird, dies ist auch unabhängig der BPK zu kommunizieren</li> <li>○ Hinweis 1: bei der BPK keine grafische Darstellung möglich, diese sollte anderweitig eingebettet und prominent dargestellt werden (bspw. Lagebericht, Twitter)</li> <li>○ Hinweis 2: Surveillance-Daten sollten berücksichtigt werden, da diese Altersgruppen-spezifisch aufgeschlüsselt sind (ältere AG höhere Positivenrate)</li> </ul>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Jenny)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>als Kinder)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweis 3: ARS-Daten geben differenzierte Hinweise auf <u>altersstratifizierte Anzahl an durchgeführten Testungen und eine Assoziation zwischen</u> Positivenanteil</li> <li>○ <del>und</del> ITS Bettenbelegung, <del>auch</del> Inzidenz und Fallzahlen korrelieren</li> <li>○ 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</li> </ul> <p><i>To Do: Eine erneute Erläuterung zu Tests und deren Bedeutung sowie zur Begrifflichkeit und Bewertung der Inzidenz ist erforderlich</i></p> <p>! „Control Covid“-Konzept:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Muss erneut klargestellt werden, da aktuell geäußerte Bestrebungen, die Gesamtbevölkerung durchzutesten wenig sinnvoll erscheint</li> <li>○ Stufenkonzept „Control Covid“ wird überabreitet, vermutlich zu kurzfristig für BPK am Freitag</li> </ul> <p>! „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</p> <p>! Einschränkung: zu viele Parameter erschweren oder verwässern andererseits die Entscheidungsgrundlage zur Umsetzung von Maßnahmen in einzelnen Bundesländern, dies sollte noch detaillierter besprochen werden</p> <p><i>To Do1: Erfassungssysteme sollten ebenso im EpidBull berücksichtigt werden (derzeit bereits in Arbeit).</i></p> <p><i>To Do2: Wiederaufnahme des o.g. Diskussionspunktes zur Inzidenz als Hauptparameter.</i></p>	
<b>6</b>	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nach Möglichkeit nur montags und freitags)</i></p> <p>! Definition „Genesener“: PCR-Positivität ausreichend, eine klinische Erkrankung ist definitionsgemäß hier nicht entscheidend. Dieser Punkt wurde bereits geklärt.</p>	Alle

8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen</p>	FG33
9	<p><b>Labordiagnostik (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</b>  <b>Update AGI Sentinel</b>  ! 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).  <b>ZBS1</b>  ! Letzte Woche 1.383 Einsendungen, davon 614 positiv (44,4 % Positivenrate)  ! Publikation zur PCR-Untersuchungen akzeptiert</p>	<p>FG17 (Wolff)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
10	<p><b><u>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</u></b>  ! <u>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 <a href="http://www.rki.de/covid-19-covriin">www.rki.de/covid-19-covriin</a> und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. unter <a href="https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/20210419_DGP_OEGP_DGAKI_C19_und_ICS_STOIC-Studie.pdf">https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/20210419_DGP_OEGP_DGAKI_C19_und_ICS_STOIC-Studie.pdf</a>)</u>  ! <u>Fazit: Budesonid-Inhalation bleibt eine individuelle Therapieentscheidung unter Berücksichtigung der Komorbiditäten; keine generelle Therapieempfehlung für COVID-19</u></p> <p><u>Antikoagulantien:</u>  ! <u>Im ambulanten Setting schwerpunktmäßig bei Patienten mit Risikofaktoren empfohlen</u></p> <p><u>Nachtrag Frau Ruehe:</u>  ! <u>Therapieübersicht der FG COVRIIN u.a. zur Antikoagulation: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile</a></u>  ! <u>Es folgt in Kürze noch eine separate Stellungnahme der FG COVRIIN nur zur Antikoagulation.</u></p> <p><b><u>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</u></b></p>	<p>IBBS (Ruehe)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><b>Inhalative Corticosteroide (Budesonid):-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wurde in Öffentlichkeit als Gamechanger bezeichnet, die zwei zugrundeliegenden Studien (STOIC und PRINCIPLE) sind jedoch nicht ausreichend zur abschließenden Einschätzung (objektivierbare Endpunkte, Placebokontrollen, Kohorten nicht vorhanden oder ausreichend)</li> <li>! Budesonid-Inhalation ist individuelle Therapieentscheidung und v.a. bei vorbestehender Lungenerkrankung relevant, keine generelle Therapieempfehlung</li> <li>! STAKOB und COVRIIN finalisieren Stellungnahme, wird morgen online gestellt</li> </ul> <p><b>Antikoagulantien:-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In Routine/Ambulanz bislang nur bei (Hoch)Risikopatienten zu empfehlen, umfangreiche Empfehlungen bereits dazu auf Website vorhanden</li> </ul> <p><b>Nachtrag Frau Rühle:-</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Therapieübersicht der FG COVRIIN, die auch die Antikoagulation im ambulanten Bereich mit abdeckt: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile</a></li> <li>! Es folgt noch eine separate Stellungnahme nur zur Antikoagulation.</li> </ul>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktuell Anfragen zu möglicher FFP3-Empfehlung (keine generelle Empfehlung zu FFP3 auszusprechen)</li> </ul>	FG14 (Brunke)
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 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</li> <li>! Frau Diercke bereitet einen Vorschlag für Herrn Rottmann vor, der über Herrn Wieler an ihn geschickt wird</li> <li>! Archivdatei: Ersatz sieht lediglich etwas anders aus, keine Zusatzarbeit für Presse erforderlich</li> <li>! Aktueller VOC-Bericht ist, wie bereits kommuniziert, der vorerst letzte, sofern keine neue schwerwiegende VOC auftritt</li> <li>! VOC-Abstimmungsrunde: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ist bereits heute Vormittag erfolgt, wird ein weiteres Mal stattfinden (kein fortlaufendes JF)</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (Diercke)  FG36 (Kröger)  ZIG1 (Denkel)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine Klärung hinsichtlich eines möglichst minimalinvasiven Vorgehens ist wünschenswert</li> <li>○ BMG-Bedarf hierbei: Übersicht, Sprachfähigkeit auch ggü. Medien, Vorschlag von Frau Kerber (Virologin) hierzu: umfassende Tabelle zu VOCs, die laufend ergänzt bzw. aktualisiert wird</li> </ul>	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge</b> ! Pandemic Preparedness Partnership Conference (Initiative der brit. Regierung): 20.4., 13-18 Uhr, Herr Wieler nimmt teil ! Konferenzhinweis „Zero Covid“ 24.04. ca. 13-17 Uhr, link wird von Frau Jenny zirkuliert	Alle
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.04.2021, 11:00	

Ende 14:25



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	21.04.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Muna Abu Sin
o Lars Schaade	! FG 38
! Abt. 1	o Maria an der Heiden
o Martin Mielke	o Ute Rexroth
! Abt. 3	! IBBS
o Osamah Hamouda	o Christian Herzog
o Janna Seifried	o Bettina Ruehe
o Tanja Jung-Sendzik	! MF4
! FG12	o Martina Fischer
o Annette Mankertz	! P1
! FG14	o Esther-Maria Antao
o Melanie Brunke	! P4
! FG17	o Susanne Gottwald
o Ralf Dürrwald	! Presse
! FG21	o Ronja Wenchel
o Wolfgang Scheida	o Marieke Degen
! FG24	o Susanne Glasmacher
o Thomas Ziese	! ZIG1
! FG 32	o Luisa Denkel
o Michaela Diercke	! BZgA
! FG34	o Heide Ebrahimzadeh- Wetter
o Viviane Bremer	! BMG
o Andrea Sailer (Protokoll)	o Christophe Bayer
! FG36	
o Stefan Kröger	
o Silke Buda	
o Kristin Tolksdorf	





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.188.192 (+24.884), davon 80.634 (+331) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 160/100.000 Einw.</li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein weiterer Anstieg, ähnlicher Trend in den meisten BL</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenzen deutschlandweit sehr hoch, nur 6 LK mit Inzidenz bis 50 und 55 LK mit Inzidenz 50-100</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen Altersgruppen Anstieg von KW 14 zu KW 15</li> <li>▪ deutlicher Anstieg bei 5-14 und 15-34 Jährigen</li> </ul> </li> <li>○ Hospitalisierte                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Woche 12 zu 13 kein weiterer Anstieg, kein Ostereffekt zu vermuten</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein weiterer Rückgang von Todesfällen, eher Plateau</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kleiner Anstieg der Fälle mit Antigennachweis, Anteil jedoch weiter sehr gering, &lt; 10%</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ca. 1,3 Mio. Tests durchgeführt, wieder mehr als in KW 13 und KW 14</li> <li>▪ Positivenanteil leicht gestiegen auf 12,4%, Anstieg</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32 (Michaela Diercke)</p> <p>Abt.3 (Hamouda, Seifried)</p>







	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Anstieg bei 35-59 und 60-79 Jährigen</li> <li>▪ Vorläufige Ergebnisse für KW15: es sieht so aus, als würde sich dieser steile Anstieg nicht fortsetzen.</li> <li>▪ Anteil COVID an allen hospitalisierten SARI-Fällen steigt weiter an.</li> </ul> <p>○ ICOSARI: SARI-Fälle in Intensivbehandlung mit COVID-19, vorläufige Daten bis KW 15</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hauptlast liegt bei 60-79 Jährigen, in dieser Altersgruppe werden die Patienten jünger.</li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW15: 137 Einsendungen; ca. 150 Einsendungen pro Woche in letzten 3 Wochen</li> <li>○ SARS-CoV-2: 6,9%, B.1.1.7 seit 2 Wochen 100%.</li> <li>○ Rhinovirusaktivität ist über Osterzeit stark eingebrochen.</li> <li>○ Parainfluenzavirus: ca. 2%</li> <li>○ SARS-CoV-2 ist zurückgegangen, endemische Coronaviren bei Kleinkindern nehmen zu.</li> <li>○ Gestern 1. positiver Influenzavirusnachweis, wird noch sequenziert.</li> <li>○ Altersverteilung bei Probeneingängen hat sich zugunsten der 0-4 Jährigen verschoben. Bei 35-60 Jährigen ging die Probenanzahl zurück.</li> <li>○ Rhinovirusaktivität steigt in höheren Altersgruppen.</li> <li>○ Endemische saisonale Coronaviren: nach wie vor starke Aktivität von NL63 und OC43.</li> <li>○ Altersverteilung bei NL63: Nachweisrate am höchsten bei 0-4 und &gt;60 Jährigen.</li> <li>○ SARS-CoV-2: Nachweisrate bei Kindern im Sentinel nicht sehr hoch. Vermutlich wegen geringer Symptomatik, die keinen Arztbesuch erforderlich macht.</li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4.987 Patienten auf ITS, 306 Fälle mehr als in</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mielke</p> <p>Alle</p> <p>Fischer</p> <p>Herzog</p> <p>Buda</p>
--	---	--



	<p>Vorwoche.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Steigende Zahlen in nahezu allen BL.</li> <li>▪ Todeszahlen auf ITS sind ebenfalls steigend.</li> <li>▪ Starker Anstieg von Kindern auf ITS setzt sich nicht fort.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Belastung der Intensivmedizin <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nord-West: hohe Auslastung in Bremen, in übrigen BL eher moderat.</li> <li>▪ Nord-Ost: starker Anstieg in Sachsen-Anhalt</li> <li>▪ Mitte: Lage hat sich in Thüringen leicht entspannt.</li> <li>▪ Süd: besonders starker Anstieg in BW; Kapazitäten in südlichen BL relativ hoch.</li> </ul> </li> <li>○ Behandlungskapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschehen verteilt über ganz Deutschland.</li> <li>▪ In 9 BL Anteil von COVID-19-Patienten an ITS-Betten über 20%.</li> <li>▪ Freie Kapazitäten nehmen ab, 60% melden Einschränkungen im Betrieb.</li> </ul> </li> <li>○ Beatmungskapazität <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Über 85% der Behandelten benötigen eine Beatmung.</li> <li>▪ Schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen zu und freie ECMO Kapazitäten ab.</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prognose eines milden Anstiegs</li> </ul> </li> </ul> <p>! Wo bilden sich die in Zusammenhang mit Reisen durchgeführten Tests ab?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ Fr. Seifried ist in Kontakt mit Firma, die Daten aus Testzentren ermitteln will.</li> </ul>	
--	--	--

	<p>! Wird eine leichte Entspannung gesehen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testungen noch nicht wieder auf Niveau der Vorwochen, kann nächste Woche besser beurteilt werden.</li> <li>○ Selbsttests gehen nicht in die Betrachtung mit ein, spiegelt sich in Meldezahlen nicht wieder.</li> <li>○ 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.</li> <li>○ Stagnation, noch keine Entspannung, aber auch kein weiterer Anstieg. Fallzunahme scheint sich abzuschwächen.</li> <li>○ Es werden Anfragen zur Einschätzung der Lage kommen, RKI sollte sich zum aktuellen Geschehen äußern ohne Hypothesen zu den Gründen zu formulieren.</li> <li>○ Eine Abbildung der wöchentlichen Erstaufnahmen auf ITS wäre sinnvoll. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 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.</li> </ul> </li> <li>○ Information aus 5 Kleeblättern: 4 sprechen von einer horizontal stabilen Lage mit keiner weiteren Zunahme des Bettenbedarfs und verlegen nur innerhalb des Kleeblatts. Nur im Kleeblatt Ost sind auch Verlegungen in andere Kleeblätter geplant, da Sachsen von einer weiteren Zuspitzung der Lage in nächsten 2 Wochen ausgeht.</li> <li>○ ICOSARI: Nicht mehr so viele stationäre Aufnahmen, aber Niveau nach wie vor unbefriedigend hoch.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21



	<p>dargestellt werden.</p> <p><i>ToDo: FAQ zu Spätfolgen, FF Fr. Jenny</i></p> <p>! Wäre es sinnvoll, Empfehlungen offensiver zu kommunizieren, bei welchen Symptomen oder Verschlechterung der Symptomatik ein Arzt aufgesucht werden sollte?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgruppe der 35-59 Jährigen ist sich häufig nicht bewusst, dass auch sie schwer erkranken kann.</li> <li>○ Ziel: Vermeidung, dass Patienten zu spät im Gesundheitsversorgungssystem vorstellig werden.</li> <li>○ Wird von BZgA über Webseite aufgegriffen, jedoch nichts Spezielles für diese Zielgruppe.</li> </ul> <p><i>ToDo: Flussschema auf Aktualität überprüfen und in einem einfachen Papier oder FAQ zusammenfassen, FF IBBS, P1</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher wurde aus den KH nicht rückgemeldet, dass sich diese Altersgruppe nicht frühzeitig genug vorstellen würde.</li> </ul> <p><i>ToDo: IBBS klärt bei den KH, ob hier ein Problem besteht.</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Bitten aus AGI:</p> <p>1. Ausnahme Geimpfte von Testpflicht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch: Geimpfte sollen bei Tests nicht mehr berücksichtigt werden, nur noch niedrighschwellige, anlassbezogene Testung bei Symptomen.</li> <li>○ Die Empfehlung bleibt so, da es weiterhin zu leichten Erkrankungen von Geimpften in der Pflege kommt.</li> <li>○ Keine Ausnahme, wird fachlich für die richtige Empfehlung gehalten.</li> </ul> <p>! 2. Streichen der Schnelltests während Quarantäne</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll nicht rausgenommen werden, FG36 wird prüfen, ob „möglichst“ eine Option wäre.</li> <li>○ Allerdings handelt es sich sowieso nur um eine Empfehlung.</li> <li>○ Da die Schnelltests nicht in der Testverordnung enthalten sind, handelt es sich auch um eine Finanzierungsfrage.</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth) / Alle</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Innerhalb der Quarantäne negativ getestete Personen erhalten keine Freiheiten.</li> </ul> <p>3. Verlängerung Isolation auf 21 Tage (mit Möglichkeit der Freitestung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rheinland-Pfalz wünscht Verlängerung aufgrund der Beobachtung, dass die Ct-Werte zum Ende der Isolation bei der B.1.1.7 Variante häufig noch &lt; 30 sind.</li> <li>○ Empfehlung an sich ist konsistent, da in diesem Fall die Quarantäne verlängert werden würde.</li> <li>○ RP sollen Fallbeispiele ans RKI schicken.</li> </ul> <p><i>ToDo: Literaturscreening zum Thema, wie lange bei der B.1.1.7 Variante relevante Virusmengen ausgeschieden werden, FF IBBS</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Diskussion Eckpunktepapier</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur kurze Vorstellung, da am Eckpunktepapier parallel zur Krisenstabsitzung gearbeitet wird (FF Hr. Mehlitz).</li> <li>○ Inhalt: Bund kann Ausnahmen von verpflichteten Maßnahmen für Geimpfte, Genesene und Getestete definieren.</li> <li>○ Die Befürchtung ist, dass die Ausnahmen zu weitreichend sein werden.</li> </ul>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZBS1/ FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! BAuA hat FAQ zu antiviral beschichteten Masken erstellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Nutzen ist nicht bewiesen, die Unbedenklichkeit nicht belegt.</li> <li>○ Living Guard Masken <u>und andere Produkte</u> werden intensiv beworben. Mechanismus: Metallfäden/ Imprägnierung mit Bioziden/ photoaktive Substanzen</li> <li>○ Fällt in Zuständigkeit des BfArM.</li> </ul> <p><i>ToDo: <u>FAQ wird auf unseren Seiten verlinkt</u> Fr. Brunke macht Vorschlag für FAQ und kontaktiert die Pressestelle.</i></p>	FG14 (Brunke)



<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! TK Mi 21.04. 14 Uhr mit BMG zu Eckpunktepapier	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 23.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Fr., 23.04.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Osamah Hamouda

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36
!	Institutsleitung	o Silke Buda
	o Lothar H. Wieler	!
	o Lars Schaade	FG37
!	Abt. 1	o Muna Abu Sin
	o	o Sebastian Haller
!	Abt. 3	!
	o Osamah Hamouda	FG 38
	o Tanja Jung-Sendzik	o Maria an der Heiden
!	FG12	o Ute Rexroth
	o Annette Mankertz	!
!	FG17	IBBS
	o Djin-Ye Oh	o Janine Michel
!	FG21	o Michaela Niebank
	o Wolfgang Scheida	o Claudia Schulz-Weidhaas
!	FG24	!
	o Thomas Ziese	P1
!	FG 32	o Mirjam Jenny
	o Michaela Diercke	o Ines Lein
!	FG33	!
	o Ole Wichmann	Presse
!	FG34	o Jamela Seedat
	o Viviane Bremer	!
!	FG35	ZIG
	o Anna Rohde	o Johanna Hanefeld
		!
		ZIG1
		o Luisa Denkel
		o Franziska Badenschier
		(Protokoll)
		!
		BZgA
		o Oliver Ommen





	<p>(+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.</p> <p><i>To Do: bilaterale Diskussion im Anschluss, ob bzw. wie sich Daten doch nachträglich korrigieren lassen.</i></p> <p>Baden-Württemberg: Modellprojekt in Tübingen abgebrochen.  Nur 61 Landkreise mit 7-Tage-Inzidenz &lt;100/100.000 Ew.  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.</p> <p><b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>ARS-Daten</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>Montenegro-Mission</b>  Zusammen mit Abt. 3  Team z.T. zurück, z.T. auf Rückreise</p> <p><b>Moldawien-Mission</b>  Mission mit Schnell Einsetzbarer Expertengruppe Gesundheit (SEEG, GIZ)  Evt. auch mit EMT</p>	ZIG (Hanefeld)



	<p>Politische Unklarheiten: Mission von Präsidentin angefragt, von Gesundheitsministerium aber nicht – wird geklärt.</p> <p><b>Namibia-Mission</b> in Vorbereitung Fokus: Aufbau von Testkapazitäten</p> <p><b>Austausch zu NPI und Kontaktnachverfolgung bei steigender Impfquote</b> Dank an Abt. 3 und Abt. 1 Gesprächsnotiz geht an nCoV-Lage und gibt es auf Anfrage</p> <p><b>Austausch zu Auswirkungen der Pandemie und Pandemie-Maßnahmen auf Ungleichheiten</b> mit WHO Department Social Determinants of Health Dank an Abt. 2</p> <p><b>Einreisen und 3 Formen der Risikogebiete</b> DEU macht es schwieriger als viele europäische Nachbarn Frage: Wenn davon auszugehen ist, dass Virusvarianten weiterhin bzw. langfristig relevant ist – wie lange ist so ein System tragbar? Bitte, Vorschlag: gegenüber BMG positionieren. Zustimmung – wird sich auf Dauer nicht durchhalten lassen; überlegen, wie damit umzugehen ist.</p> <p><i>To Do: Auf Wiedervorlage</i></p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b>  (nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>  <b>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung</b> Aktuell keine Diskussion bzw. Änderung nötig</p>	Abt. 3 (Hamouda)
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>  Aktivitäten: Aktuell/ neu: „Bundesnotbremse“ – Änderung IfSchG: neuen gesetzlichen Regelungen gehen heute auf Website, evt. nächste Woche Twitter Weiterhin: Standardaufklärung AHA+L-Regeln, Impfen Gemeinsamer Steuerungskreis noch mehr Testimonials, z.B. Günther Jauch neben Plakaten in Stadt sollen auch Anzeigen in Medien geschaltet werden Neue Broschüren sollen in Apotheken ausgelegt werden, gemeinsam erstellt von BZgA und BMG, in Zusammenarbeit mit Eckart von Hirschhausen Frage Hamouda: Kampagne von Schauspielern (Anm.: #allesdichtmachen) – Gibt es Überlegungen, ob man was dagegensetzen will? BZgA: unklar RKI: Steuerungskreis tauscht sich 3x/Woche, wird für heute</p>	BZgA (Ommen)  FG33 (Wichmann)

	<p>Nachmittag besprochen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>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</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Presse (Seedat)</p> <p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p><b>Strategiepapier zu Öffnungen für BMG</b> 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 <math>\zeta</math> bergeordnete 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 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 Schaade: Öffnungskonzepte von Israel und UK</p>	<p>Schaade / FG36 (Buda) / Alle</p> <p>Haller, Hamouda, Buda u.a.</p>



	<p>anschauen, ob Aspekte für DEU relevant sind                  Entscheidung, insb. Wieler:                  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.</p> <p><b>Erlass Ausnahmeregelungen Erlass zur Kommunikation der                  Definitionen Geimpfte, Genesene, Getestete</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  Zweck: Definitionen für Amtsgebrauch, als Legaldefinition                  Hinweis vorab: Diese Definitionen sind zu unterscheiden von                  Definitionen fürs Kontaktpersonen-Management.                  Detaillierte Diskussion zu Definitionen im Wortlaut,                  Implikationen einzelner Wörter                  Ergebnis siehe Folien                  Hinweis Wieler: Anekdoten von gefälschten Impfbildern;                  bei Definitionen also auch berücksichtigen, dass – sofern                  Impfbilder in Definition vorkommen – andere                  sicherstellen müssen, dass diese überprüft werden können.                  Hinweis Wichmann: elektronischer Impfnachweis (s.u.)                  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.                  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.                  Bitte Wieler: Tabelle, wenn möglich.                  Bitte Schaade: Wording möglichst an bereits genutzten                  Formulierungen orientieren, z.B. aus EpidBull.                  Frage: Müssen die Definitionen auf RKI-Website publiziert                  werden – oder alternativ auf BMG-Website und RKI verlinkt                  dorthin?                  Contra RKI-Webpage: Legaldefinition bei BMG besser als                  bei RKI aufgehoben; Gefahr, dass Gesundheitsämter                  und andere verwirrt werden;                  Pro RKI-Webpage: Änderungen der Definition können                  vom RKI beeinflusst werden.                  Entscheidung: Auf RKI-Seite, mit Disclaimer, ggf. als Tabelle.</p> <p><i>To Do: Presse schlägt geeignete Seite auf RKI-Webpage vor.</i></p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 3                  (Hamouda,                  Rexroth)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>



<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>Elektronischer Impfnachweis</b>          Diskussionen auf EU-Ebene; RKI nicht federführend, aber beratend          Prüfzertifikat für Impfungen bzw. Immunschutz nötig          Referenz-App wird gerade erstellt, soll open source werden, soll zum 15.05. fertig werden, aber IBM unterschätzt Komplexität          Restaurants, Flughafen etc. brauchen Lesegerät</p> <p><b>COVIMO-Studie: Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland</b>          Gestern 3. Bericht zu Impfaakzeptanz 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.</p> <p><b>Impfstoff von Janssen (Johnson &amp; Johnson):</b>          Auslieferung ca. 300.000 Dosen übers Wochenende, insg. ca. 10 Mio. Dosen bis Ende Q2/2021          in USA 6 Fälle von Hirnthrombosen, 3 davon mit Thrombozytopenie          STIKO hat gestern getagt; keine weitreichenden Änderungen der aktuellen Empfehlungen wegen der Fälle in USA geplant, aber weiterhin eng monitoren und ggf. adjustieren, wenn Datenlage klarer wird oder Fälle in DEU auftreten.</p> <p><b>Umgang mit geimpften PCR-Positiven mit hohem CT Wert</b>          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</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p> <p>Rexroth, Wichmann, Abu Sin, Oh</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b>          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.</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>



	<p>In KW 16 bisher 763 Proben, davon 313 positiv auf SARS-CoV-2, 41,02%</p> <p>Großteil davon B.1.1.7</p> <p>Besonderheiten bei Sequenzen entdeckt: Wildtyp, aber mit N501Y Mutation; B.1.1.7 ohne Deletion 69/70</p> <p>1 Reinfektion bestätigt: bei Erstinfektion 11/2020 WT, jetzt 04/2021 B.1.1.7 mit zusätzlicher Mutation K417N</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Budenosid</b> 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. <a href="#">hier</a>) Pressekonferenz der DGP für nächste Woche geplant BfArM hat Surveillance eingerichtet: hat sehr schnelle Steigerung im Verbrauch festgestellt</p> <p><b>Impfung von stationären Patienten</b> 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</p>	<p>IBBS (Niebank)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>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; fragen, ob z.B. Kurzstreckenflüge weniger prioritär behandelt werden können, weil da Masken gar nicht abgenommen werden Personalie: Peter Tinnemann wird <u>neuer Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main (Nachfolger von René Gottschalk) und damit auch zuständig für den Flughafen Frankfurt (FRA) neue Leitung für LK Dahme-Spreewald, damit auch zuständig für Flughafen Berlin Brandenburg</u></p>	<p>FG38 (Maria an der Heiden)</p>
<b>14</b>	<p>Hohe Belastung; weit entfernt von Deeskalation, insb. wegen weiterhin vielen Erlassen mit kurzen Fristen sowie zunehmenden Reisen Rufdienst durch Taskforce Ausbruchsgeschehen zunehmend</p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>

	belastet	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mo., 26.04.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	26.04.2021, 13-15 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Meeting

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| ! Institutsleitung                | ○ Patrick Schmich      |
| ○ Lars Schaade                    | ! FG25                 |
| ○ Lothar Wieler                   | ○ Christa Scheidt-Nave |
| ! Abt. 1 Leitung                  | ! FG 32/38             |
| ○ Martin Mielke                   | ○ Maria an der Heiden  |
| ○ Annette Mankertz                | ○ Ute Rexroth          |
| ! Abt. 3 Leitung                  | ○ Michaela Diercke     |
| ○ Osamah Hamouda                  | ! FG 33                |
| ○ Tanja Jung-Sendzik              | ○ Sabine Vygen-Bonnet  |
| ! ZIG Leitung                     | ! FG36                 |
| ○ Johanna Hanefeld                | ○ Udo Buchholz         |
| ! P4 Leitung                      | ○ Stefan Kröger        |
| ○ Dirk Brockmann                  | ○ Silke Buda           |
| ○ Susanne Gottwald                | ! FG37                 |
| ! P1 Leitung                      | ○ Sebastian Haller     |
| ○ Mirjam Jenny                    | ! IBBS                 |
| ! FG11                            | ○ Christian Herzog     |
| ○ Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | ! Presse               |
| ! FG14                            | ○ Ronja Wenchel        |
| ○ Melanie Brunke                  | ! ZBS1                 |
| ! FG17                            | ○ Janine Michel        |
| ○ Thorsten Wolff                  | ! BZGA : Oliver Ommen  |
| ! FG21                            |                        |





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ereignisbezogene Befragung (EDUS): 20.000 haben teilgenommen</li> <li>○ Weiternutzung der Schnittstelle zwischen CWA und EDUS wird durch BMG morgen entschieden</li> <li>○ CWA und Anbindung zu DEMIS für Testzentren in Arbeit</li> <li>○ DEA: Unstimmigkeit zwischen Bundesdruckerei und RKI wegen Datenschutzgrundverordnung.</li> <li>○ Impfnachweis: App wird wahrscheinlich durch IBM entwickelt und RKI wird wahrscheinlich Datenhalter werden. Interne Zuständigkeit für diese Daten müssen noch geklärt werden.</li> <li>○ Datenspende: Datenschutzhürde muss überwunden werden. Wissenschaftliche Kooperation mit Scripps USA</li> </ul>	Dirk Brockmann
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht berichtet	Alle
5	<b>Kommunikation</b> ! Infos auf Twitter zur europäischen Impfwoche  ! Definition Genesene/Geimpfte wurde ans BMG geschickt und Rückmeldung wird erwartet. Wo soll Papier auf Webseite verlinkt werden? <i>Antwort: Eigene Kategorie auf RKI Webseite und mit anderen Rechtsverordnungen einsortieren</i>  ! FAQs zu Long-COVID, Antigen Tests ! Anfrage aus Wien zur RKI Richtlinie zum Poolen von qPCR Proben ! Antwort: Es gibt einen Bericht von Ag Diagnostik von Juli 2020 zu diesem Thema. Bitte an Ag Diagnostik wenden.	BzGA  Presse (Ronja Wenchel)  P1 (Mirjam Jenny)
6	<b>Neues aus dem BMG</b> !	BMG
7	<b>Strategie Fragen</b> a) <b>Allgemein</b> ! b) <b>RKI-intern</b> ! Long-Covid als drohendes PH-Problem: noch offene ToDos zu adressieren? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Abteilung 2 (Frau Scheid-Nave) finden bereits Aktivitäten (Fragebögen) und Gespräche mit IBBS und Abt. 3 statt. Erweiterung der Runde um P1 (Mirjam Jenny).</li> </ul> <b>To Do:</b> <i>Long-COVID:</i> <i>Abt2, Federführung Frau Scheid-Nave in Zusamm. mit Abt3, IBBS, P1:</i> 1. <i>Schriftliche Niederlegung (Papier für BMG) des drohenden langfristigen PH-Problems durch Long-COVID. Deutlicher</i>	Alle

	<p><i>Hinweis, dass dieser Aspekt bei Öffnungsstrategien einbezogen werden muss bzw. Fallzahlen müssen niedrig gehalten werden</i></p> <p>2. <i>Daten erfassen/ Informationen sammeln durch Surveys, Serostudien, Literaturanalyse</i></p> <p>! Konzept zur effizienteren Gestaltung von KoNa und Ausbruchmanagement bei Virusvarianten wurde erarbeitet.</p> <p><b>To Do:</b> <i>Am Freitag Vorstellung des Konzepts durch Frau Siffczyk.</i></p> <p>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.</p> <p>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</p> <p><b>To Do:</b> <i>Vorstellung des Prozessvorschlags zur Ernennung einer Variante zur VOC im Krisenstab am nächsten Montag durch Thorsten Wolff</i></p>	
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! BMG hat Papier zur Definition von Genesenen/Geimpften kommentiert zurückgeschickt (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p><b>To Do (Ute Rexroth):</b> <i>Rückspiegeln ans BMG: a) Streichung des 1. Satzes nicht akzeptabel und b) Testgültigkeit beruht auf Legaldefinition und nicht auf fachlichen Überlegungen. Falls diese Punkte nicht geändert werden, kann RKI das Papier nicht mittragen.</i></p>	
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! 333 Proben in KW 15/16: 7%/ 8% Sars-Cov2 positiv</p> <p>! 14%/22% saisonale Coronaviren</p> <p>! Einzelfälle von Parainfluenza und Metapneumoviren</p> <p>! Virusvarianten: Indische Mutante: Zusammenhang zu hohen Fallzahlen noch unklar, Keine Info zur Krankheitsschwere</p> <p>! Preprints von Indian National Institute of Virology + ein Twitter Bericht legen nahe, dass Mutante gut neutralisierbar ist durch Antikörper (Genesene, Covaxin Geimpfte, Astrazeneca Geimpfte)</p> <p>! 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</p> <p>B1.620: Weltweit 82 Sequenzen. Fälle in Zentralafrika, Litaun und</p>	FG17



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>retrospektiv 9 Fälle von Anfang März-Mitte April</p> <p><b>To Do:</b> <i>Prüfen, ob Fälle zu einem Ausbruch gehören (Stefan Kröger)</i></p> <p>267 Einsendungen 492 (38,8%) Sars-CoV2 positiv, Großteil B1.1.7</p>	ZBS1
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! „Tag-13-Proben“ Studie von B1.1.7 Fällen im LK Bergstraße (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bis Tag 14: noch &gt;80% PCR-positiv</li> <li>-Kein Virusanzucht aus Ct&lt;30-Proben möglich</li> </ul> </li> <li>▪ Fazit: Bei keiner von 53 Fallpersonen (95% KI 0-7%) mit B.1.1.7 wurde in Proben ab spätestens dem 14. Erkrankungsstag vermehrungsfähiges Virus nachgewiesen</li> </ul> <p><b>To Do:</b> <i>Daten aus dieser (Buchholz) 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 (S. Haller), eventuell Daten aus Osnabrück Studie zu Altenheim Ausbrüchen unter geimpften (Michel)</i></p> <p>! Verlegung von Patienten aus Belgien nach Deutschland</p> <p>! Rechtsverordnung zur antikörper-Behandlung im Bundesanzeiger veröffentlicht, NEU: Teilstationäre Behandlung kann nun abgerechnet werden</p> <p>! Liste der Kliniken, die AK-Behandlung anbieten soll erstellt werden</p> <p>! D hat im Vergleich zur USA niedrige Rate von AK-Behandlung</p>	<p>Bucholz</p> <p>IBBS</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht berichtet</p> <p>Frage: Ist MNS unter/über FFP2 zu empfehlen, z.B. als Doppelschutz oder Spritzschutz</p> <p>Antwort: Nein! Visier als Spritzschutz</p>	Alle
<b>13</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auch bei Schulausbrüchen sind Kinder stärker involviert als früher</li> </ul> <p>Frage: BMG hat angefragt, ob RKI sich in die Diskussion zur Ermöglichung der Teilnahme an Kindern an Vereinssport durch Vorlage von neg. Schnelltests einbringen möchte</p> <p>Antwort: Erst bei niedriger Inzidenz, Keine Erweiterung von 28c IfsG notwendig/sinnvoll; Mögliche Ausnahmen für wiss. Begleitete Projekte</p> <p><b>To Do (Koordinierung durch Lagezentrum):</b> <i>Erstellung eines Papiers zu einer Nutzen/Risiko Abwägung von</i></p>	Silke Buda



	<i>Öffnungsmaßnahmen am Beispiel des Themas ‚Sport im Freien für Kinder‘. Mögliche Federführung durch Sebastian Haller</i>	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> !	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> !	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! <b>TK Indien 26.4. 15:00 Uhr,</b> TN: BMG, RKI (Semmler, Kröger, Denkel, Wolff) ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.04.2021, 11:00	Alle

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	28.04.2021, 11-13 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	RKI, Webex

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung     | o Viviane Bremer            |
| o Lars Schaade         | ! FG36                      |
| ! Abt. 1               | o Silke Buda                |
| o Martin Mielke        | o Stefan Kröger             |
| ! Abt. 3               | o Kristin Tolksdorf         |
| o Osamah Hamouda       | ! FG37                      |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Tim Eckmanns              |
| o Janna Seifried       | ! FG38                      |
| ! ZIG Leitung          | o Maria an der Heiden       |
| o Johanna Hanefeld     | ! IBBS                      |
| ! ZIG1                 | o Christian Herzog          |
| o Luisa Denkel         | ! Presse                    |
| o Eugenia Romo Ventura | o Susanne Glasmacher        |
| ! ZIG2                 | o Ronja Wenchel             |
| o Thurid Bahr          | o Marieke Degen             |
| ! FG14                 | ! P1                        |
| o Melanie Brunke       | o Ines Lein                 |
| ! FG17                 | ! P4                        |
| o Ralf Dürrwald        | o Susanne Gottwald          |
| ! FG21                 | ! BZgA                      |
| o Wolfgang Scheida     | o Heide Ebrahimzadeh-Wetter |
| ! FG24                 | ! MF3                       |
| o Thomas Ziese         | o Nancy Erickson            |
| ! FG 32                | (Protokoll)                 |
| o Michaela Diercke     | ! MF4                       |
| ! FG 33                | o Martina Fischer           |
| o Thomas Harder        |                             |
| ! FG 34                | !                           |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung</li> </ul> <p><b>National - Fallzahlen/Todesfälle</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Überblick Kennzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> <li>○ Impfmonitoring: Daten werden derzeit noch aktualisiert</li> <li>○ DIVI-Intensivregister: 5.063 Fälle in Behandlung (-59)</li> </ul> <p>! Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit ca. 14.04. auf ähnlichem Niveau, sehr konstant in Bundesländern wie SH, andere Bundesländer zeigen hingegen unterschiedliche Entwicklung (BaWü: steigender Trend, HH rückläufig), Entwicklung muss weiter beobachtet werden</li> <li>○ Im bundesweiten Trend vorerst keine eindeutig rückläufige Entwicklung, jedoch kein Anstieg zu verzeichnen</li> <li>○ Entwicklung Sachsen: von Vortag auf heute stärkere Abnahme sichtbar, Ursache fraglich, bislang keine Berichte von Übermittlungsproblemen, derzeit keine Hinweise auf Besonderheiten, wird nähergehend betrachtet</li> </ul> <p>! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit 10 LK &lt; 50; 68 LK &lt; 100; ca. 300 LK &gt; 100 Fälle / 100.000 Einw. (über mehrere Tage hinweg)</li> </ul> <p>! 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AGe und MW (Stand 27.04.2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niveau etwa ähnlich zur Vorwoche, v.a. in den mittelalten Altersgruppen (AG)</li> <li>○ In der AG 15-19 Anstieg im Vgl. zur Vorwoche</li> <li>○ Heatmap gestern im Lagebericht veröffentlicht</li> </ul> <p>! Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach AG (Stand 21.04.2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (Stand 27.04.2021)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Tendenz im Vergleich zur Vorwoche eher steigend</li> </ul> <p>! Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Antigennachweis nach Meldewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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</li> </ul> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heatmap: AG 90+ zeigt zunehmende Inzidenz, Ursprung bzw. Ort (Alters-/Pflegeheim, mögliche Ausbrüche) werden nähergehend betrachtet</li> <li>○ 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</li> <li>○ Stand zur Ausweisung von Inzidenzen hinsichtlich Nachmeldungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bislang keine Rückmeldung aus dem BMG zu weiterem Verfahren</li> <li>▪ Aus juristischen Gründen war seitens der Mehrzahl der Länder eine Einfrierung der Inzidenz auf den Meldetag befürwortet worden (Gerichtsfestigkeit der Daten als Grundlage für Maßnahmenplanung)</li> <li>▪ Vorschlag: Ausweisung beider Varianten (eingefrorene Inzidenz und Inzidenz durch Nachmeldungen aktualisiert) auf getrennten Seiten zwecks Unterscheidbarkeit sowie mit einem Disclaimer und dem Link zum Gesetz</li> </ul> </li> <li>○ Länderinzidenzen: nach Ergreifung bundesweiter Maßnahmen sollten Inzidenzen rückläufig sein, hier jedoch teils heterogene Entwicklung in einigen Bundesländern; Entwicklung in Saarland und Hamburg aufgrund eigenständiger Maßnahmen nachvollziehbar, BaWü Klärung epidemiologischer Hintergründe/ Zeitpunkt der Maßnahmenverschärfung anvisiert</li> <li>○ Tabelle mit um Nachmeldungen aktualisierten Inzidenzen ist in Arbeit, wird Presseabteilung dann zur Verfügung gestellt</li> </ul> <p><i>To Do1: Bitte um nähere Betrachtung der Orte/Ursprung der zunehmenden Inzidenz in der AG 90+ laut Heatmap wenn möglich.</i></p> <p><i>To Do2: Bitte um weitere epidemiologische Hintergründe zu heterogener Inzidenzentwicklung hervorstechender Länder (hier v.a. BaWü).</i></p> <p><i>To Do3: Um Umsetzung der Ausweisung beider Inzidenz-Darstellungen wird gebeten.</i></p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p>	
		MF4 (Fischer)

<p>! DIVI-Intensivregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit 5.045 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser behandelt</li> <li>○ Intensivstationen füllen sich in einigen Bundesländern weiter, manche Länder zeigen erstes Plateau in COVID-ITS-Belegung</li> <li>○ Hohe Dynamik an Zu- (rot) und Abgängen/Verlegungen (grün)</li> <li>○ Differenz (türkis) zeigt langsam Stabilisierung, derzeit geringfügig im negativen Bereich</li> <li>○ Dennoch hohes Patientenaufkommen, Todeszahlen der COVID-19-Erkrankten auf ITS sind weiter steigend.</li> </ul> <p>! 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</p> <p>! Covid-19-Belegung und Belastung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Über 85% der COVID-19 ITS Behandelten benötigen eine Beatmung</li> <li>○ Die Belegungszahlen in der Beatmungsbehandlung haben die Auslastung der 2. Welle überschritten</li> <li>○ Besonders schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen besorgniserregend zu (hier teils 4-fache Belegung im Vergleich zum September 2020)</li> </ul> <p>! Einschätzung der Versorgungs-Verfügbarkeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pandemie Höchstwerte: Zwischen 60-70 % der Intensivbereiche melden begrenzte Verfügbarkeit oder Auslastung in den Bereichen Low-High-Care und ECMO</li> <li>○ Die freien betreibbaren Kapazitäten zur Beatmung und ECMO-Behandlung haben weiter abgenommen</li> </ul> <p>! 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)</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! GrippeWeb bis zur 16. KW 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 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.</li> <li>○ In KW 16 ist ARE-Rate bei Kindern gestiegen und in den anderen AG gesunken</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen bis zur 16. KW 2021:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konsultationsinzidenz insgesamt leicht gesunken im Vergleich zur Vorwoche, starker Anstieg bei AG 0-4</li> <li>○ 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</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance - AG ab 15 Jahre (AG unter 15 unter Niveau der Vorjahre)</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
---	------------------------



## **Testkapazität und Testungen** (nur mittwochs)

### **Testzahlerfassung** (Folien [hier](#))

- ! 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
  - Voraussetzung: (korrekte) Nutzung neuer OEGD-Scheine, Nutzung ggf. zu fördern
  - Mutmaßliche Untererfassung, vermutlich jedoch kein dramatischer Anstieg vorhanden
- ! 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](#))

- ! 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

FG37  
(Eckmanns)



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>derzeit steigend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Anzahl Teste und Positivenanteil in verschiedenen OEs (Arztpraxen, Krankenhaus, andere): Positivenanteil wie in Vorwoche, v.a. in Krankenhaus recht stabil</li> <li>! 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</li> <li>! 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</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte um genauere Betrachtung der o.g. Ausbrüche.</i></p> <p><b>COVID-19-Impfquote bei Personen ab 80 Jahre nach Daten aus den Impfzentren</b> (Stand 27.04.2021) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 10 Bundesländer, Daten aus Impfzentren, mobilen Impfteams und Krankenhäusern</li> <li>! Mindestens 1x geimpfte 80+ Jährige: 78%</li> <li>! Vollständig geimpfte 80+ Jährige: 62%</li> <li>! 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</li> <li>! Der Anteil der Ungeimpften ist in diesen Angaben überschätzt: unberücksichtigt sind rund 2,3 Mio. Impfungen bei Personen &gt;60 Jahren (ohne genaue Altersangabe) in den Arztpraxen</li> </ul> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Auffällig: AG 5-14 wird wenig per PCR getestet, zeigt aber einen hohen Positivenanteil – sind hierbei möglw. AG-Tests ursächlich?</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte um Überprüfung der Meldedaten hierzu ob AG-Tests vermerkt sind</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ursächlichkeit der höheren Hospitalisierungs- und ITS-Raten bei jüngeren AG als in 2. Welle unklar (eventuell eine größere Häufigkeit schwerer Verläufe), Frau Buda überprüft hierzu mögliche Hinweise aus Meldedaten</li> <li>! Jüngere AG werden häufig schneller auf ITS verlegt, da weniger Komorbiditäten vorhanden sind und sie erst später das Krankenhaus aufsuchen</li> <li>! Jüngere AG vermutlich häufiger und länger ECMO-behandelt, u.a. da bessere Verträglichkeit</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte um Erörterung der graphischen Darstellungsmöglichkeiten zu SARI, altersstratifizierte Positivraten, 7TI, Hospitalisierung an Frau Buda und Herrn Eckmanns</i></p> <p><b>VOC-Bericht - Änderungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Umbenennung (Zusatz „insbesondere zu B.1.1.7“ gestrichen)</li> <li>! In Einleitung Erklärung zu VOI ergänzt aufgrund des erhöhten Informationsbedarfes dazu</li> </ul>	<p>FG33 (Harder)</p> <p>Alle</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Abbildung A noch vorhanden, wird mit P1 besprochen</li> <li>! Tabelle zu VOIs zur schnellen Übersicht</li> <li>! Im Fazit Erhebungsinstrumente und Zusammenfassung angepasst</li> <li>! Bericht zu VOC soll unabhängig des Lageberichtes erscheinen (Detailtiefe, Umfänglichkeit und Auskunftsfähigkeit erforderlich)</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte um Besprechung einer Aufnahme der ARS-Daten für VOC-Bericht an Herr Eckmanns und Herr Kröger</i></p>	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	ZIG
<b>3</b>	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	FG21
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	Alle
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit ist ein FAQ-Dokument zu Spätfolgen von Covid in Arbeit (aktuell bei P1, Themen und Materialien werden zusammengestellt)</li> </ul> <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestriger Angriff auf Internetseite wurde erfolgreich abgewehrt</li> </ul> <p>P1</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Keine Anmerkungen</li> </ul>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
<b>6</b>	<b>Strategie Fragen</b> <p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stand Definition „Genesene/Geimpfte“: Diskussion noch nicht abgeschlossen, heute um 16 Uhr Gesprächstermin mit BMI, BMG und Kanzleramt</li> <li>! Spätfolgen (siehe Nr. 5) sind auch deshalb zu kommunizieren, da eine absichtliche Selbstansteckung bei jüngeren Personen nicht auszuschließen ist, wenn Genesene Geimpften gleichgestellt werden und sie auf einen Impftermin noch bis zum Sommer warten müssen</li> <li>! Frau Lein eruiert, ob sich aus Cosmo-Studien Daten dazu erheben lassen</li> </ul>	Alle
<b>7</b>	<b>Dokumente (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	Alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

8	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
9	<b>Labordiagnostik (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</b> <b>Update AGI Sentinel</b> ! Keine Anmerkungen	FG17
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nach Möglichkeit nur montags und freitags)</b> ! Arbeitsauftrag Bedarf an Verhaltenshinweisen für jüngere AG hinsichtlich rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung! STAKOB und COVRIIN erachten diesen als sinnvoll <i>To Do: Bitte um Vorbereitung von Material für BPK und ein FAQ-Dokument (P1, IBBS) mit dem Hinweis, dass</i> ! 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 (Herzog)
11	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analyse der Entscheidungsfindungsprozesse, die den Covid Maßnahmen voranzutreiben</li> <li>! 8 verschiedene Länder weltweit, ausgewählt nach epidemiologischen Indikatoren</li> <li>! Zeitraum Januar bis April 2021</li> <li>! Folie 3: COVID-19 Incidence, Testing rate, Test Positivity and Vaccination Coverage           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Obere Reihe (Bahrain, Chile, Israel, UK, USA): Länder mit hoher Impfrate, untere Reihe (Frankreich, Deutschland, Indien) Länder mit niedriger Impfrate; primäre y-Achse: Inzidenz, sekundäre: Anteil, x-Achse: Woche</li> <li>○ UK: Testrate (orange) sehr hoch (cave: noch höher, Skalierung primärer y-Achse angepasst) und Inzidenz abnehmend, Erfolg der Impfung</li> <li>○ Indien: niedrigste Testrate, niedrige Impfrate</li> </ul> </li> <li>! Länder mit höherer Impfrate: Impfangebot für alle, auch jüngere AG; Länder mit niedriger Impfrate: eingeschränktes Impfangebot</li> <li>! Heatmap Maßnahmen: links (USA, UK, Israel): schrittweise Lockerung der Maßnahmen nach rechts über Farbverlauf erkennbar, rechts (Bahrain, Frankreich, Indien): Mix aus Öffnung und Schließung</li> <li>! Empfehlungen: v.a. bei niedriger Impfraten, stärkere Zirkulation! begünstigt Entstehung neuer VOCs! Aufrechterhaltung der Maßnahmen, Ausweitung der</li> </ul>	ZIG (Bahr)

	<p>Impfangebote sofern möglich</p> <p>! Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Ländervergleich UK versus Frankreich / Deutschland aktuell sehr niederschwellige Testrate ersichtlich, hier verstärkt jüngere AG zu testen, Problembewusstsein zu schärfen, dass frühzeitig ein Arzt aufgesucht werden sollte (siehe Punkt 10), auch um Chance einer frühzeitigen Behandlung wahrnehmen zu können</li> <li>○ Cave beim Ländervergleich der Testraten: in Frankreich, Indien, UK sind sowohl AG- als auch PCR-Tests enthalten, bei Deutschland nur PCR-Tests</li> <li>○ Internationale Literatur und Maßnahmen sollten systematisch zwecks Vergleichbarkeit angeschaut werden! alle 2-3 Wochen Vorstellung mittwochs in Krisenstabssitzung in Vorbereitung auf die Einbringung in das BMG am jeweils folgenden Freitag</li> <li>○ Andere Maßnahmen sind beizubehalten, sofern noch keine hohen Impfquoten erreicht wurden</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b> (<i>nach Möglichkeit nur montags und freitags</i>)</p> <p>! Keine weiteren Anmerkungen</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge</b></p> <p>! Experten-Beirat Pandemische Atemwegsinfektionen (29.04.2021), Thema u.a. Long Covid</p>	Alle
	Nächste Sitzung: Freitag, 30.04.2021, 11:00	

Ende 12:33

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	30.04.2021, 12-13:20 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Meeting

**Moderation:** Lars Schaade

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Leitungsstab L1
  - Bettina Hanke
- ! Abt. 3
  - Janna Seifried
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Dschin-Je Oh
- ! FG 32/38
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
- ! FG 33
  - Ole Wichmann
- ! FG36
  - Silke Buda
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! IBBS
  - Michaela Niebank

TO P	Beitrag/Thema <u>Sondersitzung zur Abstimmung von Aufträgen des BMG/Verfassungsgerichts</u>	eingebracht von
1	<b>Aktuelle Lage: NICHT BESPROCHEN</b> ! International <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fälle, Ausbreitung</li> </ul> ! National <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen/Todesfälle</li> <li>○ Syndromische Surveillance (mittwochs)</li> <li>○ Testkapazität und Testungen (mittwochs)</li> </ul>	
2	<b>Internationales (nur freitags) NICHT BESPROCHEN</b> !	ZIG
3	<b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b> !	Schmich
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b>	Alle
5	<b>Kommunikation</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b>	
6	<b>Neues aus dem BMG</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b>	BMG
7	<b>Strategie Fragen</b> a) <b>Allgemein</b> ! b) <b>RKI-intern</b> !	Alle
8	<b>Dokumente</b> ! <b>Ausnahmereordnung</b> (Dokument <a href="#">hier</a> ) Abstimmung der Begriffe ‚asymptomatische Person‘, ‚geimpfte Person‘, ‚Impfnachweis‘, ‚genesene Person‘, ‚Genesenennachweis‘, ‚Getestete Person‘, ‚Testnachweis‘  <b>ToDo (Ole Wichmann):</b> <i>Anpassung der STIKO Empfehlung:</i> a) <i>zur Gültigkeit des Immunschutzes: aktuell 6 Monate ab Diagnose bzw. Genesung – bitte „Genesung“ streichen, da Zeitpunkt schwierig zu bestimmen ist.</i> b) <i>Zum Impfabstand nach Erkrankung: Bitte expliziter</i>	Ute Rexroth



	<p><i>Hinweis, dass Impfung auch vor Ablauf der 6 Monate erfolgen kann, z.B. nach 4-6 Monaten</i></p> <p>! <b>Email von Frau Wessel</b> (BMG) zur gebündelten Darstellung der zugelassenen Impfstoffe und den Impfschemata auf RKI Seite zwecks Verweises in Verordnungen</p> <p><b>ToDo:</b></p> <p>a) <i>(Ute Rexroth)</i>  <i>Rückmeldung an Frau Wessel, 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)</i></p> <p>b) <i>(Ronja Wenchel)</i> Existierende FAQ Seite zum Impfschema mit betreffender Seite direkt verlinken:  <a href="https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Impfschema.html">https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Impfschema.html</a></p> <p>c) <i>Ole Wichmann</i>  <i>Frist zur Entwicklung der ImpfApp von Mitte auf Ende Mai schieben lassen, da Verordnung erst da in Kraft tritt</i></p> <p>! <b>Einreiseverordnung</b></p> <p><b>ToDo (Frau Hanefeld, Frau an der Heiden, Frau Rexroth):</b></p> <p>a) <i>Da teilweise gleiche Begriffsdefinitionen wie bei der Ausnahmereverordnung vorkommen, zunächst in Rücksprache mit Herrn Sangs (BMG) eine Einigung zu diesen Begriffen erzielen, bevor weitere Begriffe der Einreiseverordnung abgestimmt werden.</i></p> <p>b) <i>telefonische Abklärung mit Herrn Sangs, welche Zuarbeit genau gewünscht wird.</i></p> <p>! <b>Erlass von Frau Reitberger</b> (BMG) zur Beantwortung bis heute, 16 Uhr: Warum hat Deutschland kein „Coronavirus Infection Survey“ wie das Vereinigte Königreich?</p> <p>Silke Buda hat bereits die Rückmeldung an Frau Reitberger gegeben, dass das RKI Daten aus verschiedenen Surveillance Programmen veröffentlicht (z.B. ARS), denen die gewünschten Informationen zu entnehmen sind. Diese Information war nicht ausreichend, es wird eine ausgearbeitete Redevorlage (mit Bulletpoints) gewünscht.</p>	<p>Ute Rexroth</p> <p>Ute Rexroth</p> <p>Silke Buda</p>
--	--	---

	<p>Es wird in dem Erlass eine Drucksache erwähnt, die nicht beigefügt sei. Hinweis: Drucksachen können anhand ihrer Nummer im Internet gefunden werden</p> <p><b>ToDo:</b> <i>Delegation der Aufgabe an Herrn Buchholz oder Frau Schilling mit Zuarbeit von Herrn an der Heiden, ggf. Rückmelden, dass Kapazitäten nicht für eine detaillierte Ausarbeitung ausreichen</i></p> <p>! <b><u>Erlass bezüglich des Verfassungsgerichts</u></b> <b>ToDo</b> <i>Abgabefrist am Montag ans BMG: noch keine Zuarbeit erfolgt, bis Montag zur Abstimmung vorbereiten (M. Diercke??)</i></p>	
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b></p>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b> <b>NICHT BESPROCHEN</b></p>	ZBS1 FG17
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b></p>	IBBS
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b></p>	Alle
13	<p><b>Surveillance</b> ! Corona-KiTa-Studie <b>(nur montags)</b></p>	FG32 FG36
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b></p>	FG38
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! <b>NICHT BESPROCHEN</b></p>	FG38
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p>	Alle

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	03.05.2021, 13-15:30 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ! Leitungsstab L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
  - Bettina Hanke
- ! P1
  - Mirjam Jenny
  - Esther-Maria Antao
- ! P4
  - Dirk Brockmann
  - Benjamin Maier
  - Susanne Gottwald
- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG13
  - Jennifer Bender
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
- ! FG17
  - Melanie Brunke
  - Thorsten Wolff
- ! FG 32/38/PAE
  - Maria an der Heiden
  - Ute Rexroth
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
  - Claudia Siffczyk
  - Emily Meyer
  - Mirco Sandfort
- ! FG 33
  - Wiebke Hellenbrand
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Stefan Kröger
  - Udo Buchholz
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! IBBS
  - Bettina Ruehe
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS1
  - Janine Michel
- ! ZIG/ INIG
  - Anna Rohde
  - Regina Singer
- ! BZGA



- Oliver Ommen



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! International               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fälle, Ausbreitung</li> </ul> </li> <li>! National (Folien <a href="#">hier</a>)               <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fallzahlen/Todesfälle 7d-Inzidenz bei 147.000/100.000EW 28% geimpft, 8% zweifach Verlauf: Rückgang in allen BL, Saarland noch auf Plateau, möglicherweise aufgrund technischer Probleme Geografische Verteilung: nur 13 LK&lt;50, 100 LK&lt;100 Altersgruppen: in allen Altersgruppen ist ein Rückgang der Inzidenz zu beobachten</li> <li>o Modellierungen (<i>nur montags</i>)                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Berechnung des Einflusses der Notbremse auf die Mobilität</u> (<a href="#">hier</a>) Fazit: Kein ausgeprägter Effekt, Verschiebung der Mobilität zu 1h vor Ausgangssperre.</li> <li>2. <u>Zeitliche und geographische Visualisierung der Virusvarianten</u>. Datengrundlage sind RKI interne Daten (<a href="https://observablehq.com/d/2e08513527857aa2">https://observablehq.com/d/2e08513527857aa2</a>)</li> </ol> </li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: IMS-Gruppe (Kröger) soll sich die Visualisierungsdaten anschauen, ob sie verwendet werden sollen im Lagebericht oder in anderen Berichten</i></p>	<p>Michaela Diercke</p> <p>Benjamin Maier</p> <p>Dirk Brockmann</p>
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	ZIG
3	<p><b>Update Digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Verschieben auf Mittwoch</p>	Schmich
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! <i>ToDo (Ute Rexroth): Für Mittwoch, den 05.05.21 zur Sitzung vorbereiten, d.h. Anpassung an aktuelle epidemiologische Situation</i></p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>! Dokumente in der Vorbereitung:</p>	Oliver

	<p>1.FAQ Long COVID  2. Bewegbilddarstellung: Übertragungsrisiko in Innen- und Außenräumen  3. Infobroschüre „Zusammen sind wir stark“ für Familien  4. Kontakttagebuch  5. Bodenaufkleber für Kitas und Schulen  6. Impfen: „Wer darf wann was?“  Frage BzGA: Wie soll der Anstieg der Inzidenzen bei ü80 kommuniziert werden?  Antwort: Anstieg ist leicht und transient und beruht wahrscheinlich auf Impflücken und Ausbrüchen</p> <p><b>ToDo (Oliver Ommen):</b> Bitte existierendes Papier zur Impfeffektivität bei Hochbetagten für das Dokument zu Impfprivilegien berücksichtigen  (<a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Corona_virus/Alten_Pflegeeinrichtung_Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile">https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges Corona virus/Alten Pflegeeinrichtung Empfehlung.pdf?__blob=publicationFile</a>)</p> <p>! Kurzlink zur Inzidenz führt aktuell sowohl auf die eingefrorenen Werte als auch zu den korrigierten Werten. So belassen?</p> <p><b>ToDo (Diercke/Wenchel):</b> Da Link in der Gesetzgebung angegeben, soll dieser nur zu eingefrorenen Werten führen. Extra Link für korrigierte Inzidenzen</p> <p>! FAQ zu Long COVID (Dokument <a href="#">hier</a>)  ! Federführung Abt.2 mit P1, Abstimmung mit BzGA mit deren FAQ zum gleichen Thema  Behandelte Fragestellungen: Definition, Symptomatik, Dauer, Häufigkeit, Vorbeugung, betroffene Altersgruppen</p> <p><b>ToDo (P1):</b> Einbeziehung von PIMS abklären, einheitliche Begrifflichkeiten bzw. Unterscheidung von Long COVID (ab 12. Woche) und Post-COVID (ab 4. Woche bis 12. Woche) berücksichtigen (gemäß NICE Guidelines)</p> <p>! Kommunikation des Abwärtstrends der Inzidenzen im Lagebericht  Diskussion der möglichen Ursachen:  1. Zunahme der Kontakte geringer als erwartet (ca. 5% nach Modellierung Wichmann)  2. Saisonale Effekte  3. Impfung</p> <p><b>ToDo (Diercke):</b> Abwärtstrend im Lagebericht nur beschreiben, aber nicht auf mögliche Ursachen eingehen. Ursachen nur bei Nachfrage benennen, da nicht genau bekannt.</p>	<p>Ommen</p> <p>Ronja Wenchel</p> <p>Mirjam Jenny</p> <p>Michaela Diercke</p>
6	<p><b>Neues aus dem BMG</b>  !</p>	<p>BMG</p>
7	<p><b>Strategie Fragen</b></p>	



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>a) <b>Allgemein</b></p> <p>! Diskussion: SARS-CoV-2 elimination, not mitigation, creates best outcomes for health, the economy, and civil liberties, Lancet, 2021-04-28 (<a href="#">hier</a>) Meinungsbild des Krisenstabs dazu? Ist Eradikation sinnvoll und realistisch?</p> <p>Diskussion zeigt, dass dem RKI die Datengrundlage fehlt, um eine evidenzbasierte Meinung zu diesem Thema zu vertreten. Die Mehrheit spricht sich dafür aus, diese Diskussion mit zu gestalten, aber nicht als Meinungsführer zu fungieren. Angedacht ist eine Konferenz im Rahmen von IANPHI (Europe) mit RKI als Organisator.</p> <p>!</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p>	Lars Schaade
8	<p>! VOC Bericht (<a href="#">hier</a>) Bisher wurde der VOC Anteil im Bezug zu allen Meldefällen berechnet. Da nicht alle Meldefälle auf Varianten überprüft werden und somit VOC Anteil unterschätzt wird, soll zukünftig VOC Anteil nur in Bezug zu Meldefällen mit VOC Info gesetzt werden.</p> <p><b>ToDo (Kröger):</b> Lagebericht soll zukünftig VOC Anteil mit neuem Nenner enthalten, ggf. neben Anteil auch Anzahl der VOC mit auführen</p> <p>! Anlassbezogene Sequenzierung in der CorSurV (<a href="#">hier</a>) Bisher nur labordiagnostischer Anlass, Neu: Epidemiologischer Anlass (Veranlassung durch GA) Dokument wurde in der IMS Gruppe zirkuliert. Krisenstab gibt o.k.</p> <p><b>ToDo (Kröger):</b> Nomenklatur (z.B. MOC) mit internationaler Nomenklatur abgleichen</p> <p>! Anfrage Kanzlerin Ist Inzidenz von Bedeutung bei Infektiosität von Geimpften?</p> <p><b>ToDo (FG33, P1, Herr an der Heiden und Herr Maier):</b> Qualitative und quantitative Beantwortung unter Berücksichtigung von Modellierungen: Individuelles Transmissionsrisiko eines Geimpften + Expositionsrisiko <b>Deadline: 4.5.21, 12 Uhr</b></p>	Bettina Hanke  Stefan Kröger   Stefan Kröger  Lars

		Schaade
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> !	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! <b>AGI Sentinel:</b> Kein Update</p> <p>! <b>Vorschlag für ein Prozedere zur Benennung einer SARS-CoV-2 Variant of Concern (VOC) in Deutschland (Dokument <a href="#">hier</a>)</b></p> <p><b>ToDo (Wolff)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- <i>Virusvariantengebiete berücksichtigen</i></li> <li>2- <i>Experte aus dem Ausland (z.B. Allerberger) in den externen VOC Beirat einberufen</i></li> <li>3- <i>finales Dokument vor dem Umsetzten im Krisenstab vorstellen</i></li> </ol> <p>! <b>1281 Proben, davon 455 (35%) positiv, 90% B1.1.7, 5 Sequenzen der indischen Variante</b></p>	<p>Thorsten Wolff</p> <p>Bettina Ruehe</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Anpassungsbedarf der aktuellen Entlasskriterien: Ist ein Abschlusstest bei ambulanten Patienten nach Ablauf der 14 d Isolierung weiterhin erforderlich? Aktuelles Papier zu Entlass Kriterien aus der Isolierung soll im Hinblick auf VOC so beibehalten werden, da keine Veränderung beim Schwellenwert oder Anzuchtverhalten. Verlängerte Ausscheidung wurde bereits durch Verlängerung der Isolierung auf 14d und abschließende Testung berücksichtigt.</p> <p>Krisenstab stimmt Beibehaltung des Dokuments zu, auch Abschlusstest beibehalten</p>	IBBS



12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Vorstellung Konzeptpapier zum Ausbruchmanagement: Vertagt!</p> <p><b>ToDo (Siffczyk):</b> Vorstellung des Papiers (<a href="#">hier</a>) am Freitag!</p> <p>! Berichts Ausbruchsteam Osnabrück (<a href="#">hier</a>)</p> <p>Fazit aus Abschlussfolie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hohe Impfeffektivität bezüglich</li> <li>-Symptomatik (68% Schutz)</li> <li>-Hospitalisierung und Tod (88% Schutz) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweise, dass Impfung Infektiosität beeinflusst</li> </ul> </li> <li>-Abfallende Viruslast bei Erstdiagnose bei Geimpften mit steigendem Abstand zur zweiten Impfdosis <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfung reduziert Transmission um 66%</li> </ul> </li> <li>-Transmission durch Geimpfte kann nicht ausgeschlossen werden! <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niedrige Sensitivität von Antigentesten in der präsymptomatischen Phase</li> </ul> </li> </ul> <p>Hinweis vom Krisenstab: Daten lassen o.g. Aussage zur Viruslast im Hinblick zum Impfabstand nur eingeschränkt zu.</p>	<p>Claudia Siffczyk</p> <p>Emily Meyer</p>
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</p> <p>Anstieg akute respiratorische Symptome bei 0-5 und 6-10 J</p> <p>Meldezahlen sind in allen Altersgruppen rückläufig</p> <p>Kitaausbrüche: 140/ Woche, Anteil 0-5 J bei 46%</p> <p>Schulausbrüche: 110/ Woche, Anteil 6-10 J bei 44%</p> <p>Auffällige Häufung im LK Bauzen</p> <p>Info: in Hamburg ist 2/3 Kitapersonal geimpft</p> <p>Frage: Woher die sehr hohe Inzidenz bei Schulkindern?</p> <p>Liegt es an den eingeführten Schnelltests?</p> <p>Antwort: Anteil an Selbsttests bei den Meldedaten bei Kindern sehr gering, kann aber auch sein, das GA solche Tests nicht zählt. Positivrate bei ARE häufiger als bei Symptomlosen, korreliert also eher mit Anstieg an ARE</p>	Walter Haas
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG38
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>!</p>	FG38
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nächste Sitzung: Wochentag, 05.05.2021, 11:00</li> </ul>	Alle

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	05.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webexkonferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG 38
! Abt. 1	o	Maria an der Heiden
o Martin Mielke	o	Ute Rexroth
! Abt. 3	!	IBBS
o Tanja Jung-Sendzik	o	Christian Herzog
! FG12	!	MF4
o Annette Mankertz	o	Martina Fischer
! FG14	!	P1
o Melanie Brunke	o	Esther-Maria Antao
! FG17	!	Presse
o Ralf Dürrwald	o	Ronja Wenchel
! FG 32	o	Marieke Degen
o Michaela Diercke	!	ZIG1
! FG33	o	Regina Singer
o ??	o	Anna Rohde
! FG34	!	BZgA
o Viviane Bremer	o	Heide Ebrahimzadeh-
o Andrea Sailer (Protokoll)		Wetter
! FG36		
o Kristin Tolksdorf		
! FG37		
o Muna Abu Sin		







TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.451.550 (+18.034), davon 83.876 (+285) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 133/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Inzidenz bei 80+ Jährigen beträgt nur noch 52.</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 23.852.426 (28,7%), mit 2 Impfungen 6.771.476 (8,1%)</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl aktiver Fälle geht zurück, Gesamtinzidenz sinkt stetig.</li> <li>▪ Ähnlicher Trend in allen BL.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin einige LK mit sehr hohen Inzidenzen.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringste Inzidenz (&lt;50) bei 80-84 Jährigen</li> <li>▪ Höchste Inzidenz (217) weiterhin bei 15-19 Jährigen</li> <li>▪ Bei 5-14 und 15-34 Jährigen deutlicher Rückgang der Inzidenz</li> </ul> </li> <li>○ Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 11. bis 15. Woche leichter Anstieg bei 35-39 und 60-79 Jährigen.</li> <li>▪ Bei &gt;80 jährigen geht die Zahl der hospitalisierten Fälle zurück.</li> <li>▪ Daten müssen weiter beobachtet werden, da keine Aussagen über die letzten 2 Wochen gemacht werden können.</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit ca. 1 Monat ca. 1.000 Todesfälle pro Woche.</li> <li>▪ Alter (Median und Mittelwert) der Verstorbenen weiterhin bei ca. 80 Jahren.</li> </ul> </li> </ul>	FG32 (Michaela Diercke)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein Promille der Bevölkerung zwischenzeitlich verstorben.</li> <li>○ Anteil laborbestätigter Fälle mit und ohne Antigennachweis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil Fälle mit Antigennachweis weiterhin bei 7-8%.</li> <li>▪ Bisher kein Effekt der steigenden Anzahl durchgeführter Antigentests in Meldezahlen zu sehen.</li> <li>▪ Sind Altersangaben zu Fällen mit Antigennachweis verfügbar? <ul style="list-style-type: none"> <li>! Eher in höheren AG, bei Kindern ist der Anteil eher noch geringer.</li> <li>! Positive Tests in Schulen in Meldedaten bisher nicht zu sehen.</li> </ul> </li> <li>▪ Gibt es Erfahrungsberichte aus den GA, ob pos. Antigentests aus Schulen erfasst werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>! Rechtlich besteht Meldepflicht, auch wenn die Schüler die Tests selbst durchführen. Kinder werden von der Schule freigestellt und dem GA gemeldet.</li> <li>! Information aus EpiLag vor ca. 1 Monat: wird nicht einheitlich gehandhabt; pos. Antigentests werden nicht immer miteingegeben. Bei Ressourcenengpässen ist das heute vermutlich nicht anders.</li> <li>! Erschwert die Interpretation der Testzahlen.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! Sollte analysiert werden, was auf der positiven Seite erreicht wurde, verglichen zu den Prognosen aus den anfänglichen Modellen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wäre ein interessanter Aspekt.</li> </ul> </li> <li>! <b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></li> <li><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testzahlen sind leicht zurückgegangen, Positivenanteil leicht gesunken.</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten</li> </ul> </li> </ul>	<p>Abt.3 (i.V. Rexroth)</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	--	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten nach wie vor vorhanden.</li> <li>○ Testzahlerfassung-VOC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin sehr hoher Anteil von B.1.1.7 (92%)</li> <li>▪ Tests auf VOC bei 52% aller übermittelten positiven PCR-Testungen</li> </ul> </li> <li>○ POCT in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aus 358 Einrichtungen 728.197 POCT erfasst</li> <li>▪ davon 0,16% positiv,</li> <li>▪ davon 84,7% in PCR gegangen</li> <li>▪ davon 55,1% als positiv bestätigt übermittelt.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichter Rückgang der positiven Anteile, in KW 17 knapp über 10%.</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine großen Änderungen</li> <li>▪ Höchste Anzahl Tests bei &gt;80 Jährigen, Positivenanteile gehen in dieser Altersgruppe wieder zurück.</li> </ul> </li> <li>○ Positivenanteil nach Altersgruppe in Bundesländern <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In BL mit guter Abdeckung (unterschiedliche Repräsentativität der BL in ARS)</li> <li>▪ Anteil positiver Testungen ist bei 5-14 Jährigen am höchsten, außer in Berlin, was an der geringen Abdeckung im ambulanten Bereich in Berlin liegt.</li> </ul> </li> <li>○ Altersstratifizierte Auswertungen im stationären Bereich <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auf Normalstation: In KW 9 kreuzt der Positivenanteil der &gt;80 Jährigen die anderen Altersgruppen.</li> <li>▪ Auf ITS kreuzt der Positivenanteil der &gt;80 Jährigen etwas früher, in KW 7 die Positivenanteile der AG 35-59 und 60-79.</li> <li>▪ Bei den 5-14 Jährigen ist ein Peak zu beobachten, man muss dabei das sehr kleine N beachten.</li> </ul> </li> </ul>	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Intensivbereiche mit Altersangabe: 54%</li> <li>▪ Von 77% der COVID-19 Patienten wurden Altersangaben übermittelt.</li> <li>▪ Ca. 30% gehören zur Altersgruppe der 60-69 Jährigen, ein Drittel ist &lt; 60 Jahre, der Rest &gt;70 Jahre (hauptsächlich zwischen 70-79 Jahre).</li> <li>▪ Unterschied zwischen Versorgungsgrad: In der Regel/Grundversorgung werden eher ältere AG behandelt.</li> <li>▪ In den Unikliniken findet eine Verschiebung zu jüngeren AG statt.</li> <li>▪ Noch ist keine Analyse einer zeitlichen Entwicklung möglich.</li> <li>○ COVID-19 Belegung und Belastung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiter Zunahme bei der ECMO Behandlungen, zwischenzeitlich mehr ECMO-Patienten als bei 2. Welle.</li> <li>▪ Freie ECMO Kapazitäten sinken.</li> <li>▪ Höchstwerte bei Nicht-Verfügbarkeit von High Care.</li> <li>▪ Sind Rückschlüsse auf Schwere möglich? Es werden vermehrt jüngere Pat behandelt, die eher eine ECMO Behandlung erhalten.</li> <li>▪ Sollte dieser Punkt in den Lagebericht? Das mediane Alter wäre sinnvoll. Altersangaben werden nur in Gruppen erfasst, kein genaues Alter verfügbar.</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Für Gesamtdeutschland wird ein Rückgang prognostiziert.</li> <li>▪ Nur für West und Süd-West wird noch ein leichter Anstieg prognostiziert.</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rate akuter Atemwegserkrankungen auf niedrigem, stabilem Niveau.</li> <li>▪ ARE-Rate vor allem bei Kindern zurückgegangen, in</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--



	<p>AG &gt;35 leicht angestiegen auf sehr niedrigem Niveau.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leicht zurückgegangen in allen Altersgruppen.</li> <li>▪ Unterschiedlich je nach BL: in BW in allen AG zurückgegangen, in Sachsen bei Kindern &lt; 5 Jahre stark angestiegen.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichter Anstieg der SARI-Fälle in KW 16: <ul style="list-style-type: none"> <li>! Deutliche Anstiege in mittleren AG, vor allem bei 35-59 und 15-34 Jährigen.</li> <li>! Auch bei 60-79 Jährigen steigt die Rate leicht.</li> <li>! Bei 80 Jährigen liegt sie wieder auf Niveau der Vorjahre.</li> </ul> </li> <li>▪ SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schwerpunkt bei 35-59 und 60-79 Jährigen.</li> <li>! Bei 35-59 Jährige auf höherem Niveau als in 2.Welle.</li> <li>! Kontinuierlicher leichter Anstieg bei 15-34 Jährigen.</li> </ul> </li> <li>▪ COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung <ul style="list-style-type: none"> <li>! Median seit KW 11 deutlich unter 70 Jahre.</li> <li>! Bei 35-59 Jährigen auf hohem Niveau und leichter Anstieg.</li> </ul> </li> <li>▪ Anteil COVID an SARI-Fällen in letzten Wochen wieder angestiegen auf 71%.</li> <li>▪ Anteil COVID an SARI-Fällen in Intensivbehandlung seit einigen Wochen bei ca. 85%.</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW 17: 139 Einsendungen</li> <li>○ In den letzten Wochen immer ca. 150 Proben pro Woche, aufgrund von Nacheinsendungen auch in KW 17 zu erwarten.</li> </ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SARS-CoV-2: leichter Anstieg</li> <li>○ Rückgang der Rhinovirusnachweise, da sich das Altersverhältnis bei den Einsendungen zugunsten der älteren AG verschoben hat.</li> <li>○ In 1 Probe konnte H1N1v identifiziert werden, Kontaktaufnahme mit GA erfolgte. Beide Influenzanachweise in dieser Saison waren Schweineinfluenzaviren.</li> <li>○ Rückgang der Probeneinsendungen bei 0-4 Jährigen und Zunahmen bei 35-60 Jährigen.</li> <li>○ SARS-CoV-2: kaum Nachweise bei Kindern</li> <li>○ Bei saisonalen Coronaviren haben Kinder den größten Anteil.</li> <li>○ NL63 Viren auf hohem Niveau, aber leichter Rückgang bei allen saisonalen Coronaviren. Ob es sich hier um die Wirkung der Schutzmaßnahmen oder um einen saisonal bedingten Abfall handelt, ist noch unklar.</li> </ul> <p>! Werden alle Patienten auf ITS auf COVID getestet?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nur Momentaufnahme, ob sie regelmäßig getestet werden, ist nicht bekannt. Testverhalten in Einrichtungen ist nicht bekannt.</li> </ul> <p>! Gibt es auch andere pos. Patienten auf ITS, die keine Pneumonie haben?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARS ist laborbasierte Surveillance ohne weitere klinische Angaben. Es gibt eine Zuordnung, wo der Test entnommen wurde, welches Alter, jedoch keine weiteren klinischen Angaben.</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Schmich</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! An die aktuelle epidemiologische Situation angepasste Risikobewertung wird im Nachgang an die Sitzung zirkuliert und schriftlich abgestimmt.</p>	<p>Alle</p>



<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nichts Neues zu berichten</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Themen für Bundespressekonferenz wurden identifiziert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Schaade hat einen Sprechzettel erstellt, warum trotz steigender Impfquote weitere Maßnahmen aufrechterhalten werden müssen, ausgehend vom R-Wert. Die Tatsache, dass der Anstieg gestoppt ist, soll nicht missverstanden werden.</li> <li>○ Hr. Wieler wird an der BPK teilnehmen.</li> <li>○ Wird auch mitberücksichtigt, dass die ITS-Belastung zurzeit auf Höchstwerten ist?</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. Fischer schickt einen Satz hierzu an die Pressestelle.</i></p> <p>! Veröffentlichung Indikatorbericht:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wunsch der Leitung nach Veröffentlichung</li> <li>○ Wird mit den BL geteilt. BL waren hinsichtlich einiger Indikatoren sensibel.</li> <li>○ Wäre als Wochenbericht passender, da es sonst aufgrund von unterschiedlichen Berichtstagen zu widersprüchlichen Angaben im Vergleich zum Lagebericht kommen würde.</li> <li>○ Frage, in welchem Umfang und Format der Bericht veröffentlicht werden soll.</li> </ul> <p><i>ToDo: Punkt wird am Freitag nochmal aufgenommen.</i></p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! 2 FAQ sind fast finalisiert: zu Long Covid und zu Schnelltests und Meldedaten.</p> <p>! Ein Epid.Bull. Artikel zur Kommunikation von Schnelltests wird mit Hr. Nitsche abgestimmt.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (??)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Es gibt Detailabstimmungsprobleme bei Ausnahmen für</p>	<p>Alle</p>





	<p>Geimpfte und Genesene. Die Ausnahmen sollen möglichst schon ab Anfang nächster Woche gelten.</p> <p>! Bei der Frage, wann eine Impfung vollständig ist, wird auf die Seite vom PEI verwiesen.</p> <p>! Außerdem Aufgaben zur Öffnungsstrategie</p> <p>! FG36 soll sich zu einem Konzept zur Krankenhausbelastung äußern (Anfrage von Hr. Rottmann). Suche nach anderem Indikator, außer 7-Tage Inzidenz, z.B. allgemeine Krankenhausbelegung. Was für Zahlen gibt es im Moment?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grundsätzliche Missverständnisse dahingehend, welche Zahlen verfügbar sind.</li> <li>○ Im Moment relativ schneller Durchlauf von Normalstation zu ITS, Normalstationen scheinbar weniger belastet als ITS. Nimmt Fr. Tolksdorf in Diskussion auf, Abstimmung mit Fr. Diercke.</li> <li>○ Im COSIK-Projekt, einem Subsample aus dem Hygienebereich werden Kenngrößen dazu erfasst.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	Abu Sin
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle



<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 07.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende:** 12:10 Uhr



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 07.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- |                      |          |                           |
|----------------------|----------|---------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG37   | ○ Stefan Kröger           |
| ○ Lars Schaade       | ! FG38   | ○ Tim Eckmanns            |
| ! Abt. 1             |          | ○ Maria an der Heiden     |
| ○ Annette Mankertz   |          | ○ Claudia Siffczyk        |
| ! Abt. 3             |          | ○ Ariane Halm (Protokoll) |
| ○ Ute Rexroth        | ! IBBS   | ○ Claudia Schulz-Weidhaas |
| ○ Tanja Jung-Sendzik |          | ○ Michaela Niebank        |
| ! FG14               | ! ZBS1   | ○ Janine Michel           |
| ○ Mardjan Arvand     | ! P1     | ○ Mirjam Jenny            |
| ○ Melanie Brunke     |          | ○ Ines Lein               |
| ! FG15               | ! Presse | ○ Jamela Seedat           |
| ○ Sindy Böttcher     | ! ZIG    | ○ Johanna Hanefeld        |
| ○ Sabine Diedrich    | ! ZIG1   | ○ Regina Singer           |
| ! FG17               | ! BZgA   | ○ Martin Dietrich         |
| ○ Barbara Biere      |          |                           |
| ○ Djin-Ye Oh         |          |                           |
| ! FG32               |          |                           |
| ○ Michaela Diercke   |          |                           |
| ! FG33               |          |                           |
| ○ Ole Wichmann       |          |                           |
| ! FG36               |          |                           |
| ○ Walter Haas        |          |                           |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:</p> <p>Datenstand: WHO, 06.05.2021</p> <p>Fälle: 154.815.600 (nur 0,95% Anstieg seit letzter Woche)</p> <p>Todesfälle: 3.236.104 (2,1%)</p> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen</p> <p>Länder unverändert zur letzten Woche, in der Reihenfolge haben nur Argentinien und Frankreich den Platz getauscht</p> <p>Oben Indien gefolgt von Brasilien, beide mit steigendem Trend</p> <p>Abnehmender Fallzahlen-Trend bei den restlichen Ländern, dennoch zahlreiche mit hohen 7-T-I</p> <p>Karte mit 7-Tage-Inzidenz/100.000 weltweit</p> <p>Im Vergleich zur Vorwoche etwas heller</p> <p>Noch stets hohe Inzidenzen mit steigendem Trend z.B. in Süd- und Zentralamerika</p> <p>Europa: besonders nordische Länder wie Schweden, baltische Staaten und auch NL mit hohen Inzidenzen</p> <p>Asien: Indien, Türkei, Bahrain und Mongolei, in Nepal relativ geringe Inzidenz aber stark steigender Trend (100% im Vergleich zur Vorwoche)</p> <p>Afrika und Ozeanien geringere Fallzahlen und Inzidenzen</p> <p>Epikurve WHO Sitrep</p> <p>5,7 Mio. neue Fälle letzte Woche, Todesfallzahlen 7. Woche in Folge ansteigend</p> <p>In Südostasien (SEARO) deutlicher Anstieg von Fall- und Todesfallzahlen, Indien verantwortlich für 90% der Fälle und Todesfälle in der Region, 25% der globalen Todesfälle</p> <p>Fall- und Todesfallzahlen in Europa rückgängig</p> <p>In WPRO kaum Veränderungen in Fallzahlen</p> <p>Indien</p> <p>Insgesamt &gt;21 Mio. Fälle, &gt;230.000 Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 196/100.000, R-Wert 1,11, 2,7 Mio. Fälle in letzten 7 Tagen (+10,4%, stärkster prozentualer Anstieg im Vergleich zur Vorwoche), 9,4% 1. Impfdosis, 2,2% der Bevölkerung vollständig geimpft</p> <p>Aktuell Lage besonders kritisch im Westen: Maharashtra, Karnataka, Kerala, Goa, langsame Ausweitung gen Osten</p> <p>Testkapazität eher eingeschränkt, Positivrate von 21,5%, hohe Dunkelziffer vermutet, auch Todesfallzahlen werden ca. 3-mal höher eingeschätzt</p> <p>Kein nationaler Lockdown, 10/28 Staaten haben Lockdown oder Ausgangssperren eingeführt, Medizin- und Pflegestudierende wurden freigestellt um zu helfen</p> <p>Virusvariante B.1.617 scheint in zeitlicher Darstellung einen Beitrag zur aktuellen Situation geleistet zu haben</p> <p>Nur wenige Sequenzdaten verfügbar und Repräsentativität</p>	ZIG1

	<p>unklar</p> <p>Vorläufige Ergebnisse zeigen geringe Verringerung der Neutralisierung durch geimpfte oder rekonvaleszente Seren</p> <p>ECDC Update anhand auch von GISAID Daten nach KW: B.1.1.7 wird möglicherweise verdrängt</p> <p>Weitere Treiber der Neuinfektionen in Indien: Nichteinhaltung von Maßnahmen, falsches Sicherheitsgefühl</p> <p>Massenbewegungen von Stadt auf Land</p> <p>Seit 26.04. ist Indien als Virusvariantengebiet ausgewiesen</p> <p>PHE Update zur Variante aus Indien und neues Risk Assessment wird heute erwartet, bereits Spekulationen im Guardian (<a href="#">hier</a>), dass B.1.617 Variante als VOC eingestuft wird</p> <p>ZIG Austausch mit Institut für Virologie in Pune, Maharashtra (Anfrage über deutsche Botschaft)</p> <p>Meeting heute auch mit Stefan Fuchs (MF1) und Max von Kleist (P5), Thema u.a. genomische Sequenzierung da diese dort aufgestockt werden soll</p> <p>Indische Kollegin berichtete eindrucksvolle und auch besorgniserregende Ergebnisse über Impfdurchbrüche bei Geimpften durch B.1.617 (60% der Proben in Maharashtra), auch Untersuchung von Impfdurchbrüchen und rekonvaleszenten Seren</p> <p>Epidemiologische Daten, z.B. ehemals positive, die erneut positiv sind (%), klinischer Schweregrad bei den Durchbruchserkrankungen sind unbekannt, folgen ggf. von PHE</p> <p>Protokoll des Treffens und Folien der indischen Kollegin werden von ZIG an Krisenstab weitergeleitet</p> <p>Impfstoff-Gleichwertigkeit</p> <p style="padding-left: 40px;">Ist Neutralisierung gegenüber Covaxin identisch mit hier bei uns genutzten Impfstoffen? Bei der chinesischen Vakzine gab es z.B. viele Durchbrüche, liegt es eher an Impfstoff oder an Variante?</p> <p style="padding-left: 40px;">Details nicht bekannt, bzgl. Immunogenität/neutralisierender Antikörperdaten, entspricht indischer Impfstoff Astra Zeneca (AZ) und ist vergleichbar</p> <p style="padding-left: 40px;">Ggf. gibt es Unterschiede bei Produktion, aber eher generelles Problem mit Impfstoff und nicht mit der Produktion in Indien</p> <p style="padding-left: 40px;">Wichtig zu sehen, wie klinische Outcomes sind</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></p> <p>SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.491.988 (+18.485), davon 84.410 (+284) Todesfälle, Fallzahlen noch hoch aber geringer als vorher, insgesamt gute Entwicklung</p> <p>7-Tage-Inzidenz: 126/100.000 Einw.</p> <p>Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 26.205.337 (31,5%), mit vollständiger Impfung 7.360.108 (8,8%)</p> <p>Indikatorbericht (Folie 3) immer donnerstags, Plateau sichtbar, seit Ende April abfallende Tendenz, Änderung zur</p>	<p>FG32</p>
--	--	-------------



	<p>Vorwoche auch als Indikator erfasst, R-Wert ebenso sinkend 7-Tage-Inzidenz Verlauf: bundesweit und in den meisten BL abnehmend, in manchen stärker als in anderen, deutlicher Trend sichtbar Schleswig-Holstein Inzidenz über letzte Monate erstaunlich stabil und niedrig geblieben 7-Tage-Inzidenz Karte: 145 Kreise mit Inzidenz &lt;100, auch im Süden Besserung sichtbar, höchste Inzidenzen im Saale-Orla-Kreis Mortalitätssurveillance Destatis Daten bis KW16, Berichterstattung liegt etwas zurück Schätzung der Übersterblichkeit weist Differenzen zu Meldedaten vor, sie basiert auf Gesamtmortalität, Details noch nicht klar Sichtbarer Anstieg mit 3. Welle, abzuwarten, ob sich eine Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren entwickelt, Todesfälle können noch Wochen später erscheinen 2020/21 Kurve überquert in ca. KW14 die der vergangenen Jahre Untererfassung der gemeldeten Fälle ist wahrscheinlich, Exzess Mortalität ist sinnvolle Ergänzung, da auch die, die IST und KKH nicht erreichen oder mit untypischem Bild versterben erfasst werden und dies ein wichtiger Parameter ist, um gemeldete Daten zu korrigieren Die Gerichtsmedizin HH hat nachträglich viele Verstorbene untersucht und nicht zu viele zusätzliche Fälle gefunden</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Weitere Unterstützung in Montenegro: längerfristige Unterstützung des regulären Krisenbetriebs ist in Vorbereitung Corona Global Projekte wurden letzte Woche en gros mit einer Ausnahme vom BMG befürwortet, werden nun vorbereitet Indien: zwei Anfragen über AA einmal zu genomischer Surveillance large scale data flow Analyse 2. Anfrage zu Schnelltestungen, wie können schnell große Mengen getestet werden, ZBS1 hat Bereitschaft gemeldet, aktuell wird Rückmeldung aus Indien erwartet</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht besprochen)</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p>	







## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>KBV (Hr Gassen), Finanzberatungen, usw. haben sich zusammengetan um ein administratives/strategisches Präventionskonzept genannt Masterplan inklusive Überbrückungshilfen für kommende Pandemien zu entwerfen Anfrage ob RKI mitwirkt, Leitung ist einverstanden, dass RKI Entwurf kommentiert Skepsis bzgl. dieser privilegierten Gruppe, die keine Einschränkungen hatte und nun ein Konzept für deutsche Gesellschaft schreiben möchte - RKI sollte vorsichtig sein und sich als Public Health Institut hier nicht engagieren Impfkommunikation BVG Enger Austausch mit BVG-Leitung und Marketingabteilung, Idee im Sommer, wenn Impfmüdigkeit erscheint, eine Kampagne zu initiieren um Leute an Wichtigkeit zur Impfung zu erinnern BVG ist konzentriert auf Berlin, aber deren Kampagnen gehen über soziale Medien nach ganz Deutschland, aufgrund der perfekten Grundlage und Stil und Kenntnis BVG erreicht die Leute und steht RKI positiv gegenüber, mit BVG kann viel erreicht werden, diese Art der Kommunikation ist überfällig P1 berichtet, wenn es Neuigkeiten zu beiden Dingen gibt</p>	P1
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>Steckbrief</b> 32. Version aktuell in Arbeit, herzlichen Dank an alle für die bisher große Unterstützung Gleichzeitig Refresher Aufruf, es zeigt sich eine gewisse Müdigkeit in den letzten Wochen bezüglich der Inhalte in verschiedenen Bereichen, die aus dem gesamten Institut kommen Bitte: Steckbrief weitertragen in alle Bereiche, die gerne noch mitarbeiten möchten, bis 20. Mai gerne Anregungen, Straffungen, Aktualisierungen, zusätzliche Punkte, usw. schicken - frischer Wind und neuer Schwung sind herzlich willkommen</p>	FG36
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>Folien nicht im Ordner abgelegt</b> Impfungen Schreiten mit großen Schritten voran FG33 erhält DIM-Daten über Impfzentren, jetzt zusätzlich von</p>	FG33

	<p>Niedergelassenen, aber ohne Altersstraten (nur &gt; oder &lt; 60 J.)  Impfakzeptanz hoch (rot &gt;90%), nur 10% unentschlossen  STIKO Empfehlung ist, Priorisierung zunächst fortzuführen  Nächste Woche größerer Survey geplant um zu gucken wie  die Altersverteilung ist</p> <p style="padding-left: 20px;">Telefonsurveys zusätzlich zu Daten der  Niedergelassenen  Wird auch Migrationshintergrund und SÖS beinhalten,  Fragebogen wurde mit BZgA abgestimmt  ~4000 Teilnehmende, Daten voraussichtlich nicht auf  Kreis- aber auf BL-Ebene auswertbar</p> <p>Auch Befragung KKH-Personal nach Impfstatus, Convenience  Sample aber dennoch guter Anhaltspunkt  Personal mit Risikokontakten (Palliativpatienten usw.)  sind zu 90% mit 1. und 70% mit 2. Dosis geimpft  Anderes Personal folgt  Insgesamt erfreuliche Situation</p> <p>Impact von steigenden Impfquoten: Inzidenzrückgang ist  sichtbar (Grafiken auch im EpiBull Artikel), soll demnächst  veröffentlicht werden</p> <p>Ausnahme-VO  Soll zeitnah in Kraft treten  Unwahrscheinlich, dass das PEI eine starke Rolle übernimmt,  Zulassung alleine ist nicht ausschlaggebend, Vollzugsfragen  sind zu erwarten</p> <p>Nebenwirkungsmeldungen  PEI hatte 45.000 in den letzten Wochen  Dies kann mit an der schieren Masse von jetzt &gt;1 Mio.  Impfdosen/Tag liegen  Bruchteil der Geimpften hat Impfreaktionen, diese sind  meist unbedenklich werden aber dennoch gemeldet,  auch aufgrund der erhöhten Aufmerksamkeit  Herausforderung für PEI ist relevante Dinge  herauspicken, z.B. Myokarditis bei jungen Männern,  Sinusvenenthrombosen, usw.</p> <p>Impfpass/Zertifikat/Immunitätszertifikat  Auf internationaler Ebene viel Diskussion (HSC) hierüber  Auf europäischer Ebene ist diese in Arbeit  Aufwändige Abstimmung, es geht nicht um Evidenz in Bezug  auf Schutz vor Transmission, sondern um Ermöglichen von  Urlaubsreisen, Länder erkennen Dinge verschieden an  (Ungarn z.B. impft mit chinesischem Impfstoff –  Anerkennung?)  Wenn Kinderimpfungen nicht in Aussicht sind, können diese  nicht international reisen, da Reisen an Impfzertifikate  geknüpft sind</p> <p>RKI Abt. 2 (CWA) ist auch bzgl. Impfnachweis involviert  IBM wurde beauftragt, fachlich will PEI sich nicht einmischen,  soll es aber hosten, viel Abstimmungsbedarf  Mit Detailfragen wird auf RKI-Seite verlinkt, PEI beabsichtigt  nicht, die Kommunikation hierzu zu übernehmen, wollen viele  Fachfragen zurück an RKI leiten</p> <p>Einmalige Impfung bei Genesenen nach 6 Monaten  Evidenz zur Wirksamkeit dieser Kombination?</p>	
--	---	--



	<p>Weniger bekannt über Impfeffekt, eher bestimmt durch Verfügbarkeit, deswegen zunächst eine Impfung</p> <p>Wenig Daten, die einen Unterschied in Bezug auf Wirksamkeit (nach 4, 6, 8 Monaten) der Impfung zeigen, 2. Impfung bei Genesenen eher wenig Nutzen</p> <p>Heterologes Impfschema nach AZ (Wechsel zu mRNA-Impfstoff)</p> <p>Kam von STIKO (nicht PEI)</p> <p>Klinische Wirksamkeit, Intervall unbekannt</p> <p>Studie aus GB mit heterologem Impfschemata, gibt es Ergebnisse?</p> <p style="padding-left: 20px;">Noch nicht öffentlich, Principal Investigators in Oxford haben Daten zur Reaktogenität publiziert (nächste Woche im Lancet)</p> <p style="padding-left: 20px;">Erhöhte Reaktogenität bei heterologem Impfschema, heißt nicht, dass es mehr schwere Nebenwirkungen gibt, aber fiebrige Nebenwirkungen usw. sind signifikant erhöht</p> <p style="padding-left: 20px;">Studie über 4 Arme mit Impfintervall von 4 Wochen, fraglich, ob dies bei 12 Wochen Intervall anders ist</p> <p style="padding-left: 20px;">Abwägung in Deutschland ging in Richtung weniger Sinusvenenthrombosen, STIKO will zunächst so weiter machen</p> <p style="padding-left: 20px;">Vielleicht bedeutet erhöhte Reaktogenität erhöhter Immunschutz, dies ist aber evtl. optimistisch gedacht</p> <p>Immunogenitätsdaten zu heterologem Impfschema sollen im Mai folgen</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>AZ Impfintervall 1. und 2. Dosis</p> <p>12 Wochen Intervall – sind es Labor- oder epidemiologische Studien, die bessere Immunresponse belegen? Kommt aus RCT von AZ, bei &lt;6 Wochen 50%, bei Intervall von 12 Wochen 80% Wirksamkeit in der Zulassungsstudie</p> <p>Intervalle waren grob überlappend in mittlerem Zeitraum, jedoch deutlicher Trend</p> <p>Es ist auch immunologisch plausibel, dass dies ein Vorteil ist</p> <p>Ist 2. AZ-Impfung genauso belastet mit Sinusvenenthrombose? Pathomechanismus dahinter ist noch stets unbekannt, wenn Ak vorhanden sind, möglicherweise noch mehr Trigger</p> <p>In England ist dies jedoch nicht durch mehr Signale sichtbar, eher weniger Signale</p> <p>Myokarditis bei mRNA-Impfstoffen</p> <p>Es gibt auch ohne Impfung viele Fälle, Hintergrundinzidenz ist relativ hoch</p> <p>Geclusterte Fälle bei Männern unter 30 stellen aktuell ein Signal dar</p> <p>Ob es als Sicherheitshinweis aufgenommen wird, weiß man noch nicht, keine Kausalität etabliert</p> <p>Soll beobachtet werden, aber wie bemerkt man dies?</p> <p>Leistungsabfall?</p>	
--	--	--

**STIKO**

	<p>Montag ins Stellungnahmeverfahren  Jansen Impfstoff ab 60 empfohlen, darunter möglich  Mit Modellierung wurde gezeigt, dass es keinen Verzug in  Bezug auf Impfkaktivität und Kampagne geben wird  Priorisierung soll weiterhin durchgeführt werden, noch  wurden nicht alle &gt;70 erreicht  Problem, dass Politik zunehmend von Evidenz und STIKO  Empfehlungen abweicht, Beispiel AZ Impfintervall,  Wirksamkeit durch 2. Dosis nach 12 Wochen deutlich  gesteigert, jetzt Zustimmung zu Impfung nach 4 Wochen für  schnellere Freiheiten, aus STIKO Sicht ist dies ein Problem bei  nichthinreichender Evidenz  Schwangere und Jugendliche  STIKO hat sich nicht noch nicht damit beschäftigt  Evidenz wird aufarbeitet  Es ist nicht ausgeschlossen, dass STIKO empfiehlt, nur  Jugendliche mit Grunderkrankung zu impfen, dies wird  kommunikativ schwierig, doch lieber Vorsicht aufgrund  mangelnder Daten  STIKO-Empfehlung der Altersbegrenzung von AZ  Deutlicher Abstieg des Anteils der mit AZ Geimpften danach  sichtbar  Daten von PEI zeigen zeitgleich deutliche Abnahme von  Sinusvenenthrombosen, nur noch 5 seit der Empfehlung, bis  auf 1 alle über 60</p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 530  Proben, davon:  37 SARS-CoV-2  101 Rhinoviren  15 Parainfluenzavirus  126 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-  63)  1 zoonotisches Influenzavirus, Exposition Praktikum auf  Schweineschlachthof, niemand wurde angesteckt, 3 d krank</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In laufender KW bisher 863 Proben, davon 277 positiv auf  SARS-CoV-2 32,10%), sinkende Tendenz  Viele Proben eindeutig B117, manche B1617.2 (indische  Variante)  Dies wird durch den Befund an die GA gemeldet, ÖGD-  Landesstellen wünschen weiter informiert zu werden (auch  Danksagung hierfür in EpiLag)  Wenn über DEMIS gemeldet wird, erhalten Landesstellen die  Info systematisch durch die Informationsaufbereitung  Sind BL-bezogene Ausweisung von VOC verfügbar? Ja, ist  verfügbar, eigentlich auch in Meldedaten, und bis vorletzte  Woche im Lagebericht, gerne melden bei Stefan Kröger</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Fachgruppe COVRIN STAKOB bereiten Info zu Anwendung monoklonaler Antikörper vor, gebündeltere Darstellung zur Info niedergelassener und KKH-Ärzte, sollte Montag online gehen</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p><b>Deeskalation Empfehlungen</b> BGB Berufsgenossenschaft hat Empfehlung deeskaliert, in Einrichtungen für Altenpflege, Menschen mit Behinderung usw. können Geimpfte nun auch MNS tragen, dies ist positiv und nähert sich der Empfehlung der BAUA an Generell sind Empfehlungen oft nicht kohärent, auch für Flughäfen, Beerdigungen, private Feiern bzw. kirchliche Events...</p> <p><b>Konzeptpapier zum Ausbruchsmanagement</b> Dokument <a href="#">hier</a> Ziel: Verbesserung der Effektivität von Ausbruchsuntersuchungen, Unterstützung von BL bei Generierung von Ressourcen Vorstellung des Dokumentes und seiner Struktur Hintergrund (VOCs, Amtshilfeersuchen), was ist zu tun, wie läuft es, Verbesserungsbedarf, Rapid Response Teams (Beispiel BY LGL Taskforce) Empfohlener WHO-Schlüssel für Aufstellung bzgl. Ausbruchsuntersuchungen Dokument = Bestandsaufnahme, wie soll jetzt vorgegangen und kommuniziert werden? Ziel ist auch Empowerment der BL und GA, es soll etwas Nützliches mit Konsequenzen entstehen Auf fachlicher Ebene ist Zuspruch zu erwarten, aber wie kann es sinnvoll eingespeist werden, um Ressourcen zu generieren? Wurde bayrische LGL Taskforce bereits vorgestellt z.B. bei AGI? ÖGD-Kurs stellt wesentliche Rolle in Ressourcenbildung dar, viele hieran beteiligte MA mit langjähriger Erfahrung in Abt. 3 sollten noch Input geben können Es gibt Bestrebungen, dass Universitäten eine aktivere Rolle übernehmen, wird als potentiell problematisch angesehen, da dies vom ÖGD kommen sollte VOC wurden eher als Anlass gesehen, Dokument fokussiert darauf, welche Strukturen notwendig sind Fazit/next steps Zunächst größeres Zirkulieren in Abt. 3 Anschließend Weiterleitung und Besprechung mit BL, AGI Wenn es BL vorliegt, ggf. auf nächste AOLG um Einspielung weiter oben durch BMG zu ermöglichen</p>	<p>FG14</p> <p>FG38</p>

12	<p><b>Surveillance</b></p> <p><b>Abwassersurveillance</b>  Positive Aspekte Abwassertestung: Polio, Enteroviren, Influenzaviren, Drogen, Antibiotikaresistenzen, Mikroplastik, usw.  SARS-CoV-2 RNA ist im Abwasser gut nachweisbar (40ml und einfache Methoden genügen, infektiöse Viren nicht enthalten), es gibt verschiedene Aufarbeitungs- und Sequenzierungsmethoden  Deutschland ist in Sachen Abwasser nicht so gut aufgebaut (Größe, föderales System, Bevölkerung), wenig Aktivitäten Z.B. in NL mehr, kleines Land, andere Klärwerkestruktur (4 große Betreiber, in Deutschland &gt;9000 Klärwerke durch verschiedene Entitäten organisiert)  Interesse hieran besonders am Anfang der Pandemie, erste Publikation hat dies als Frühwarnsystem propagiert, wird noch stets als pandemiebegleitendes Instrument angesehen, da Trends im Abwasser gut erkennbar sind, deckt sich auch mit Meldedaten, bis zu 10d vor Fallanstieg in Meldedaten Anstieg im Abwasser sichtbar, Meldeverzug bleibt zu beachten, viele Faktoren spielen eine Rolle und es ist technisch noch nicht ausgereift, Cutoff ist individuell zu entscheiden  In Deutschland ist unklar, welche Maßnahmen sich daraus ergeben können/sollen (ÖGD)  Europäische Kommission, wünscht dass alle Mitgliedsstaaten bis Oktober ein flächendeckendes repräsentatives System gestalten, Gespräche mit Umwelt Bundesamt, Ministerium für Umwelt, usw.  Erscheint für noCOVID sinnvoll(er), ansonsten begrenzt, könnte die molekulare Surveillance ergänzen, wenn der Selektionsdruck auf SARS-CoV-2 steigt  Abwassersurveillance in manch anderen Ländern viel weiter, im Bereich AMR gibt es viele, teilweise auch sinnhafte Aktivitäten dazu  SARS-CoV-2-Fokus oder Gesamtbetrachtung inklusive anderer Erreger?  Anstehender Projektantrag  FF Bundesumweltministerium, BMG ist auf Unterabteilungsebene involviert, 2-3 seitiger Projektantrag, vieles (inkl. Ziele, Vorgehen, Strukturen) unklar bzw. aktuell nicht gegeben, Projekt-Steuerungsstab soll durch das RKI beraten werden  Offene Fragen:  Was macht man mit den Ergebnissen?  Wer soll informiert werden?  Sollen GA über Abwasserproben informiert werden um zu handeln?  Welche wären die Konsequenzen/Maßnahmen?  Könnte punktuell auf Kreisebene funktionieren oder als Studie sinnvoll sein  Nicht noch mehr Informationen und Handlungsdruck für GA</p>	FG15/alle
----	--	-----------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>kreieren</p> <p>Etabliertes System begrenzt sinnvoll, da großer Mehraufwand der durch Nutzen gerechtfertigt sein sollte</p> <p>Fazit</p> <p>Montag Sitzung mit BMG hierzu, getriggert durch EU Empfehlung</p> <p>Zunächst Teilnahme, abwarten, zu entscheiden, was abgeleitet wird an Maßnahmen</p> <p>Sollte zuerst an UBA verwiesen werden</p> <p>Kommentare zum Projektantrag wurden bis Montag gefordert, werden durch LZ zurückgegeben</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Impfungen RKI-MA</p> <p>RKI erhält 1200 Biontech Impfdosen um MA zu impfen, dies soll nächste Woche losgehen</p> <p>Organisation durch ZV6 und Arbeitssicherheit, Betriebsarzt kann dies nicht umsetzen, ärztliche MA sind um Unterstützung gebeten</p> <p>Fr Engelbert wird Impfen Haftpflicht noch klären</p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 10.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex</p>	VPräs

**Ende: 13:16**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Montag, 10.05.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Stefan Kröger
○ Lars Schaade	○ Walter Haas
○ Lothar Wieler	! FG37
! Abt. 1	○ Tim Eckmanns
○ Martin Mielke	! FG 38
! Abt. 3	○ Ute Rexroth
○ Tanja Jung-Sendzik	! IBBS
○ Janna Seifried	○ Bettina Ruehe
! ZIG	! P1
○ Johanna Hanefeld	○ Christina Leuker
! FG12	! P4
○ Annette Mankertz	○ Dirk Brockmann
! FG14	! Presse
○ Melanie Brunke	○ Ronja Wenchel
! FG17	○ Marieke Degen
○ Thorsten Wolff	! ZBS1
! FG21	○ Janine Michel
○ Wolfgang Scheida	! BZgA
! FG25	○ Heide Ebrahimzadeh-
○ Christa Scheidt-Nave	Wetter
! FG 32	
○ Michaela Diercke	
! FG34	
○ Viviane Bremer	
○ Andrea Sailer (Protokoll)	







	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang in allen AG</li> <li>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 147 neue Ausbrüche inkl. Nachmeldungen</li> <li>▪ Anstieg nach Ostern</li> <li>▪ Seit Ostern Median mit 3-4 Fälle pro Ausbruch etwas höher als in 2. Welle. Tendenz, dass Ausbrüche etwas größer sind und der Anteil der Kinder an Ausbrüchen höher ist.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 108 neue Ausbrüche mit Nachmeldungen</li> <li>▪ Steiler Anstieg nach Ostern auf 115 Ausbrüche pro Woche. Die letzten 2-3 Wochen sind mit Vorsicht zu interpretieren, kommt weiter zu Ausbruchsgeschehen.</li> </ul> </li> <li>○ Krankheitsschwere <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil hospitalisierter Fälle in 2. und 3. Welle eher vergleichbar.</li> <li>▪ Bei 0-5 Jährigen geringerer Anteil hospitalisiert als in 2. Welle.</li> <li>▪ ITS: bei 11-14 und 15-20 Jährigen gegenläufige Entwicklung, Anteil auf ITS höher als in 2.Welle. Zahlen sind jedoch aufgrund der geringen Anzahl mit großer Vorsicht zu betrachten.</li> </ul> </li> <li>○ Modellierungen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Berechnen mit P1 zusammen, was Geimpfte zum R-Wert beitragen, um herauszufinden, welchen Einfluss eine Lockerung der Maßnahmen hat.</li> <li>▪ Welche Dynamik entsteht durch die Gruppe der &lt; 18 Jährigen und der &lt;12 Jährigen, unter der Annahme, dass die anderen AG weitgehend geimpft sind. (FF B. Maier) -&gt; sollte mit FG33 abgeglichen werden</li> <li>▪ Digitales: Datenspende geht in die nächste Phase (aktuell Datenschutz), in der direkt mit Spendern kommuniziert werden kann.</li> <li>! Sollte Datenspende 3.0 genehmigt werden, könnte überlegt werden, welche Fragen gestellt werden könnten. Es handelt sich zwar nicht um eine repräsentative Gruppe, jedoch um eine, die</li> </ul> </li> </ul>	<p>P4 (Brockmann)</p> <p>Haas</p>
--	--	---------------------------------------



	<p>sehr bereitwillig Auskunft gibt.</p> <p>! Ist eine Änderung der Teststrategie für den aktuellen Rückgang der Fallzahlen verantwortlich?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gehen die Zahlen aufgrund eines anderen Verhaltens in der Bevölkerung so rasch zurück?</li> <li>○ Ist die Abbildung der Erkrankungsfälle im Meldesystem korrekt oder ein Artefakt, da häufig Antigentests ohne PCR-Bestätigung stattfinden?</li> <li>○ Ein Korrekturfaktor könnte die Regelung zu Genesenen sein, da ein PCR-Test nötig ist, um den Status als Genesener zu erhalten.</li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Brockmann setzt sich zwecks Modellierung mit Hr. Haas in Verbindung.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Könnte diese Fragestellung mit in die COSMO-Studie eingebracht werden?</li> </ul> <p><i>ToDo: Wird von Fr. Leuker dem Team von P1 vorgeschlagen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es Verschiebungen in ARS, bei der Testzahlerfassung?</li> <li>○ Wie viele pos. Antigentests bestätigen sich? Diese Daten gibt es auch aus der POCT-Abfrage, dazu erscheint nächste Woche ein Epid. Bull. Artikel.</li> <li>○ Letzte Woche war eine Grafik in Twitter (in FAQ verlinkt), bei wie vielen Fällen einer pos. PCR ein pos. Antigentest vorausgeht.</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	





	<p>Geimpften.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hat STIKO den Zeitpunkt der Impfung nicht bereits auf 4-6 Monate verändert?</li> </ul> <p><i>ToDo über Lagezentrum: kurze FAQ zum Thema entwickeln, FF FG33 [ID 3594]</i></p> <p>! Es ist vorgesehen Donnerstag und Freitag nur eine Wochenendversion des Lageberichts zu veröffentlichen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kann am Freitag trotzdem ein Update der Impfquoten berichtet werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ein Update der Impfquoten wird publiziert.</li> </ul> </li> <li>○ Soll das dem BMG mitgeteilt werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mitteilung ist sinnvoll, jedoch nicht als Frage formuliert.</li> <li>▪ Die Zahlen werden nach dem Feiertag nicht sehr aussagekräftig sein, vermutlich deutlicher Rückgang. Wochenendversion ist fachlich gerechtfertigt.</li> </ul> </li> </ul> <p>! BMG wird ab 17.05. den 7-Tage-Inzidenzbericht von sich aus einstellen.</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Nichts Neues zu berichten</p>	P1
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Quarantäne "besorgniserregende" Variante B 1.1.7 (Text <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag den Text auf der VOC-Seite zu aktualisieren mit Bezug auf die Verordnung §10 Abs. 2 Nr. 1. Die Variante B.1.1.7 gilt nicht als Virusvariante im Sinne der Verordnung.</li> <li>○ Es stehen 2 Vorschläge zur Auswahl, einer mit und einer ohne Begründung.</li> <li>○ FG36 favorisiert die 2. Version ohne Erläuterung. Es sollte inhaltlich nicht darauf eingegangen werden, da sich die Regelung fachlich nicht gut begründen lässt. Eine große Verbreitung macht eine Variante nicht weniger gefährlich.</li> </ul>	Alle / Rexroth / Kröger





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das BMG leitet zurzeit sehr viel von BMG weiter. Erlasse werden immer politischer mit sehr kurzen Deadlines.</li> <li>○ Längerfristig muss Deeskalationsstrategie überlegt werden.</li> <li>○ Gründe: allgemeine Erschöpfung, Verpflichtungen im Rahmen von sonstigen Projekten. Im Unterschied zum letzten Jahr sind andere Aktivitäten nicht mehr komplett heruntergefahren, die Projekte laufen weiter.</li> <li>○ Wichtig wäre dem BMG zu signalisieren, dass ein minimaler Vorlauf von 3 Tagen erforderlich ist. Zeitlicher Puffer ist nötig, um sinnvoll zu priorisieren.</li> <li>○ Ausnahmen bei den Fristen sollten Ausnahmen bleiben.</li> <li>○ Fehlt Unterstützung der anderen Abteilungen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auch die MA in Abt. 2 sind am Limit.</li> <li>▪ Gute Unterstützung aus anderen Abteilungen, Arbeit hat sich potenziert.</li> </ul> </li> <li>○ Möglichst pragmatisches Vorgehen sinnvoll in Form von kurzen Begründungen bei Anfragen.</li> <li>○ Es sollte Zeit für die Klärung der fachlich relevanten Probleme reserviert werden. Skizzieren der zum gegenwärtigen ZP drängenden fachlichen Aufgaben.</li> <li>○ Wird in Abteilungsleiterrunde heute Abend aufgenommen.</li> <li>○ BMG soll gebeten werden, Jour fixe wieder einzuführen um Möglichkeit für Feedback zu schaffen.</li> </ul>	<p>Scheidt-Nave</p>
<p><b>15</b></p>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	<p>Alle</p>
<p><b>16</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Impfungen RKI-MA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollen die Impfungen wirklich vom RKI selbst ausgeführt werden?</li> <li>○ Die Alternativen Betriebsarzt und Bundeswehr sind nicht möglich.</li> <li>○ Andere Dienstleister sind in der gleichen Situation. Wenn die Impfungen nicht selbst durchgeführt werden, kommt es vermutlich zu zeitlichen Verzögerungen.</li> <li>○ Geplant sind im Moment: 2 Tage pro Woche in 2 Schichten, beginnend in 2 Wochen.</li> <li>○ Durch die Einbeziehung der Hausärzte in die Impfungen, stehen wohl in manchen Berliner Impfzentren Impfstraßen leer. In Impfzentren ist die gesamte Logistik schon etabliert.</li> <li>○ Wäre es möglich einen Antrag auf Amtshilfe des Landes fürs RKI zu stellen?</li> <li>○ Wurde noch nicht geprüft. Hr. Wieler fragt bei Hr. Broemme, dem Leiter der Berliner Impfzentren, nach.</li> </ul> <p>! Info: Am Freitag ist ein sehr kurzer Krisenstabtermin geplant.</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	<p>Bremer</p>



**Ende: 14:16**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 12.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lothar H. Wieler	! FG38
o Lars Schaade	o Ute Rexroth
! Abt. 1	o Nadine Zeitlmann
o Martin Mielke	! IBBS
! Abt. 3	o Bettina Ruehe
o Tanja Jung-Sendzik	! MF3
o Janna Seifried	o Nancy Erickson (Protokoll)
! FG14	! MF4
o Melanie Brunke	o Martina Fischer
! FG17	! P1
o Thorsten Wolff	o Ines Lein
o Ralf Dürrwald	! Presse
! FG21	o Ronja Wenchel
o Patrick Schmich	! ZIG
o Wolfgang Scheida	o Johanna Hanefeld
! FG25	! ZIG1
o Christa Scheidt-Nave	o Luisa Denkel
! FG32	! ZIG2
o Michaela Diercke	o Thurid Bahr
! FG33	! BZgA
o Ole Wichmann	o Heide Ebrahimzadeh- Wetter
! FG34	
o Viviane Bremer	
o Andreas Hicketier	
! FG36	
o Walter Haas	
o Stefan Kröger	
o Kristin Tolksdorf	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur freitags</i>)            Datenstand WHO, 10.05.2021: 157.973.438 Fälle (+1,5% im Vergleich zu Vorwoche); 3.288.455 Todesfälle (2,1%)            Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: in fast allen Ländern abnehmender Trend außer in Indien und Brasilien, aber auch hier Anstieg geringer als in Vorwochen (Indien derzeit 9,8 %, Brasilien 5,1 %) ! insgesamt setzt sich der starke Anstieg derzeit nicht fort, Plateau scheint erreicht            7-Tage-Inzidenzen weltweit: 93 Länder mit &gt; 50, 19 Länder mit &gt; 200 Neuinfektionen / 100.000 Einw.            Nachbarländer von Indien: in vergangenen Tagen sehr starker Anstieg in Nepal mit ca. 60 % und in Sri Lanka mit ca. 36 % im Vgl. zu Vorwoche zu beobachten, in Nepal zudem Nachweis von B.1.1.7 und B.1.617 (einschließlich B.1.617.2), auch in Sri Lanka Nachweis von B.1.617 bei Reiserückkehrern (Quarantänehotel in Colombo)            VOC: Linie B.1.617: Virusvarianten-Risikogebiete: Indien; unter Beobachtung: UK, Bangladesch, Sri Lanka, Nepal</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)            SurvNet übermittelt: 3.548.285 (+14.909), davon 85.380 (+268) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 108/100.000 Einw., deutlich gesunken            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 27.686.865 (33,3 %), mit vollständiger Impfung 8.022.890 (9,6 %)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abnehmender Trend in allen BuLä, außer Saarland (aufgrund seiner Größe ist die Inzidenz anfällig für kleine Ausbruchsgeschehen), SH einziges Bundesland mit Inzidenz &lt; 50</li> <li>2. Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis: 190 LK &lt; 100, nur noch 219 LK &gt;100 und hier mehrheitlich rückläufig</li> </ol> <p>Demographische Auswertung - Heatmap: Rückgang der Inzidenz in allen AG, in AG 75-84 stärkster Rückgang; höchste 7TI AG 15-19            Hospitalisierte Fälle nach Meldedatum: AG 35-59 höchste Hospitalisierungsraten            Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche: weiterhin hohes Niveau mit ca. 1.000 Todesfällen pro Woche</p> <p>Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)            Knapp 1.2 Mio Tests in letzter Woche, davon ca. 127.000 positiv: Positivenanteil erneut leicht gesunken (10,31 %), Anzahl der Testungen ebenfalls erneut leicht gesunken            Nach wie vor ca. doppelt so hohe Kapazitäten wie</p>	<p>ZIG1 (Denkel)</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt.3 (Seifried)</p>

	<p>durchgeführte Testungen, Kapazitäten weiterhin vorhanden, Probenrückstau und Lieferengpässe unproblematisch Aufgrund des Feier- u Brückentages prospektiv erneut weniger Testungen (zu berücksichtigen bei PCR-Tests kein „Nachholeffekt“ nach den Feiertagen) Anteil VOC B.1.1.7 weiterhin stabil bei ca. 91,4 %, stabil ebenfalls für B.1.351 mit derzeit ca. 0,6 % und P.1 mit 0,2 % AG-POCT-Test: Insgesamt aus 361 Einrichtungen 766. 541 POCT erfasst, 1221 positiv (0,16 %), davon 1038 (85,0 %) in PCR gegangen, davon 568 (54,72 %) als positiv bestätigt übermittelt. 3363 POCT (0,4 %) waren nicht auswertbar/unklares Ergebnis. Stationäre Pflege übermittelt weniger Tests oder testet weniger (eventuell aufgrund der Impfung)</p> <p>ARS-Daten (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>) Positivenanteil sinkt auf unter 10 %, Gesamttestzahl geht ebenfalls zurück Grafik: Punkte = prozentuale Anteile, Säule = absolute Anzahl Testungen: Bayern und NRW höchste Testzahlen sowie „unbekannt“ (= nicht zuzuordnen aufgrund mangelnder Probenbeschriftung o.ä.), Positivenanteil in allen BuLä rückläufig Anzahl der Testungen pro 100.000 Ew. nach AG und KW: Anzahl Testungen in allen AG gleichmäßig rückläufig, v.a. bei AG 0-4 Positivenanteil nach AG und KW: in allen AG rückläufig außer in AG 0-4 und in AG 5-14 immer noch mit 16 % sehr hoch; Anzahl positive Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG deutlich rückläufig Positivenrate nach Geschlecht, AG und KW: in AG 5-14 ähnliche Verteilung bei männlichen und weiblichen Personen, in AG 15-59 Positivenanteil bei männlichen Personen höher, bei Kindern in etwa ähnlich außer aktuell: Anstieg bei weiblichen 0-4-Jährigen zu beobachten Anzahl Tests und Positivenanteil in verschiedenen Organisationseinheiten: in Arztpraxen weniger getestet (Niveau in etwa mit dem der Zeit vor Ostern vergleichbar), Ursache unklar, vermutlich weniger Infekte vorhanden, aber auch in Krankenhäusern Rückgang zu verzeichnen Laborbasierte Surveillance von SARS-CoV-2: Monatsbericht vom 11.05.2021: für AG 15-59 Anzahl positiv getesteter Personen pro 100.000 Einw. in 3. Welle vergleichbar hoch wie in 2. Welle, für Kinder in 3. Welle wesentlich höher als in 2. Welle; für ältere AG (v.a. 80+) kein Anstieg in 3. Welle erkennbar! sehr eindrückliche Visualisierung des Impferfolges Ausbrüche Altenheime: Anzahl bleibt aktuell recht niedrig, trotz der 3. Welle, ebenso in Krankenhäusern</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>) Grippeweb: seit mehreren Wochen relativ stabile ARE-Raten, niedriges Niveau wie in Vorsaison (aber seit 36. KW so niedrig wie noch nie in diesem Zeitraum); Rückgang in allen AG bis</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki

	<p>auf leichten Anstieg in AG 15-34  AG Influenza: Anzahl der Konsultationen in allen AG rückläufig, nur Berlin/BB und NRW Anstieg bei AG 5-14  ICOSARI: COVID-SARI-Fälle allgemein und mit ITS-Behandlung: leichter Rückgang in allen AG, aber auch hier die AG 15-59 noch immer verhältnismäßig hoch; AG 15-34 und 35-59 noch über Niveau 2. Welle; Intensivpatienten: AG 60-79: weiterhin kein Rückgang zu erkennen (Stabilisierung), Niveau liegt aber unter 2. Welle; AG 80+: seit einigen Wochen stabil; AG 35-59: Rückgang der Intensivfälle, aber relativ hohes Niveau bleibt  ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID an SARI-Fällen 63 % in KW17  Gegenüberstellung ARS-Positivenanteile zu ICOSARI: Anzahl COVID-SARI: im Verlauf ähnlicher zu Positivenanteil von ARS aber hier 3. Welle etwas ausgeprägter; Anteil COVID-SARI: kaum Schwankungen zwischen 2. und 3. Welle, da hier Wahrscheinlichkeit von COVID bei SARI recht hoch</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)  123 Einsendungen; niedrigster Probeneingang seit Beginn des Jahres  4,5 % SARS-Cov-2-positiv im Sentinel, deutlicher Rückgang vermutlich bedingt durch Probenanteil der Kinder aber auch insgesamt  Verteilung: v.a. Rhinoviren, leichter Anstieg zur Vorwoche, ebenso bei saisonalen Coronaviren leichte Anstiege (hier v.a. OC43 und NL63), Parainfluenza: derzeit unbedeutend, drastische Abnahme von SARS-CoV-2, keine weiteren Viren nachgewiesen, Peak H1N1v („Schweineinfluenza“): Einzelfall Probenanteil in KW18 bei AG 0-4 zugenommen (vermutlich Rhinoviren-bedingt)  Ungewöhnlich hoch: saisonale Coronaviren OC43 und NL63; AG 5-15 am stärksten betroffen, AG 0-4 stärker von Rhinoviren betroffen; SARS-CoV-2: leichter Anstieg in AG 5-15, keine NW in AG 0-4, insgesamt deutlicher Rückgang</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)  Stand 12.05.2021: 4.377 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser behandelt. In fast allen BuLä Rückgang der COVID-ITS-Belegung zu sehen, Rückgang auch in allen Behandlungsschwere-gruppen (Invasiv und ECMO aber v.a. in leichten Fällen/high-flow)  Noch hohe Dynamik an Zu-Abgängen / Verlegungen und noch kein Rückgang in Todeszahlen pro Tag  Anteil Covid-Patient*innen an Gesamtzahl ITS-Betten: Nord-Westen: Plateau, stärkster Rückgang in HH; Nordosten: ...in BB; Mitte: ... in Thüringen; Süd: hier BaWü als Ausnahme leichter Anstieg; ansonsten moderate Rückgänge  Altersverteilung ITS: seit 10 Tagen erfasst, Hauptgruppe ITS AG 60-69 sowie nachfolgend AG 40-49 und 80+ jeweils</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	---

	<p>gleichzeitig  Zeitreihen letzter 7 Tage: in fast allen AG leichter Rückgang außer 80+ (vermutlich aufgrund des Alters und der Liegedauer) sowie bei AG 18-29  Covid-19-Belegung und Belastung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. 85% der täglichen COVID-19 ITS Behandelten benötigen Beatmung</li> <li>4. Erster Rückgang in der ECMO Behandlung</li> <li>5. Noch ca. 60 % der Intensivbereiche melden Begrenzung/Auslastung (v.a. Personal, Raum) in den Bereichen Low-, High-Care und ECMO (weiterhin vierfache Auslastung im Vergleich zu normalen Zeiten)</li> </ol> <p>Lage verschlechtert sich nicht aber noch keine Entspannung  SPoCK: prognostisch stärkerer Rückgang als in Vorwoche zu erwarten</p> <p>Diskussion:  Insgesamt scheint es sich angesichts der weiterstgehend kongruenten Datenlage um tatsächliche Rückgänge zu handeln  Allerdings erscheinen Testungen als volatiler und durch Teststrategien beeinflusster Parameter, eine Öffnungsdiskussion erscheint somit noch verfrüht  Die nicht grundsätzlich erfassbaren AG-Tests bleiben weiterhin ein Kritikpunkt, allerdings ist anzumerken, dass der AG-Nachweis im Meldesystem zu erfassen ist, hierzu müsste somit eine gegenläufige Entwicklung zur den per PCR erhobenen Daten sichtbar sein</p> <p><i>ToDo: Bitte an Frau Diercke, hierzu bzw. zu gemeldeten vs. übermittelten AG-Nachweisen Nachforschungen anzustellen und dazu in kommender Woche zu berichten</i></p> <p>Bei Schulkindern ist eine relevante Anzahl an Ausbrüchen ersichtlich; das Screening soll zwar Fallausbreitung verhindern, deren Effektivität erscheint <i>in praxi</i> derzeit jedoch unklar (siehe dazu TOP16)</p> <p>Anmerkung: es existieren bereits Bestrebungen, die TestVO in der Form anzupassen, als dass bundesweit eine PCR-Pooltestung für nicht impfbare Kinder ermöglicht werden soll  Aus dem Kölner Modellprojekt gibt es Hinweise, nach der infizierte Kinder oftmals bereits isoliert werden können, bevor eine Übertragung stattfindet</p> <p>Die Lockerungsmaßnahmen sind grundsätzlich als verfrüht zu erachten, da eine gewissen Dunkelziffer berücksichtigt werden muss und ein erneuter Anstieg der Fallzahlen durchaus denkbar erscheint. Dies soll entsprechend so berücksichtigt, kommuniziert und weiter beobachtet werden.</p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>Einstufung B.1.617 als VOC/VOI</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>ECDC (11.05.21): "At this time, ECDC maintains its assessment of B.1.617.1, B.1.617.2 and B.1.617.3 as variants of interest and will continue to actively monitor the situation."</p>	<p>FG36 (Kröger)</p>



	<p>! Threat Assessment zeitgleich veröffentlicht</p> <p>WHO (11.05.21, SITREP): B.1.617 sublineages appear to have higher rates of transmission, including observed rapid increases in prevalence in multiple countries (moderate evidence available for B.1.617.1 and B.1.617.2), and preliminary evidence suggests potential reduced effectiveness of Bamlanivimab, a monoclonal antibody used for COVID-19 treatment, and potentially slightly reduced susceptibility to neutralisation antibodies (limited evidence available for B.1.617.1).</p> <p>! als VOC hochgestuft, PHE bereits letzten Freitag aber nur eine Subvariante, da ein nicht irrelevanter Anteil an Community Transmission und Transmissibilität vergleichbar zu B.1.1.7. vorliegt</p> <p>PHE (07.05.21, tech. Brief.): “VUI-21APR-02 (B.1.617.2) was escalated to a variant of concern on 6 May 2021 (VOC-21APR-02). It is assessed as having at least equivalent transmissibility to B.1.1.7 based on available data (moderate confidence). There are insufficient data currently to assess the potential for immune escape.”</p> <p>EpiCurve: ab KW14: Anzahl der Sequenzen (Stichproben, gezielt und ungezielt) für B.1.617.1 und .2 stark angestiegen, Daten für KW17 und 18 noch unvollständig! vermutlich auch für KW17 und 18 mind. Niveau von KW 14 und 15</p> <p>Anteil von B.1.617.x unter VOC/VOI ohne B.1.1.7: Anstieg v.a. bei gelb bis braun angefärbten Subvarianten</p> <p>Geografische Verbreitung: primärdiagnostische Labore abgebildet, keine spezielle Konzentration, Großteil keine Angabe des BuLa und ebenfalls i.d.R. keine Reisehistorie</p> <p>Hier noch keine Todesfälle aufgrund dieser Variante bislang berichtet, Hospitalisierungsrate scheint gering, Datengrundlage reicht jedoch nicht zur abschließenden Beurteilung aus</p> <p>Zusammenfassung:</p> <p>Stark steigende Fallzahlen seit KW15 bei sinkender Inzidenz (gesamt)</p> <p>Es wird eine erhöhte Übertragbarkeit/Fitness vergleichbar mit B.1.1.7 vermutet (UK, WHO, KL)</p> <p>Siehe hierzu WHO-Working-Definition VOC:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. A VOI (...) is a variant of concern (VOC) if, through a comparative assessment, it has been demonstrated to be associated with</li> <li>2. Increase in transmissibility or detrimental change in COVID-19 epidemiology;</li> <li>3. Increase in virulence or change in clinical disease presentation; or</li> </ol>	
--	--	--



	<p><b>4.</b> Decrease in effectiveness of public health and social measures or available diagnostics, vaccines, therapeutics. ! Kriterien für VOC somit erfüllt.</p> <p>Nur für wenige Fälle liegen Information zur Exposition im Ausland vor! Geschehen in D unklar</p> <p>Starker Anstieg der Fallzahlen von B.1.617.2 in UK, suspected community transmission in einigen Region</p> <p>Einstufung als VOC möglich</p> <p><b>5.</b> Gezieltes Testen (target PCR) mit Kostenerstattung im Rahmen der VO</p> <p><b>6.</b> Gezielte Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen (auch ohne Reiseanamnese o.ä.)</p> <p>Keine Unterscheidung von B.1.617.1 und B.1.617.2 da Differenzierung nur per NGS praktikabel</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dem Vorschlag, dass sich das RKI der WHO-Definition und -Empfehlung anschließt, wird zugestimmt</li> <li>○ Das ECDC sollte auf diesen Sachverhalt hingewiesen werden</li> <li>○ Grundlage des abweichenden ECDC-Entscheids mutmaßlich derzeit sehr dynamische Datenlage und internes Threat Assessment</li> <li>○ Bei nächster AGI sollten Nachforschungs- und Eindämmungsmaßnahmen bei Auftreten dieser VOC diskutiert und in die Länder getragen werden</li> <li>○ Weitere Begründungen des Anschlusses an die Empfehlung der WHO: unterschiedliche Virusgebietsklassifizierungen erforderlich</li> <li>○ Herr Drosten wurde hierzu bereits eingebunden, abschließende Einschätzung seinerseits steht noch aus</li> <li>○ Dynamik, Fitness und v.a. auch Schutzeffektivität der Impfung derzeit unklar; Folge der VOC-Definierung: geimpfte Personen wären zu quarantänisieren, Impfdurchbrüche könnten sensitiver erfasst werden, Surveillance-Intensivierung möglich! ! Vorteil</li> <li>○ Abschließend: RKI schließt sich WHO-Definition als VOC an, zumal Zunahme in letzten Wochen in D stärker als andere non-B.1.1.7-Varianten</li> </ul> <p><i>ToDo1: Umgehende Mitteilung an das BMG sowie nachfolgend auch an die Länder mit Vorschlag das Containment hier besonderer Bedeutung zuzumessen (Mitteilung an das Lagezentrum um 13:30 durch Herrn Kröger bereits umfassend erfolgt)</i></p>	<p>ZIG2 (Bahr)</p>
--	--	------------------------



*ToDo2: Als TOP für kommende AGI-Sitzung zu formulieren (auch zur Diskussion von Nachforschungs- und Eindämmungsmaßnahmen)*

*ToDo3: Aufnahme in nächsten Varianten- und, wenn möglich, in den heutigen Lagebericht*

Für weitere VOI/VOCs ist zu bedenken:

- RKI sollte jeweils eigenständige Bewertung vornehmen, der WHO-Einstufung kann sich angeschlossen werden, sofern keine Gründe entgegenstehen, eine explizite Ausweisung im Sinne der Übernahme dieser Bewertungstätigkeit sollte jedoch nicht erfolgen
- Anmerkung: die bislang entdeckten Varianten wurden auch im Rahmen der Surveillance identifiziert

**Measures analysis: "Exemptions from COVID-19 Containment Measures for Vaccinated and Recently Recovered Individuals - Bahrain, Chile, France, Germany, Israel, United Kingdom, United States"** (Folien [hier](#))

- Analyse der Lockerungsmaßnahmen für vollständig geimpfte, genesene oder negativ getestete Personen
- Untersuchte Länder: D, Frankreich, UK, Bahrain, USA, Chile, Israel
- Inzidenz nimmt in allen Ländern außer Bahrain ab
- Impfakzeptanz niedrig in Israel, Frankreich und USA
- Heatmap: allgemeine Coronamaßnahmen: hier ist noch nicht die Ausnahme von Maßnahmen verzeichnet, sondern ein allgemeiner Überblick: links: 3 Länder (USA; Israel, Bahrain) mit, rechts 3 Länder (UK, Frankreich, Chile) ohne spezielle Lockerungen für diese Gruppen (aber ggf. im Gespräch)
- In Israel, USA und UK setzen sich Lockerungsbestrebungen fort
- In Chile sind die Maßnahmen als unverändert dargestellt, hierbei ist zu bedenken, dass temporäre subnationale Lockerungen, wie im März durchgeführt, nicht abgebildet werden können
- Ausnahmeregelungen für Geimpfte und Genesene: Chile, Frankreich und UK sehen zunächst keine vor (Ausnahmeregelungen in Frankreich und UK jedoch diskutiert), in Deutschland, Bahrain, USA und Israel vorhanden
- Hier sind für Geimpfte und Genesene größtenteils vergleichbare Lockerungen im Freizeitbereich und bei Reisen

	<p>vorgesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Niedrige Impfkzeptanz in USA, Israel und Frankreich, höhere in Deutschland, UK und Chile</li> <li>○ Risiken: Viruszirkulation, geringe Impfabdeckung (&lt;40 % in 6 der 7 Länder), hohe Inzidenz in zwei Ländern mit geplanten oder bereits implementierten Ausnahmeregelungen (Frankreich und Bahrain)</li> <li>○ Empfehlung: sofern Lockerungsbestrebungen bei niedriger Impfabdeckung und keinem universellen Impfangebot bestehen, sind AHA plus L-Regeln weiterhin zu unterstreichen (wie in EpidBull-Artikel genannt), nichtgeimpften Gruppen ist möglichst eine konkrete Impfperspektive zu bieten</li> </ul> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Compliance in UK ist grundsätzlich anders einzuschätzen, da dort bereits seit langer Zeit ein konkreter Stufenplan mit schrittweisen Lockerungen klar kommuniziert wurde, wengleich er keine Lockerungen für bestimmte Personengruppen vorsieht</li> <li>○ Frau Bahr bittet um Einschätzung hinsichtlich der Compliance in Ländern, die keine grundsätzliche Öffnung aber einzelne Lockerungen für Geimpfte in Aussicht stellen, wenn zeitgleich nicht alle Personen bereits eine Impfperspektive erhalten haben.</li> </ul> <p><i>To Do: Bitte an Frau Lein, die Informationen aus der Cosmo-Studie an Frau Bahr weiterzuleiten, wengleich diese Studie nicht ganz deckungsgleich zu der Fragestellung ist.</i></p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>Von Montag auf heute verschoben, muss erneut verschoben werden</p>	FG21 (Schmich)
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Vertagt</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Maßnahmentipps wurden veröffentlicht unter <a href="https://www.infektionsschutz.de/">https://www.infektionsschutz.de/</a> (RKI- und BZgA-Label)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Lagebericht Englisch erscheint donnerstags, diese Woche wird er jedoch aufgrund des Feiertags nicht erscheinen, ein Vermerk wird auf die website gestellt</p> <p><b>P1</b></p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenckel)</p>



	Nichts berichtet	P1 (Lein)
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Schnittstellte Kommunikation/Strategie: Kommunikation der Lockerungen für Geimpfte bei Zusammenkünften          Bislang wird die EinschränkungLockerung zu pauschal kommuniziert          Es sollte ferner klar differenziert werden zwischen Gruppen ausschließlich geimpfter <i>versus</i> Gruppen geimpfter und bislang ungeimpfter Personen – hier ist zudem zu berücksichtigen die unterschiedliche Impfeffektivität, der unterschiedliche Impfschutz nach erster bzw. zweiter Impfung, sowie die mögliche Übertragung von Escapevarianten          Ein Bsp. wie CDC das diese Thematik kommuniziert  <a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/pdfs/choosingSaferActivities.pdf">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/pdfs/choosingSaferActivities.pdf</a>          Laut § 4 Ausnahmen von der Beschränkung privater Zusammenkünfte nach § 28b Absatz 1 Satz 1 Nummer 1 des IfSG gelten geimpfte Personen und genesene Personen nicht als weitere Person          Die Anregung einer Erstellung einer Übersicht wann welche Hygienemaßnahmen erforderlich sind (siehe auch anschauliche Grafik des CDC) wurde bereits an P1 herangetragen, nun mit der Bitte um eine konservative Darstellung unter Berücksichtigung der VO, P1 arbeitet bereits am layout</p> <p><i>To Do: Bitte an P1, die erstellte Grafik mit FG34 und FG36 abzustimmen und zur anschließenden Besprechung in der Krisenstabssitzung zu geben</i></p> <p>Anfrage des BMG, ob und wie lange vollständig geimpfte, aber dennoch infizierte Personen isoliert werden sollen aufgrund der Hinweise auf kürzere und geringere Virusausscheidung bzw. einer Transmissionsreduktion          Der genannte Sachverhalt begründet keinesfalls eine Isolierung nicht zu empfehlen          Die Infektion ist als Fall zu definieren und weiterhin als solcher zu behandeln, eine Isolation ist somit erforderlich          KP werden quarantänisiert wenngleich diese Personen mit mutmaßlich weitaus geringerer Wahrscheinlichkeit eine weitere Person infizieren könnten als ein nachgewiesener Infektionsfall bei einer geimpften Person          Zustimmung zur Empfehlung, infizierte Personen trotz vorhandener Impfung zu isolieren</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG36 (Haas)</p> <p>VPräs</p>

<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Immunitätsnachweise für von Personen, die trotz erfüllter klinisch-epidemiologischer Kriterien entgegen der RKI-Empfehlung nicht labordiagnostiziert wurden (TelKo EPILAG und AGI):  Diese sehen sich nun benachteiligt  Wenn gegen bestehende Empfehlung verstoßen wurde, sind daraus resultierende, neuerliche und vor allem unsichere Empfehlungen abzulehnen  Argumente RKI-seits wurden geliefert  Ggf. auch als Incentive für den PCR-Nachweis zu nutzen  Bei Vergleichen mit Masern sei darauf hinzuweisen, dass hier bereits ca. 40 Jahre wissenschaftlicher Erfahrung bestehen und der entsprechend benötigte Titer genau bekannt ist.  Sofern hier nicht genau bekannt ist, welcher Titer ausreichend schützt, sind keine weiteren Empfehlungen in dieser Richtung möglich.  Zudem wäre hier aktuell unnötiger aber erheblicher Diagnostikaufwand bei zeitgleich anderswo benötigter Kapazität zu diskutieren</p> <p>KP-Nachverfolgungspapier:  Hinweis zur Diskussion um Berechnung der Tage ab Kontakt hinsichtlich Quarantäne: nach wie vor beginnt die Zählung an dem Tag, der auf das Bekanntwerden folgt (14 Tage somit gesichert einzuhalten).</p>	<p>Alle (Rexroth)</p> <p>FG37 (Eckmanns) FG36 (Haas)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG33</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Zu virologischer Surveillance siehe oben</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Einbindung des RKI in Long-COVID-Forschung (Einbindung in Long-COVID-Plattform von NAPKON/NUM oder Aufbau RKI eigener Plattform?)  Long-COVID in Abt. 2 angesiedelt in Zusammenarbeit mit anderen OEs  Kontakt Long-COVID-Ambulanz war an Abt. 2 vermittelt worden, nun stellt sich hier die Frage, welche Rolle das RKI (auch organisatorischer Natur) übernimmt  Clara Lehmann möchte Versorgungsaspekt der Patienten klar voranbringen, hat im NAPKON eine Untergruppe dazu etabliert und wünscht das RKI an Bord  Diese Anfrage wird zwar begrüßt aber es fehlen Ressourcen</p>	<p>FG36 (Haas) FG25 (Scheidt-Nave)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>-welche Aktivitäten sollen am RKI erfolgen, was kann oder sollte outgesourced werden</p> <p>Aktueller Vorschlag Abt. 2 dem BMG ggü.: Übernahme einer Grundkoordinationsfunktion, auch um auskunftsfähig zu bleiben angesichts der derzeit vermehrten Anfragen an Abt. 2</p> <p>Welche anderen Rollen übernommen werden können, bleibt zu diskutieren</p> <p>Zu beachten hierbei auch: Kapazitätsbeanspruchung, nationale und internationale Netzwerke</p> <p>Anm. zu Netzwerk Universitätsmedizin: mögliche Synergien schaffbar über dortige Bestrebungen zur Zusammenführung von Evidenz</p> <p><i>To Do: Aspekt sollte erneut als gesonderter TOP diskutiert werden</i></p> <p>Beitrag zu Entlasskriterien (Frau Ruehe, zunächst vertagt auf Freitag)</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Nichts berichtet</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Erfassung indischer Variante soll zeitnah möglich sein</p>	FG32 (Diercke)
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Kommenden Freitag ist die Krisenstabssitzung ohne vorgegebenen TOP-Plan als kurzer Abstimmungstermin einzuplanen</p>	Alle
<b>16</b>	<p>Schulöffnung mit Testpflicht kann helfen symptomlose Infektionen aufzudecken, Infektionsketten zu unterbrechen und so einen Beitrag zur Pandemiebewältigung leisten</p> <p>Hier wäre eine Evaluation in den kommenden Wochen interessant</p> <p>Abwägung mit zusätzlichen Ansteckungen: Test müssen mehr aufdecken, als zusätzliche Infektionen durch Schulöffnungen entstehen</p> <p>Diskussion:</p> <p>Kontrollgruppe in geschlossenen Schulen wurde nicht vergleichbar viel getestet</p> <p>Testzeitpunkt erste Woche nach den Ferien: in zweiter Woche nach den Ferien hätte Ansteckung in Schule erfolgen können</p> <p>Es ist mit Vorsicht zu kommunizieren, dass mit AG-Tests die</p>	FG34 (Hicketier)

	<p>Inzidenz in Schulen niedrig gehalten werden könne Ob eine Symptomatik zum Testzeitpunkt vorlag, wurde nicht erhoben, es bestand jedoch die Annahme, dass ein symptomatisches Kind noch zur Schule geschickt würde</p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	
--	--	--

**Ende: 13:12 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 14.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |  |
|------------------------|--|
| ! Institutsleitung     | o ./.                                  |
| o Lothar H. Wieler     | ! FG36                                 |
| o Lars Schaade         | o Stefan Kröger                        |
| ! Abt. 1               | ! FG37                                 |
| o Martin Mielke        | o Muna Abu Sin                         |
| ! Abt. 2               | ! FG38                                 |
| o ./.                  | o Maria an der Heiden                  |
| ! Abt. 3               | ! IBBS                                 |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Christian Herzog                     |
| ! FG11                 | o Bettina Ruehe                        |
| o ./.                  | ! ZBS1                                 |
| ! FG12                 | o Janine Michel                        |
| o ./.                  | ! MF3                                  |
| ! FG14                 | o ./.                                  |
| o Mardjan Arvand       | ! MF4                                  |
| o Melanie Brunke       | o ./.                                  |
| ! FG17                 | ! P1                                   |
| o Djin-Ye Oh           | o Esther-Maria Antão                   |
| ! FG21                 | ! P4                                   |
| o Wolfgang Scheida     | o ./.                                  |
| ! FG25                 | ! Presse                               |
| o Christa Scheidt-Nave | o Ronja Wenchel                        |
| ! FG32                 | ! ZIG                                  |
| o Michaela Diercke     | o Johanna Hanefeld                     |
| ! FG33                 | ! ZIG1                                 |
| o N.N.                 | o Franziska Badenschier<br>(Protokoll) |
| ! FG34                 | ! BZgA                                 |
| o Viviane Bremer       | o Martin Dietrich                      |
| ! FG35                 |  |



*Vorbemerkung: Verkürzter Krisenstab und entsprechendes Protokoll wegen Brückentag.*



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Fallzahlen, Todesfälle, Trend  SurvNet übermittelt: 3.577.040 (+11.336), davon 85.848 (+190) Todesfälle  Weiter sinkende Zahl neuer Fälle; heute deutlich weniger als sonst freitags, z.T. Feiertagseffekt von gestern  7-Tage-Inzidenz: 97/100.000 Ew. Gesamtbevölkerung;  37/100.000 Ew 80+ Jahre.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 28.516.504 (34,4%), mit vollständiger Impfung 8.320.680 (10,0%)  Intensivregister: Zahlen leicht zurückgehend  DEMIS: Meldungen pro Tag über DEMIS und Anzahl COVID-19-Fälle nach Meldedatum  Blau: Meldungen über DEMIS  Orange: COVID-19-Fälle  Wenn normale und variantenspezifische PCR für 1 Person = doppelt oder gar dreifach gemeldet  Wochenend-Effekt deutlich: Labore melden weniger Spitzen dienstags und donnerstags  Feiertag-Effekt deutlich: an Ostern 4 Tage lang weniger Meldungen, Himmelfahrt gestern auch weniger Meldungen (25 Kreise haben gar nicht gemeldet); Effekt wird nicht ausgeglichen, d.h. keine zusätzlichen Testungen nach Feiertagen, somit nicht nachgemeldet  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  SL schert etwas aus  SH weiterhin einziges BL mit 7TI unter 50/100.000 Ew. &gt;50% der Kreise mit 7TI &lt;100/100.000 Ew.  Deutschlandkarte hellt sich auf  Anmerkungen:  BW, TH, Teile von HE noch relativ dunkel – Querdenken-Hochburgen: Korrelation weiterhin gegeben  L. Wieler: Verweis auf Analyse von BZgA zu Assoziation von Ablehnung von Maßnahmen und Fällen; Karte sieht ähnlich aus; Screenshot an nCoV-Lage gemailt  Dietrich: BZgA verwendet geobasierte Kommunikation, d.h. beauftragte Agenturen spielen unterschiedlichen Content aus</p> <p><i>TO DO: Im Lagebericht heute Disclaimer zu Feiertag einbauen und bis Anfang kommender Woche beibehalten; Woche darauf wegen Pfingstmontag erneut verwenden.</i></p> <p><i>TODO: BZgA, Herr Dietrich, ist gebeten, demnächst Analyse und entsprechend weiteres Vorgehen der BZgA im Krisenstab vorzustellen.</i></p>	FG32 (Diercke)
2	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> )	FG38 (Maria)

	<p><b>Neue Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV)</b></p> <p>Gestern (13.05.2021) in Kraft getreten (Anm.: siehe BMG <a href="#">hier</a> ) RKI außer bei Begriffsdefinition nicht involviert Neu: bisherige Einreise-VO mit Schutz-VO und Musterquarantäne-VO zusammengeführt §4 Absonderungspflicht nun auf Bundesebene, gilt bis 30.06.2021 – alle anderen bestehen so lange, bis Bundestag Epidemiologische Lage aufhebt Beförderungsverbot integriert: Wenn auf Luftweg aus Virusvarianten-Risikogebiet in DEU einreisend, weiterhin Beschränkung von Beförderung bei Einreise Testnachweise Wenn aus „normalem“ Risikogebiet einreisend: anmelden in DEA aber wenn Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis oder neg. PCR: keine Quarantäne nötig Wenn aus Hochinzidenz-Risikogebiet einreisend: Impf-Nachweis oder Genesenen-Nachweis befreit sofort von Quarantäne Ansonsten PCR-Test frühestens ab Tag 5 nach Einreise Wenn aus Virusvarianten-Risikogebiet einreisend: Weiterhin 14 Tage Quarantäne für alle Anmerkung Hanefeld: bereits mehrfach darauf hingewiesen, dass 3 Risikogebiete-Kategorien komplex sind Kommentierung zu neuer Einreise-VO vor etwa 10d, als ursprüngliches Dokument; Vorschlag für max. Zwischritt nicht aufgenommen</p> <p><i>TO DO: Hanefeld schickt Mailverlauf an M. an der Heiden.</i></p>	<p>an der Heiden)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>Ausbruch Saarbrücken-Osnabrück 2</b></p> <p>Besonderheit: 45 Personen in Pflegeheim betreut; 19 davon pos. getestet; davon 18 vollständig geimpft; davon wiederum 7 verstorben Alle hatten mehrere Vorerkrankungen waren älter als 82 Jahre Mail an nCoV-Lage 14.05.2021, 11:11 Uhr Einschätzung: bemerkenswerter Ausbruch Diskussion, Fragen und Antworten bzw. offene Fragen: Abstand nach Impfungen? Virusvariante? B.1.1.7 ohne Auffälligkeiten Impfstoff? BioNTech/Pfizer Welche Batches für Erst- und Zweitimpfung? Selbst wenn Probleme nur mit 1 Batch, sind Zahlen hoch. Korrekt gekühlt? – Laut Bericht: Keine Probleme mit Kühlkette oder Erschütterungen Fälle unter Belegschaft? 7 von 55 Mitarbeiter:innen; nicht gesamtes Personal geimpft</p>	<p>FG8 (Maria an der Heiden)</p>



	<p>PEI hat bereits angefragt                  Ähnliche Ausbrüche in Pflegeheimen mit Geimpften bereits bekannt? Ja, aber nur leicht symptomatisch                  Serologische Untersuchungen? Bisläng nicht; Schwierigkeiten, an Seren zu kommen.</p> <p><i>TODO: Informationen/ Bericht mit Leitung und Bremer abstimmen, dann an BMG weitergeben.</i></p> <p><i>TODO: Ausbruch genauer untersuchen.</i></p> <p><i>TODO: Austausch mit PEI.</i></p> <p><b>Entisolierungskriterien für geimpfte Positive</b></p> <p>Grundsatzfrage von BMG, einzelnen GÄ, Konsiliarlabor und anderen Laboren: Wie umgehen mit Geimpften, die einen positiven SARS-CoV-2-Nachweis erhalten? Wie Ungeimpfte behandeln?</p> <p>Datengrundlage <b>jüngst im EpidBull</b></p> <p>Ähnliche Schlussfolgerung wie CDC und ECDC: Geimpfte spielen keine wesentliche Rolle, können aber potenziell Virus weitertragen</p> <p>Corman und Drosten haben angekündigt, dass häufiger schwach positive Fälle auftreten werden</p> <p>Vorschlag Konsiliarlabor: angepasstes Vorgehen für verkürzte Isolierungsdauer: 2 Tage + anschließende PCR-Verlaufsuntersuchung nach z.B. 72h; je nach Ergebnis Entisolierung oder erneute Beurteilung</p> <p>Fragen:                  Anfangs Schwellenwert definieren für Verlaufsuntersuchung?                  Antwort: aufgrund 1 Untersuchung unklar, ob Person am Anfang oder Ende des infektiösen Zeitraums; deswegen sollen alle mind. 1 Verlaufsuntersuchung bekommen.</p> <p>Schwellenwert für Verlaufsuntersuchung, Entisolierung: neg oder weniger als <math>10^6</math> Viruslast oder CT30+ o.a.?                  Antwort: KL möchte voraussichtlich negatives Ergebnis fordern, Entscheidung nach Gespräch mit AGE</p> <p>Diskussion:                  Wenn Person, die vollständig geimpft ist, zum gegenwärtigen Zeitpunkt als neu infizierte Person entdeckt wird, dann ist das besonders wichtiger Fall; deswegen Interesse an Einzelfall-Analyse</p> <p>Kinetik: für relevante Kinetik ist 2. Untersuchung wichtig                  Wenn Viruslast ansteigt: vollständig isolieren wie bei Neuinfektion, weil primäres Impfversagen zugrunde liegen kann</p> <p>Wenn Viruslast absinkt und Person symptomlos: verkürzte Isolierung möglich.</p> <p>Schwellenwert bei Symptomlosen sollte weiter gültig sein.                  Großes Interesse an Antwort haben Kliniken: Personal durchgeimpft und weiter exponiert, sodass es positive Befunde geben kann und große Ausfälle befürchtet werden.                  Falsch-positive PCR</p>	<p>IBBS (B. Ruehe)</p>
--	---	------------------------

	<p>Einerseits: relativ häufig  Andererseits: Bei positivem Schnelltest wird 1 anschließender PCR verlangt, nicht 2 PCR; System vertrauen  Vergleich Entlassmanagement für medizinisches Personal: weiterhin 2 unabhängige PCR nötig, aber Rückmeldung, dass schwer umzusetzen, z.B. in Pflegeeinrichtungen wegen ungeklärter Kostenübernahme  Im Zweifel Einzelfallentscheidung der Klinik – Dilemma: Möglichst viel Sicherheit bieten, aber Praxis nicht außen vor lassen  Pro-Argumente, d.h. für (mind.) 5 Tage (insb. Mielke, Oh, Kröger)  72h ist hinreichend langer Zeitraum für Großteil der Betroffenen, um Symptome zu entwickeln oder Virusausscheidung zu verändern  Berücksichtigt Zeit zwischen Abstrich, Ergebnis und Kommunikation des Ergebnisses  Infektionsprävention höher gewichtet als mögl.  Personalausfall  Skizziert Rahmenbedingungen; Einzelfallentscheidung möglich  Falls falsch-positive PCR, dann 14 Tage Isolation auf 5 Tage verkürzt = zu vertreten; aber nicht auf 3 Tage  L. Schaade: Es gibt bereits 14, 10 und 5 Tage für Testen/ Entlassungen – nicht noch 3 Tage einführen – sonst Eindruck der Beliebigkeit erwecken  Contra-Argumente, d.h. gegen (mind) 5 Tage – für weniger als 5 Tage (insb. Herzog)  Keine Evidenz für 5 Tage  Entscheidung:  5 Tage  Und zum Entlassungstag soll PCR-Test vorliegen, der nicht älter als 72h ist und dessen Ergebnis negativ ist oder unter <math>10^6</math> oder CT über 30</p> <p><i>TODO: Ruhe möge bitte Textvorschlag erstellen.</i></p>	
4	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>CDC, USA: Zweifach Geimpfte können auf Maskentragen u.a. verzichten. Diskussion wird auch bei uns aufkommen. Bereits Gespräche im Haus?  L. Schaade:  nicht darüber diskutieren, solange noch keine 60% geimpft  Impfquote in USA viel höher  Anmerkungen  Bevölkerung wird Mühe haben, bis zum Erreichen einer angemessenen Impfquote Masken zu tragen; nicht möglich, sich von jedem Impfausweis zeigen zu lassen; insofern plausibel, Maskentragen an Impfquote festzumachen.  Die meisten Studien zu Impfstoff-Effektivität wurden durchgeführt, als alle Menschen Masken getragen haben.</p>	<p>Presse  (Wenchel)</p>



<p><b>5</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p><b>UK wird wieder normales Risikogebiet</b></p> <p>UK wird von DEU wieder als „normales“ Risikogebiet eingestuft wegen Virusvariante B.1.617, aber nicht als Virusvarianten-Risikogebiet; ähnliche Situation wie Indien vor drei Wochen Hinweis insb. an Presse Presse: Übers Wochenende wie gehabt erreichbar, wird Lagezentrum vorwarnen Frage L. Wieler: Gibt es bereits passende PCR, um schneller zu sein als mit Sequenzanalyse? Entwicklungen bei Gesundheitsämtern? Antwort Kröger: Einer der Beweggründe für VOC-Ernennung: Mittel für PCR können an GÄ gehen, um besseres Bild zu bekommen; Im neuen SurvNet-Update Möglichkeit geschaffen, Virusvariante einzugeben ad hoc-Erhebung wie bei B.1.1.7 wäre möglich, aber Genomsequenzierungen geben sehr gutes Bild, nur leicht verzögert; nächste Woche zu klären, wenn neue Zahlen aus Genomsequenzierung vorliegen (für KW18+19); zuletzt in ca. 1,5% der Sequenzen die beiden Subvarianten (B.1.617.1 und B.1.617.2) detektiert, v.a. Fälle mit Reiseanamnese Diskussion: variantenspezifische Maßnahmen Noch keine Hinweise, dass Variante schlimmer als B.1.1.7 Jeder Fall muss isoliert werden GÄ gehen unsicher mit Laborergebnissen um, reagieren mitunter erst, wenn Variante bekannt ist; dabei sollten Maßnahmen sich nicht unterscheiden. UK führt spezielle Maßnahmen in Hotspots durch; DEU hat (noch) keine solchen Hotspot; ad hoc-Erhebung würde auch nicht helfen, diese zu finden.</p> <p><i>TODO: In EpiLag und AGE (erneut) informieren.</i> <i>TODO: Risikogebiete-Seite online aktualisieren.</i></p>	<p>ZIG1 (Hanefeld)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mo., 17.05.2021, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:11 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 17.05.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Tim Eckmanns
○ Lothar H. Wieler	! FG38
○ Lars Schaade	○ Ute Rexroth
! Abt. 1	○ Maria an der Heiden
○ Martin Mielke	! IBBS
! Abt. 3	○ Christian Herzog
○ Osamah Hamouda	○ Bettina Ruehe
○ Tanja Jung-Sendzik	! ZBS1
! FG14	○ Janine Michel
○ Mardjan Arvand	! MF3
○ Melanie Brunke	○ Nancy Erickson (Protokoll)
! FG17	! MF4
○ Thorsten Wolff	○ Martina Fischer
! FG21	! P1
○ Patrick Schmich	○ Mirjam Jenny
! FG25	! P4
○ Christa Scheidt-Nave	○ Susanne Gottwald
! FG32	! Presse
○ Michaela Diercke	○ Ronja Wenchel
! FG33	! ZIG
○ Judith Koch	○ Johanna Hanefeld
○ Sabine Vygen-Bonnet	! ZIG1
! FG34	○ Eugenia Romo Ventura
○ Viviane Bremer	! BZgA
! FG36	○ Anne-Laure Caille-Brillet
○ Walter Haas	
○ Silke Buda	
○ Stefan Kröger	







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.598.846 (+5.412),            davon 86.160 (+64) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 83/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 30.743.232 (37,0 %), mit            vollständiger Impfung 9.332.160 (11,2 %)            Gemeldete SARS-CoV-2-Nachweise und berichtete COVID-19-Fälle:            1.COVID-19-Fälle (orange) ausgewiesen nach Meldedatum,            DEMIS-Meldungen (blau), hierzu zu beachten: teils            können pro Fall mehrere Meldungen im System            vorhanden sein            2.Am Donnerstag deutlich weniger Meldungen als an            sonstigen Donnerstagen, ähnlich für Freitag, am            Wochenende Niveau ebenfalls unter dem der            Vorwochenenden, deutlich weniger Fälle übermittelt            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            1. Seit Ende April Rückgang der 7TI zu verzeichnen,            zunächst graduell bis ca. 12. Mai, dann eine beschleunigte            Abnahme, derzeit wieder Abflachung der Abnahme zu            verzeichnen, mutmaßlich resultierend aus weniger Tests            bzw. Meldungen aufgrund der Feiertage, weitere            Beobachtung erfolgt            2. Die Möglichkeit von Nachmeldungen ist weiterhin zu            berücksichtigen, somit effektive Inzidenz vermutlich            geringfügig unter 100 und vermutlich eher ein Plateau            vorhanden als eine Abnahme            3.Trends in BuLä insgesamt ähnlich, Mecklenburg-            Vorpomm., Berlin, Saarland u.a. verzeichnen in letzten            Tagen weniger Rückgang als vielmehr einen leichten            Anstieg            Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK:            1. Anzahl der LK mit einer 7TI &lt; 100 weiterhin            zunehmend, derzeit nur noch 127 LK mit einer 7TI &gt; 100,            v.a. in Thüringen, Sachsen, BaWü, NRW, Teilen Bayerns            ○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe (AG):            4.7TI flacht in allen AG ab            5.Höchste 7TI in AG 5-14 und 15-34            Diskussion:            6. Während Feiertagen grundsätzlich weniger Testungen,            kein „Nachhol-Effekt“            7. Herr Wieler weist in BPK kommenden Freitag auf diese            Abweichungen erneut hin, wird zu vorsichtiger Interpretation            der Zahlen raten</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>

	<p>8. Pfingsten: in einigen BuLä Feiertagswoche (derzeitige oder nächste Woche)</p> <p>9. Disclaimer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soll heute bestehen bleiben, morgen entfernt werden.</li> <li>2. Die aktuellen Zahlen und – daraus folgend – der Zeitpunkt der Wiederaufnahme des Disclaimers (derzeit vermutlich Samstag) sollen in der Krisenstabssitzung am Mittwoch erneut besprochen werden</li> </ol> <p><i>To Do: Der Disclaimer zu Testzahlen bei Feiertagen soll morgen entfernt und dessen Wiederaufnahme in der Krisenstabssitzung am Mittwoch zusammen mit den aktuellen Zahlen erneut besprochen werden.</i></p> <p>Corona-KiTa-Studie (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur montags</i>)</p> <p>Insgesamt derzeit keine großen Veränderungen zu verzeichnen</p> <p>Grippeweb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen derzeit auf niedrigem Stand, bei der AG 11-14 (orange, derzeit bei 0) wird derzeit geklärt, ob hier ein technisches Problem vorliegt, dass keine Fälle verzeichnet wurden</p> <p>COVID-19: Inzidenz und Anteil nach AG: Anteile in allen AG jeweils über dem Bevölkerungsanteil, bei jungen Erwachsenen vermutlich Artefakt, dass nicht alle Fälle als Meldungen ankommen (relative Anstiege)</p> <p>Ausbrüche in Kindergärten/Horten: Rückgang der Fallzahlen; 92 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen); seit Ostern im Median 3-4 Fälle pro Ausbruch; Anteil der Erwachsenen rückläufig (ggf. aufgrund der Impfung dieser Personen)</p> <p>Ausbrüche in Schulen: nach Ostern sehr starker Anstieg; aktuell 64 neue Ausbrüche; seit März größtenteils in kleinerer Größenordnung mit ca. 2-3 Fällen im Median; momentan deutlicher Rückgang zu verzeichnen; viele Effekte beteiligt</p> <p>Derzeit insgesamt positive Entwicklung ohne akuten Nachsteuerungsbedarf, weitere Beobachtung, v.a. wenn vollständigere Daten vorliegen</p> <p>Modellierung</p> <p>Vorstellung der Ergebnisse zur Modellierung zu möglichen Effekten auf den R-Wert – wenn Kinder bestimmter Altersgruppen geimpft würden – soll binnen der kommenden zwei Wochen in der Krisenstabssitzung vorgestellt werden</p> <p>Tweet der Grafik zu Herdenimmunität (R-Wert auf Grundlage Geimpfter vs. Ungeimpfter): von P1 finalisiert, wird an Herrn Schaade geschickt zur finalen Abstimmung und kann dann getweetet werden</p> <p>Ggf. empfiehlt sich das wiederholte Tweeten dieser Grafik nach bestimmter Zeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hintergrund der Grafik/des Tweets: Anfrage des Kanzleramts vor zwei Wochen zu Inzidenz und Durchimpfung, Berechnung von Herrn Mayer erfolgt, Grafik wurde durch das BMG an das Kanzleramt weitergeleitet</li> </ul>	<p>FG36 (Haas)</p> <p>P4 (Gottwald) P1 (Jenny)</p> <p>Präs</p>
--	---	--



	<p>ebenfalls Meldungen vornehmen können          Neue Profile zur Meldung anderer Erreger werden vorbereitet, bis Ende des Jahres umzusetzen</p> <p><b>SORMAS:</b>          Es sind weiterhin Fehler aufgetreten, die einen Einfluss auf die Meldedatenqualität besitzen können          Wird weiterhin ausgerollt, bislang über 30 Gesundheitsämter angebunden</p> <p><b>Survnet:</b>          Heute wird ein neues Update eingestellt und diese Woche in Gesundheitsämtern ausgerollt, mit dem die in Indien entdeckte Variante noch besser erfasst werden kann</p> <p>Diskussion:          CoViRiS wurde in Abt. 3 aufgrund von Engpässen in den Ressourcen aktuell eingestellt, kann jedoch wieder reaktiviert werden, die Schnittstelle wird bis zum Ende der Pandemie weiterhin offengehalten, um Informationen bei Bedarf ggf. zur Verfügung stellen zu können          Ressourcen für die IBM Impf-App wurden schriftlich zugesagt, bislang jedoch soweit noch nicht erhalten (morgiges JF dazu)          Laut Nature-Publikation wurden durch die UK-App mehrere hunderttausend Infektionen verhindert – ist eine Berechnung der durch die CWA mutmaßlich verhinderte Zahl an Infektionen möglich?          UK-App ist mit mehr Funktionen zu diesen Zwecken ausgestattet          Eine grundsätzliche Erhebung diesbezüglich hinweislicher Daten wäre für die CWA möglich, die hierzu benötigten Informationen wurden jedoch bislang trotz mehrmaliger Nachfrage nicht seitens Telekom zur Verfügung gestellt          Herr Wieler wird mit der Telekom dazu zeitnah Rücksprache halten          Event Driven User Survey: wie war die response rate zu den 26.000 Teilnahmen?          Bei Erhalt von Warnmeldungen sollten sich die Teilnehmer entsprechend rückmelden          Non-responder sind bei der Telekom jedoch nicht abzufragen          Inhaltlich komplex, wird gesondert besprochen  <i>To Do: Herr Schmich bietet hierzu an, die Befragungsergebnisse spätestens in kommender Woche vorzustellen</i></p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><i>To Do: Risikobewertung soll bis Mittwoch überarbeitet und am Mittwoch in der Krisenstabssitzung vorgestellt werden (Dokument <a href="#">hier</a>)</i></p>	Abt. 3



5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Die BZgA stellt in kommender Woche eine Ausarbeitung zur Bewerbung der Impfung in Kommunen vor (u.a. Best Practice-Beispiele)</p> <p><i>To Do: Bitte um Aufnahme als TOP für kommende Woche</i></p> <p><b>Presse</b></p> <p>Keine weiteren Anmerkungen</p> <p><b>P1</b></p> <p>Kommunikationsempfehlungen zu Antigen-Schnelltests Wurde heute publiziert Dazu werden derzeit Flyer vorbereitet Der Artikel soll unter „Neue Dokumente“ bzw. der Linksammlung im heutigen Lagebericht erscheinen</p> <p>FAQ zu Long Covid Wird diese Woche finalisiert Der dazugehörige Steckbrief sollte weiterhin das Hauptdokument hierzu darstellen Frau Scheidt-Nave hat diese Dokumente in Zusammenarbeit mit FG36 abgestimmt Es wird angemerkt, dass der Steckbrief zwar nicht alle Themen abdeckt, dieser jedoch in der Epidemiologie der Erkrankung den Schwerpunkt findet</p>	<p>BZgA (Caille-Brillet)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Jenny)</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Thesenpapier von Schrapp <i>et al.</i> zur ITS-Versorgung in der Pandemie Das Papier stellt u.a. Art und Schwere der Belastung der Krankenhäuser sowie die zugrundeliegenden Daten infrage Die Interpretation der Autoren erscheint nicht schlüssig Es findet sich zudem der Vorwurf der Manipulation Zu dem Thesenpapier werden aufgrund von Medienanfragen seitens DIVI und DKG Stellungnahmen verfasst Zu weiteren, bereits erschienen Thesenpapieren der Autoren wurde explizit keine Stellungnahme seitens RKI verfasst, dieses Vorgehen muss auch weiterhin so beibehalten werden Eine wissenschaftliche Erklärung der den Daten zugrundeliegenden wissenschaftlichen Verfahrensweisen scheint aufgrund der offensichtlichen Fehlinterpretation der Daten allgemein erforderlich Diese muss jedoch als von o.g. Papier unabhängige wissenschaftliche Veröffentlichung erfolgen</p>	<p>Alle</p> <p>MF4 (Fischer)</p>

	<p><i>To Do: Bitte um Aufnahme des "Independent Panel-Papier" (ZIG) als TOP am Mittwoch oder Freitag</i></p> <p>CDR-Papier – Minister Spahn, BMG: Geschickte inhaltliche Absetzung ggf. sinnvoll In der Vorwoche wurden alle Kommentare des RKI übernommen Die Darstellung einer pauschalen Akzeptanz von Inzidenzen unter 50 hat etwas verwundert, hierzu ist aber auf den Stufenplan zu verweisen, dessen Inhalte für Inzidenzbereiche unter 50 überarbeitet bzw. ausgebaut werden sollten</p> <p>Control Covid Papier: Informationen dazu im Internet nicht leicht aufzufinden ! könnte den Vorwurf der Ermangelung einer Öffnungsstrategie befördern Die aktuelle Überarbeitung wird finalisiert (finaler Entwurf vermutlich am 20.05.) Sollte präserter dargestellt werden (Vorschlag bspw. als Bulletin-Artikel) und neben das CDR-Papier einzuordnen sein, das bereits in der Presse ist Eine Publikation in englischer Sprache kann nachfolgend angedacht werden Es sollte klarer herausgestellt werden, dass die Maßnahmen nicht als Einzellösungen sondern als Multikomponentensystem zu betrachten sind – dieser Aspekt wird im CDR zwar nicht ausgeschlossen, aber auch nicht explizit erwähnt ! hierzu dient dann das Control Covid Papier <i>To Do: klarere Darstellung des Multikomponentencharakters der Maßnahmen soll erarbeitet und das Vorgehen einer präserteren Platzierung des Control Covid Papiers nach Finalisierung in der Runde besprochen werden</i></p>	ZIG
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Herausgabe eines Technical Updates zu VOC seitens PHE m Freitag VOCs B.1.617.1 und B.1617.2 werden beobachtet, bislang Nachweis von ca. 1.500 Fällen, sekundäre Attack Rates scheinen im Bereich derer der B.1.1.7 (ggf. geringfügig höher) zu liegen Eine um 40 % erhöhte Ansteckungswahrscheinlichkeit – wie</p>	FG17 (Wolff)



	<p>in den Medien berichtet – kann nicht bestätigt werden, die Datenquelle dieser Medienaussage ist unklar                  Neutralisationsdaten: aus Indien, Preprint dazu vorhanden, ca. 50 %ige Reduktion bei Rekonvaleszenz- und Impfsereen möglich, Neutralisationsfähigkeit vorhanden, jedoch keine klinischen Daten und wenig Information zu Reinfektion                  Erscheint derzeit nicht als Variante mit Immune Escape-Potenzial</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>337 Einsendungen, davon 216 positiv auf SARS-CoV-2 (64 %), davon B.1.1.7 ca. 84 %                  Paper zu AG-Tests in Zusammenarbeit mit PEI eingereicht                  In Vorwoche 3 Proben von Rückkehrern aus Brasilien, brasilianische Variante wird vermutet, die Sequenzierung dauert jedoch noch an</p>	<p>ZBS1                  (Michel)</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Maßnahmen bei positiv getesteten vollständig Geimpften (ID 3462)                  Klassische Impfdurchbrüche mit Vorhandensein von Symptomen würden klassisch isoliert (14 d Isolation, 2 d Symptomfreiheit plus negativer Test erforderlich zu Entisolierung)                  Geimpfte Asymptomatische bei positivem PCR-Nachweis:                  Mehrfachtestung sinnvoll, um Verlauf des Geschehens zu bestimmen                  Verlaufsmessung, Bestimmung der Viruslast – Zunahme der Viruslast! klares Infektionsrisiko! weitere Isolierung                  Aktueller Textentwurf Entlassungskriterien (Dokument <a href="#">hier</a>)                  „Asymptomatische Personen mit direktem Erregernachweis nach vollständiger Impfung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Liegt bei einer asymptomatischen Person nach vollständiger Impfung ein positives SARS-CoV-2-PCR-Ergebnis vor, so wird unabhängig von der initial festgestellten Viruslast eine Isolierung von mindestens 5 Tagen Dauer empfohlen mit Durchführung einer abschließenden <u>PCR-Verlaufsuntersuchung</u>.</li> <li>▪ Bleibt die Person durchgehend <u>asymptomatisch UND</u> ist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung nach korrekter Probenahme <u>negativ bzw. unterhalb des definierten Schwellenwertes</u> (siehe Hinweise unten), so kann <u>nach 5 Tagen eine Entisolierung</u> erfolgen.</li> <li>▪ Entwickelt die Person <u>Symptome oder</u> weist das Ergebnis der PCR-Verlaufsuntersuchung eine Viruslast <u>oberhalb des Schwellenwertes</u> aus, so greifen unabhängig vom Impfstatus die oben aufgeführten <u>generellen Entisolierungskriterien</u>.“</li> </ul> <p>Dem aktuellen Textentwurf wird zugestimmt                  Hier sind PCR- statt AG-Tests erforderlich, da nur diese eine Beobachtungs-/Vergleichsmöglichkeit der Ausscheidungskinetik bieten</p>	<p>IBBS                  (Herzog)</p>

	<p>Im Vergleich ist bei der Anweisung des AG-Tests nach 14-tägiger Isolierung der Zeitraum viel größer und eine gewisse Unschärfe kann toleriert werden</p> <p>Für den Fall eines suboptimalen Funktionierens der Impfung muss zudem ein Standardverfahren zur Charakterisierung bei hoher Sensitivität entwickelt werden</p> <p>Verläufe werden größtenteils übermittelt werden können, sofern die Verlaufsuntersuchungen durch ein und dasselbe Labor erfolgen (wichtiger Erkenntnisgewinn)</p> <p>3 Tage vs. 5 Tage: um das Risiko des Vorhandenseins unklarer Verläufe zu minimieren und klarere Ergebnisse zu erhalten, wird der Zeitraum auf 5 statt 3 Tage festgelegt</p> <p>Herr Herzog merkt an, dass der Mehrwert in einer zweitägigen Verlängerung des Zeitraumes bei negativem PCR-Test an Tag 3 fraglich erscheint (Control Covid vs. No Covid)</p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Juni: <i>Ad hoc</i> WHO Global Communication: 07.06. opening und 5.06. closing panel, dazwischen jeden Freitag Session zu Science Communication, u.a. Science Communication for Decision Makers (Chair: Frau Jenny), WHO Positionspapier soll dazu geschrieben werden</p> <p>Herr Schaade Mittwoch und Freitag nicht da ! Herr Hamouda übernimmt die Moderation</p>	<p>Alle P1 (Jenny)</p> <p>VPräs</p>
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 14:30 Uhr**





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 19.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
! Institutsleitung	o	Tim Eckmanns
o Lothar Wieler	!	FG38
! Abt. 1	o	Ute Rexroth
o Martin Mielke	!	IBBS
! Abt. 2	o	Bettina Ruehe
o Thomas Ziese	o	Michaela Niebank
! Abt. 3	!	MF4
o Osamah Hamouda	o	Martina Fischer
o Tanja Jung-Sendzik	!	P1
o Nadine Litzba (Protokoll)	o	Esther-Maria Antao
! FG14	!	Presse
o Melanie Brunke	o	Susanne Glasmacher
! FG17	o	Marieke Degen
o Ralf Dürrwald	o	Maud Hennequin
! FG25	o	Christa Scheidt-Nave
o Christa Scheidt-Nave	!	ZIG
! FG32	o	Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	!	ZIG1
! FG33	o	Eugenia Romo Ventura
o Thomas Harder	!	BZgA
! FG34	o	Heide Ebrahimzadeh-Wetter
o Viviane Bremer	!	BMG
! FG36	o	Christophe Bayer
o Walter Haas		
o Silke Buda		
o Stefan Kröger		
o Kirstin Tolksdorf		





	<p>Antigennachweis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AG-Nachweise unvollständig übermittelt. Im Meldesystem wurde bei 7% der PCR-bestätigten Fälle ein zuvor durchgeführter AG-Nachweis mit übermittelt. Anteil relativ stabil seit MW 11.</li> <li>○ An das RKI übermittelt Antigennachweise mit (blau) und ohne (orange) PCR-Bestätigung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 70% der übermittelten AG-Nachweise werden per PCR bestätigt. Seit MW 10-19 zeigen sich ähnliche Werte, keine größeren Veränderungen. Bedeutet, dass ca. 1000 Fälle pro Woche nicht bestätigt werden.</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Heatmap: Effekte der Impfung gut zu sehen. Daten zur Durchimpfungsrate AG der 60+ auf DIM</li> <li>▪ ggf. auch Herdenimmunität unter 60%? Britische Studie: Schutz von Personen in Altenheim und KH bei hoher Durchimpfung. Vorsichtig kommunizieren, da möglicherweise Effekt auf schwere Fälle, aber auf Ausbreitungsdynamik ggf. nicht so einen hohen Einfluss.</li> </ul> </li> </ul> <p>Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>) <i>(nur mittwochs)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie erwartet durch den Feiertag und Brückentag in der letzten KW weniger Testungen. Positivenanteil weiter gesunken (8,3%). Seit einigen Wochen geht die Anzahl der Testungen, die positiv Getesteten und auch der Positivenanteil zurück. Die Anzahl der übermittelnden Labore bleibt konstant, Testkapazitäten gleichbleibend, Rückstau vernachlässigbar.</li> <li>○ Besorgniserregende Varianten: über 90% Varianten, wobei B1.1.7 vorherrschend, andere Varianten insgesamt unter 1%</li> <li>○ POCT in Einrichtungen: Anzahl durchgeführte Tests in Einrichtungen geht deutlich zurück, auch im Verlauf der letzten Wochen. Anzahl der meldenden Einrichtungen geht jedoch auch zurück. Aussagekraft daher eingeschränkt, aber an der Befragung insgesamt nur ein kleiner Teil der in Frage kommenden Einrichtungen beteiligt. Anteil der Teilnehmenden der stationären Pflege hat stark abgenommen, ebenso wie die Anzahl der Tests. Unklar wieso (Impfungen?), wird erfragt.</li> <li>○ Interessant, dass unter den AG-Tests an GÄ ca. 75%, bei den Einrichtungen nur 54,8% per PCR als positiv bestätigt werden.</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B1.617 wird in Zukunft ebenfalls aufgenommen.</li> <li>▪ In Genomsequenzierung sieht man Rückgang von B1.1.7 um 4% für aktuelle KW, Plateau erreicht, sinkt ggf. unter Einfluss der anderen Varianten und sinkender Fallzahlen</li> <li>▪ B.1.617 als Familie ca. 2%, 1,6% davon Subvariante 2</li> <li>▪ Insgesamt ca. 300 Fälle seit KW 9 für diese Variante, relativ geringe FZ</li> <li>▪ Compliance der Testungen in Altenheimen, Rückgang der Zahlen deckt sich mit anekdotischen Infos. Möglicherweise könnten Poolteste, ähnlich den Lolli-</li> </ul> </li> </ul>	<p>AL1</p> <p>AL3</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>AL1</p>
--	---	---



	<p>restlichen Altersgruppen gleich geblieben oder gesunken ist. Aber sie liegt insgesamt auf sehr niedrigem Niveau, so dass das auch durch wenige Fälle ausgelöst sein kann. Sollte weiter beobachtet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE-Konsultationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen Altersgruppen ist Konsultations-Inzidenz gesunken. Bundesweit nur noch 280.000 Arztbesuche, während es in der Vorwoche 466.000 waren. Erklärt auch weniger Testungen.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI, SARI-Fälle: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei AG 0-4 und 5-14 stabile Zahlen</li> <li>▪ Bei über 15-jährigen in allen AG deutliche Abnahme, bei den 80+ war bei Hospitalisierten keine 3. Welle zu sehen.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI, COVID-SARI-Fallzahlen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang der hospitalisierten COVID-Fälle in allen Altersgruppen, v.a. bei AG 60-79, aber auch bei AG 35-59. Bei AG 35-59 aber immer noch auf Niveau der 2. Welle</li> <li>▪ Bei Intensivpflichtigen ebenfalls Rückgang in AG 35-59, 60-79 und 80+, auch hier das Niveau der AG 35-59 noch auf dem der 2. Welle.</li> <li>▪ Medianes Alter bei allen hospitalisierten Fällen und Fällen mit Intensivbehandlung bei 61 Jahren</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI, Anteil COVID an SARI-Fällen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil COVID an allen SARI Fällen ebenfalls zurückgegangen, für alle Hospitalisierten bei 55%</li> <li>▪ Bei denen in Intensivbehandlung bei 76%, weiterhin sehr hoch.</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wer wird weniger getestet? Gemischter Effekt – normalerweise verschiebt es sich zu Fällen mit schweren Symptomen (in offenen Praxen und Notaufnahmen), aber Abnahme scheint real, daher Beurteilung erschwert. Aber keine Anzeichen, dass Abnahme der Fallzahlen nur Folge von verminderter Testhäufigkeit ist.</li> </ul> </li> </ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starker Rückgang, auch in allen Behandlungsgruppen, besonders bei „leichten“ Behandlungsgruppen, aber inzwischen auch bei ECMO und invasiver Beatmung.</li> <li>○ In allen BL ist der Rückgang sichtbar. In einigen BL ist der Rückgang langsamer, so zeigen Bremen und SH stagnierendes Niveau. Diese BL haben aber kleine Belegungen.</li> <li>○ Ein besonders starker Rückgang ist in BB und TH zu sehen. Und auch BW zeigt inzwischen Rückgang</li> <li>○ Altersstruktur und Entwicklung der Altersgruppen: von 88% der gemeldeten COVID-Pat. liegen Altersangaben vor <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 40-49jährige übersteigen inzwischen die 80+</li> <li>▪ Altersgruppenentwicklung der letzten 2 Wochen: Rückgang in allen Altersgruppen, außer bei 18-</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	---









	<p>! Dokumente zu IMS überprüfen und ggf. anpassen (S. Kröger).</p> <p>! Empfehlungen/Indikationen zur Testung sollen erstellt bzw. angepasst werden (Hr. Mielke).</p>	
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Kommunikation</b></li> <li>○ <b>BZgA</b></li> <li>○ nicht berichtet</li> <li>○ <b>Presse</b></li> <li>○ nicht berichtet</li>   <li>○ <b>Gespräch Saale-Orla-Kreis</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Thürigen hat das RKI in gebeten mit dem Landrat und dem Amtsarzt des Saale-Orla-Kreises in Kontakt zu treten. U. Rexroth und M. Jenny haben das Gespräch geführt.</li> <li>○ Die Landesebene hatte den Eindruck, dass der Landrat nicht hinter den Maßnahmen steht. Dies hat sich im Gespräch anders dargestellt.</li> <li>○ Der Kreis hat seit längerer Zeit eine 7TI über 500, hat ca. 80.000 EW, sehr ländlich, die größte Stadt hat 10.000 EW.</li> <li>○ Landrat ist seit 10 Jahren im Amt und auch der Amtsarzt ist gut etabliert. Aber die Bevölkerung hat keine Risikoperzeption, ist der Maßnahmen müde und zeigt Ablehnung der Maßnahmen (Testen, Kontaktreduktion etc.)</li> <li>○ Beispiel: 90% der Eltern schicken ihre Kinder in die Notbetreuung und die Mehrheit lehnen die Testung ab.</li> <li>○ Die Untererfassung ist sehr hoch, z.T. eine Positivenquote von 80%. Anteil der Todesfälle trotzdem bei 2,4%, wahrscheinlich Untererfassung.</li> <li>○ Kreiskrankenhäuser haben keine COVID-Stationen, daher auch keine betroffenen Pfleger/Ärzte. Auch öffentliche bekannte Todesfälle (Bürgermeister, ohne Vorerkrankungen) ändern Risikowahrnehmung nicht.</li> <li>○ Die Maßnahmen werden durchgesetzt, sehr viele Bußgeldbescheide. Heftige Reaktionen der Bevölkerung.</li> <li>○ Zuletzt Rückgang der Zahlen, wird durch das Wetter erklärt.</li> <li>○ Es soll versucht werden Leute aus der Community als Multiplikatoren zu gewinnen, ist aber schwer, da es eben solche Multiplikatoren gibt, die sich stark gegen die Maßnahmen einsetzen. Auch lokale Ärzte beteiligt.</li> <li>○ Diskussion: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentation der Situation vor Ort wäre wichtig. Gespräch wird zusammengefasst und</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>

	<p>Bericht gegenüber dem Seuchenreferenten von TH. Nicht öffentlich. Es wäre gut, wenn es jemand vor Ort aufarbeiten würde und wenn es Bemühungen der Aufarbeitung gibt, sollte das RKI das unterstützen. Prüfung, ob wir objektive Parameter erfassen, die hilfreich sein können. Ansonsten wäre eine Analyse mit sozialwissenschaftlichen Methoden möglich.</p> <p><b>Bericht aus dem Gesundheitsausschuss</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfen: Ab 7.6. soll Priorisierung aufgehoben werden, Betriebsärzte sollen dann auch impfen. Jeder Betriebsarzt soll 800 Dosen Impfstoff pro Woche bestellen können.</li> <li>○ Schwangere: Hr. Spahn hat sich hinter die STIKO-Empfehlung gestellt, Impfung in Einvernehmen mit dem Arzt/der Ärztin</li> <li>○ Impf-App: Verhandlungen innerhalb der EU über die zu übermittelnden Infos, bei Änderung muss immer auch Impf-App geändert werden</li> <li>○ BM Spahn zu Verkürzung des Impfabstands: Fehlende Zweitimpfung vor Reisen ggf. auch negativ, dann besser kürzerer Abstand.</li> <li>○ Frage, ob es Daten nach Zweitimpfung zu Sinusvenenthrombosen gibt</li> <li>○ Heterologer Impfschutz: Hinweis, dass das Thema bei anderen Impfungen nicht so diskutiert wird.</li> <li>○ Impfung von Kindern: Auch wenn STIKO die Impfung für Kinder nicht empfohlen wird, BM Spahn plant trotzdem ein Impfprogramm</li> <li>○ Frage zur Auffrischung nach 6 Monaten: Juli/Aug sollen genug Impfstoffe zur Verfügung stehen</li> <li>○ Haltung von Hr. Spahn zu Risikogebiet UK: im Zweifelsfall vorsichtiger wegen Variante, Reiseverkehr sollte nicht vereinfacht werden</li> <li>○ Frage nach personeller Ausstattung des RKI bei weiteren digitalen Projekten</li> <li>○ Blut: Richtlinienkompetenz soll der Bundeärztekammer genommen werden. Das Gesetz wurde jedoch noch verändert, wird nochmal überarbeitet, kommt nicht mehr ans RKI.</li> <li>○ Strategiepapier Schrappe: Es wird eine Klarstellung von Fachleuten erwartet, BM Spahn rechnet mit Stellungnahme des RKI. Es wird eine sachliche Darstellung geben an der Hr. Wieler beteiligt ist. In den FAQs des DIVI Intensivregisters sind viele Informationen vorhanden.</li> </ul>	Präs
--	--	------



<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>Allgemein</b> Sport im Freien bei Kindern und Jugendlichen Anfrage von Fr. Wessel aus dem BMG, Erleichterung des Sports für Kinder mit Testungen? Thema wird von Fr. Loss bearbeitet  <i>ToDo: Thema soll in Absprache mit Fr. Loss außerhalb des Krisenstabs bearbeitet werden.</i>	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b>  nicht besprochen	Alle
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b>  nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b> s.o. PCR-Untersuchung zur B1.617 ist etabliert, kann im Sentinel durchgeführt werden <b>ZBS1</b> Nicht berichtet	FG17 (Dürrwald)
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  nicht besprochen	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht besprochen	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b>  SORMAS Korrekturen: Von gestern auf heute wurden ca. 500 Fälle die doppelt gezählt worden waren, korrigiert. Die Doppelung hatte sich durch einen Fehler in der SORMAS-Software ergeben. Es zeigten sich keine gravierenden Änderungen, aber bei einigen kleineren GÄ gab es von gestern auf heute eine Abnahme der Fallzahlen.	AL3
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	FG38

	<p>Ausbruchsscreening wird eingestellt</p> <p>20.05. Intra Action Review mit IGV-Flughafengruppe, Extraktion von Lessons Learnt</p> <p>FFP2-Maskenpflicht im ÖPNV wird entfallen, Verordnungen werden entkoppelt von der epidemische Lage von nationaler Tragweite, die ggf. im Sommer enden könnte. Derzeit sind alle entsprechenden Verordnungen an die epidemische Lage geknüpft.</p>	(Rexroth)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>nicht berichtet</p>	
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 21.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:00 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 21.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG38
! Institutsleitung	○ Ute Rexroth
○ Lothar H. Wieler	○ Maria an der Heiden
! Abt. 2	○ Petra v. Berenberg (Protokoll)
○ Thomas Ziese	
! Abt. 3	! IBBS
○ Osamah Hamouda	○ Christian Herzog
○ Tanja Jung-Sendzik	! ZBS1
○ Melanie Brunke	○ Janine Michel
! FG 16	! P1
○ Anton Aebischer	○ Ines Lein
! FG17	! Presse
○ Djin-Ye Oh	○ Maude Hennequin
! FG32	! ZIG
○ Michaela Diercke	○ Johanna Hanefeld
! FG33	! ZIG1
○ Ole Wichmann	○ Eugenia Romo Ventura
! FG36	! BZgA
○ Silke Buda	○ Heide Ebrahimzadeh- Wetter
! FG37	
○ Tim Eckmanns	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Datenstand: WHO, 19.05.2021</p> <p>Fälle: 163.869.893 (+1.98 ? im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 3.398.302 (2,1%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Weitgehend unverändert, TOP 3 Indien, Brasilien, USA Nepal auf 10. Stelle aufgerückt Ansteigender Trend in Brasilien, Argentinien, Kolumbien, alle anderen Länder rückläufig Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Länder mit den höchsten Inzidenzen überwiegend auf dem amerikanischen Kontinent, auch in Europa mit DF und FR, ebenso Indien und die Nachbarländer Epikurve WHO Sitrep: Weltweit Rückgang der Neuerkrankungen um 12%, der Todesfälle um 5% WHO-Regionen: Rückgang in allen Regionen außer Western Pacific und South-East Asia Kontinente: Nur in Amerika kein Rückgang der Fälle, größter Rückgang der Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche in Europa Andere Berichte: Heute: Vereinigtes Königreich Schalte BMG läuft zeitgleich zur Krisenstabssitzung zur Frage, ob UK zum Virusvariantengebiet erklärt wird Kumulativ 4.452.531 Fälle, 127.694 Todesfälle (2,9%) 7T-Inzidenz 15,5/100.000 54,5% mit mind. 1. Impfdosis, 30,7% vollständig geimpft Hospitalisierte Fälle und Beatmungsfälle seit 9/2020 rückläufig Am 12. 05 dennoch die höchste Zahl neu gemeldeter Fälle seit einem Monat Höchste Fallzahlen im SO und SW Englands und in dicht besiedelten Regionen Irlands und Schottlands Varianten: starker Anstieg von B.1.617.2 (bereits als VOC eingestuft) in der letzten Woche (2.111 Fälle = 60% der gesamten B.1.617.2 Fälle) Häufung von B.1.167.2 in den Räumen London und Bolton, Community Transmission, nur wenige reiseassoziierte Fälle Diskussion Hat der große Anteil indischer Bevölkerung im Raum Bolton mit der hohen B.1.167.2 Fallzahl zu tun? Ggf. in den vorangegangenen Wellen weniger betroffen und daher naiver für eine Infektion? Vorliegende Daten mit Stratifizierung nach ethnischer Zugehörigkeit sprechen nicht dafür</p>	<p>ZIG1 E. Romo Ventura</p>

	<p>Auch Annahmen wie eine größerer Impfskepsis in dieser Region stehen eher im Hintergrund  CMO C. Whitty nimmt eine deutlich (50%) erhöhte Infektiosität an, Studiendaten liegen noch nicht vor  Gezielte Maßnahmen lokal: Door to door-Angebot von Impfung und Testung</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: 3.635.162 (+8.769), davon 87.128 (+226) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 67/100.000 Einw., in der Altersgruppe &gt;80: 28/100.000, in der Altersgruppe 60-79: 37/100.000  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 32.178.636 (38,7%), mit vollständiger Impfung 10.432.968 (12,5%)  Fälle in intensivmedizinischer Behandlung gehen weiterhin zurück  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  5 BL mit 7T-Inzidenz &lt;50: SH, HH, MV, NS, BB  Auch in SN (hier deutlicher) und TH Rückgang der Inzidenz  In BE und HB kleiner Anstieg (hier ist ggf. vorheriger Rückgang durch Feiertageeffekt Christi Himmelfahrt zu beachten)  Nowcasting und R-Werte  7-Tages R-Wert seit Ende April deutlich unter 1, bleibt aktuell trotz Anstieg weiterhin unter 1, dies zeigt, dass die Fallzahlen sinken, aber nicht mehr ganz so schnell, wie bisher  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis  Kein Landkreis mehr &gt; 250/100.000  Zahl der Landkreise &lt;50/100.000 nimmt zu  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen  In den AG 10-19 Jahre und 20-49 noch bundesweit hohe bis sehr hohe Inzidenz, in der AG &gt;80 in SN und TH nach wie vor hohe Inzidenz (dies erklärt auch das Plateau bei den Todesfällen)  Sterbefallzahlen Deutschland  Im Vergleich zu den Vorjahren ist noch eine (geringe) Übersterblichkeit festzustellen (KW 16-18)</p> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)  ARS-Daten  (nicht berichtet)  Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)  Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)</p>	<p>FG32  M. Diercke</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	





	<p>Folgemission (Erstmission 18.-23.04) nach Montenegro startet am Sonntag, Ziele: Laborhilfe, Aufbau Sequenzierungskapazität, Interaction Review</p> <p>Austausch mit dem National Institute of Virology (Puna, Maharashtra) führte zur Organisation eines zweiteiligen Workshops (20./21.05.) unter Beteiligung mehrerer OE des RKI (u.a. MF1, FG 17)</p> <p>Das Feedback ist bereits jetzt sehr positiv, Dank an alle Beteiligten</p>	ZIG J. Hanefeld
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aktuell kein Änderungsbedarf</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>nicht berichtet, da Herr Dietrich verhindert ist Vortrag zur Informationsstrategie der BZgA zu COVID-19 auf unbestimmte Zeit verschoben</p> <p><b>Presse</b></p> <p>(keine Themen)</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	BZgA  Presse  P1
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Krisenstabssitzung Mittwoch 26.05.: Update ZIG: Review of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and response</p> <p><i>ToDo: Bitte auf die Agenda vom 26.05. setzen</i></p> <p>Impfung/ Freigabe der Patente/Spende Kann das RKI (das sich als PH-Institut der WHO nahe fühlt) eine kontroverse Meinung haben (zur Regierung, die hier eventuell eine Einzelmeinung vertritt)? Es werden intensive Diskussionen innerhalb des Instituts geführt zur Freigabe der Impfstoff-Patente. Problem liegt bei der Produktionskapazität, deshalb sollte der Ansatz, Produktionskapazitäten vor Ort auszubauen,</p>	Alle  ZIG   FG 37 T. Eckmanns FG 33 O. Wichmann ZIG J. Hanefeld

	<p>unterstützt werden. Dies wird auch von der EU/von der Leyen unterstützt  Im Rahmen einer Kommunikation von ZIG mit BMG wurde von dort auf die Unterstützung der COVAX Initiative und COVAX Facility verwiesen  Die Spende von Impfstoffen wäre ein leichter Schritt, es ist sinnvoll, im Rahmen des Bevölkerungsschutzes mehr auf mRNA-Impfstoffe zu setzen und die WHO hat dringenden Bedarf an Vaxzevria signalisiert, jetzt wäre der richtige Zeitpunkt, zu spenden  Hinweis: Man kann sich der historischen Debatte nicht entziehen, wie es zu bewerten ist, dass Material gespendet wird, das hier niemand will  ZIG hat dazu bereits einen Initiativbericht vorgelegt, in welchem die Spende vorgeschlagen wurde, Reaktion war auch hier ein Hinweis auf die COVAX-Initiative, BMG hat hier bestimmte Grenzen angedeutet</p> <p>Disclaimer zu Neuerkrankungen/Inzidenzen Pfingsten:  Soll am Montag erscheinen und zunächst bis Mittwoch, 26.05. bleiben, Entfernung wird Mittwoch im Krisenstab entschieden  Grundsätzlich sollten Disclaimer restriktiv eingesetzt werden, werden dem RKI eher negativ angerechnet</p> <p><i>ToDo: Disclaimer verfassen für Montag den 24.05., der im Lagebericht und auf dem Dashboard erscheint (Hinweis auf weniger Arztbesuche und niedrigere Testzahlen an Feiertagen, kein Hinweis auf weniger Übermittlungen durch die GÄ),</i>  <i>ToDo: Agenda Krisenstab 26.05.2021: Disclaimer</i></p> <p><b>RKI-intern</b>  (nicht besprochen)</p>	M. Diercke
7	<p><b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)</p>	Alle
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Impfung von Kindern  EMA Zulassung für BioNtec- Vakzine ab 12 Jahre steht für Ende nächster Woche in Aussicht  STIKO befasst sich intensiv (kritisch) mit dem Thema  Eine dafür eingerichtete STIKO Unter-Arbeitsgruppe liefert Zuarbeit  Pädiatrische Fachverbände stehen der Impfung von Kindern zurückhaltend gegenüber  Politik bereitet bereits Impfkationen vor, damit die entsprechenden Jahrgänge zum Feriende geimpft sind  Frage der Equity - in vielen Regionen der Welt fehlen Impfstoffe, hier werden Gruppen ohne/mit sehr geringem Risiko geimpft  ImpfVO  Aktualisierung ist in Arbeit, Priorisierung soll zum 07.06.2021</p>	FG33 O. Wichmann



	<p>aufgehoben werden                  Aus epidemiologischer Sicht ist das aus den folgenden belegbaren Gründen vertretbar:                  AG &gt;70 zu 75% geimpft, AG &gt;60 zu 55-60% geimpft,                  Impfkzeptanz: 85 % der Bevölkerung möchten eine Impfung, demnach möchten nur noch etwa 4 Millionen Menschen &gt;60 Jahre eine Impfung, diese Personengruppe könnte bis zur Aufhebung der Priorisierung geimpft sein                  Auf Bevölkerungsebene können dann keine Todesfälle mehr durch die Impfung verhindert werden,! vom Individualschutz der Risikogruppen kann auf Bevölkerungsschutz als Impfziel übergegangen werden                  Kommentar O. Hamouda: Auch in der ...konferenz war die Impfung ein Hauptthema: Wo soll der Impfstoffe herkommen? Muss Betriebsärzten und Hausärzten wieder entzogen werden? Auch Impfzentren berichten von Lieferschwierigkeiten.</p> <p>Kurzer Bericht aus der BPK                  Oberbürgermeisterin der Stadt Köln, H. Reker, berichtet von aufsuchenden Impfangeboten, beschreibt aber gleichzeitig starke Widerstände                  RKI befürwortet aufsuchende Impfangebote seit Jahren, COVID-19-Impfung sollte ein Anlass sein, dies zu verstetigen                  Europäische Interoperabilität des Impfpasses wäre eine echte Innovation                  Wertschätzung gegenüber RKI bezüglich der Leistung im Rahmen der CWA/digitalen Entwicklungen ist gewachsen                  Lob an alle Beteiligten, vor allem dafür, trotz des Drucks und der Überlastung immer fachlich und sachlich geblieben zu sein</p>	<p>O. Hamouda</p> <p>L. Wieler</p>
<p>9</p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 467 Proben, davon:                  24 SARS-CoV-2                  78 Rhinovirus                  21 Parainfluenzavirus                  106 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)                  2 RSV                  0 Influenzavirus</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW 20 bisher 472 Proben, davon 143 positiv auf SARS-CoV-2 (30%)                  Rate für B.1.1.7: 84%                  Insgesamt etwas Entspannung, Probenaufkommen nimmt ab</p>	<p>FG17                  Djin-Ye Oh</p> <p>ZBS1                  J. Michel</p>

10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Es erfolgte eine Aufforderung durch das BMG: Weitere Studien sollen angeregt werden, die den Einsatz von AK fördern, da der Abruf derzeit noch nicht zufriedenstellend ist</p>	<p>IBBS C. Herzog</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Lockerungspläne Niedersachsen; keine Masken, keine Tests im Einzelhandel bei „niedrigen“ Inzidenzen; eingebracht von Hr. Schaade per Mail 21.05.21, 07:27 Uhr Diskussion Aktuelle 7T-Inzidenz NS: 47,1, wie soll das RKI Stellung nehmen zur geplanten Aufhebung der Test- und Maskenpflicht im Einzelhandel ab einer Inzidenz von &lt;35. Soll ein Bericht an das BMG verfasst werden? BPK heute: Hr. Spahn und Hr. Wieler befürworten die Beibehaltung der bisherigen Regelungen Kann man mit Evidenzen argumentieren, da nur eine von 10.000 Risikobegegnungen zur Übertragung führt? Es sollte kommuniziert werden, dass COVID-19 ein gesamtgesellschaftliches Problem ist. Inzidenzen können sehr schnell wieder steigen, es sollte auf die Erfahrungen des letzten Sommers hingewiesen werden, die Akzeptanz für die Regeln war zuletzt hoch Ungeimpfte sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt Masken sind kollektiver Fremdschutz mit daraus folgendem Eigenschutz, dies lässt sich für das Setting Krankenhaus belegen Evidenzen ergeben sich aus dem Gesamtpaket der Maßnahmen, die Nachverfolgung ist nach Kontaktsituationen im Einzelhandel selten möglich Frage, wann die AHA+L Regeln deeskaliert werden können, wird jedoch irgendwann beantwortet werden müssen, die Inzidenz ist keine geeignete Maßzahl Im geschlossenen und kontrollierbaren (Impfung, Kontaktsituation) Setting Pflegeheim ist das Reduzieren der Schutzmaßnahmen vertretbar Derzeit stehen andere als epidemiologische Entscheidungskriterien im Vordergrund: Reiseindustrie, Gastronomie/Hotellerie, hauptsächlich Ökonomie, geringer auch Wahlkampf Auch im Rahmen des Treffens der Staatssekretäre der Landesgesundheitsministerien standen kaum inhaltliche, jedoch viele wirtschaftliche Fragen im Vordergrund Frage: Wie kann Kommunikation an die breite Bevölkerung verbessert werden, da dort der „Common Sense“ derzeit stärker ausgeprägt erscheint? Es sollte klar zum Ausdruck kommen, dass die AHA+L Regeln u.E. so lange wie möglich beibehalten werden sollten Twitter wird als schneller Kommunikationskanal vorgeschlagen, der alle Interessierten direkt erreicht BZgA: Frau Ebrahimzadeh-Wetter wird an das Social-Media-Team der BZgA weitergeben, dass verstärkt an die Bevölkerung kommuniziert werden soll, dass AHA+L und die</p>	<p>L. Schaade M. Brunke T. Eckmanns T. Aebischer U. Rexroth O. Hamouda</p> <p>H. Ebrahimzadeh-Wetter</p>



	<p>einfachen Basismaßnahmen weiterhin wichtig sind, zum Schutz der Ungeimpften                  Begründung, warum dies jetzt wichtig ist sollte mitgeliefert werden: Zum Schutz Ungeimpfter, Gefahr durch Virusvarianten                  Stellung der BZgA ist ebenso, wie die des RKI nicht einfach, nicht alles ist umsetzbar                  Frau Lein wird das Thema an M. Jenny spiegeln                  Rückmeldung an U. Rexroth vom niedersächsischen Gesundheitsministerium: Dort klare Positionierung gegen die Aufhebung der Maskenpflicht im Einzelhandel                  PräS vertritt die Ansicht, dass eine Verschriftlichung der Haltung des RKI gegenüber dem BMG angezeigt ist</p> <p><i>ToDo: Email-Text von U. Rexroth (mit Verweis auf Control Covid) an Niedersachsen soll als Grundlage einer schriftlichen Stellungnahme an das BMG dienen, FF U. Rexroth, Zuarbeit wurde nicht benannt</i></p> <p>Darstellung der 7Tage-Inzidenzen gemäß § 28b IfSG                  Auftrag Rottmann (BMG): Verlinkung zur Tabelle mit rückwirkend aufgrund von Nachmeldungen korrigierten Zahlen                  Umsetzung wurde gestern bereits mit O. Hamouda besprochen: Es werden weiterhin beide Tabellen („eingefroren“ und „korrigiert“) zur Verfügung gestellt, um Nachfragen aus den Ländern so gering wie möglich zu halten, ggf. wird die Reihenfolge der Verlinkung angepasst                  Soll am Dienstag auch in der AGI thematisiert werden</p> <p><i>ToDo: Möglichst noch heute Kommunikation der bevorstehenden Änderung an die Länder,                  ToDo: Auf die Agenda der AGI setzen</i></p> <p>Änderung IfSG: Unter-16-Jährige sollen künftig zum Tragen einer medizinischen Maske statt einer FFP2-Maske verpflichtet werden, wenn dies gemäß Bundesnotbremse angezeigt ist.</p>	<p>P1 I. Lein</p> <p>L. Wieler</p> <p>U. Rexroth</p> <p>M. Diercke</p> <p>FG 32/38</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	

13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Kurzbericht vom IAR der Flughafengruppe am 20.05.2021 (online Format, 3h)</p> <p>Top 3 negative Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FH-Infrastruktur ist nicht für Pandemien ausgelegt, zu enge Aufenthaltsräume, Engstellen bei der Abfertigung etc.</li> <li>▪ KP-Nachverfolgung im Flugverkehr ist arbeitsaufwendig und ineffizient</li> <li>▪ Zeitfenster für die Umsetzung von Verordnungen sind zu kurz</li> </ul> <p>Top 3 positive Aspekte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ DEA erleichtert vieles, sollte verstetigt werden</li> <li>▪ Zusammenarbeit mit den Behörden hat sich verbessert</li> <li>▪ Die von U. Rexroth bereits 2020 ins Leben gerufenen Telefonkonferenz des IGV-Flughafen- Netzwerks hat sich als sehr hilfreich bewährt</li> </ul>	FG38 M an der Heiden
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Sorge vor den Sommermonaten wächst Arbeitsbelastung wird wachsen, da Arbeitsaufwand für Kontaktpersonen-Nachverfolgung durch Ferienreisen zunimmt Deeskalation in allen Bereichen ist nötig, dies betrifft u.a. die Berichterstattung Sollte an BMG kommuniziert werden Anordnungen für Mehrarbeit enden aktuell am 30.06.2021, eine Verlängerung ist notwendig, damit Überstunden bezahlt oder ausgeglichen werden können Alle Mitarbeitenden mögen sich bitte für die nächsten 8 Wochen eintragen</p> <p><i>ToDo: Bitte Deeskalationsvorschläge schriftlich zusammenfassen (U. Rexroth)</i></p> <p><i>ToDo: Bitte an alle OE-Leiter, die im LZ Mitarbeitenden zu bitten, sich für die nächsten 8 Wochen in den Schichtplan einzutragen, damit die Urlaubszeit abgedeckt werden kann</i></p>	FG38 U. Rexroth  U. Rexroth
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 26.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:51 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 26.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37	
!	Institutsleitung	○ Sebastian Haller	
	○ Lars Schaade	!	FG 38
	○ Lothar Wieler	○ Maria an der Heiden	
!	Abt. 1	○ Ute Rexroth	
	○ Martin Mielke	!	IBBS
!	Abt. 2	○ Christian Herzog	
	○ Thomas Ziese	!	MF4
!	Abt. 3	○ Martina Fischer	
	○ Osamah Hamouda	!	P1
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Mirjam Jenny	
!	FG14	○ John Gubernath	
	○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker	
!	FG17	!	Presse
	○ Ralf Dürrwald	○ Ronja Wenchel	
!	FG21	○ Marieke Degen	
	○ Wolfgang Scheida	○ Susanne Glasmacher	
!	FG 32	!	ZIG1
	○ Michaela Diercke	○ Luisa Denkel	
!	FG 33	!	ZIG2
	○ ??	○ Thurid Bahr	
!	FG34	!	BZgA
	○ Viviane Bremer	○ Christoph Peter	
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		
!	FG36		
	○ Stefan Kröger		
	○ Silke Buda		
	○ Walter Haas		











	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aktive Ausbrüche im Gesundheitswesen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückgang seit letzter Woche</li><li>▪ Aktive Ausbrüche in Alten- und Pflegeheime: 45</li><li>▪ Aktive nosokomiale Ausbrüche: 33</li></ul></li><li>○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl der Ausbrüche ist zurückgegangen, Nachmeldungen sind noch zu erwarten.</li></ul></li><li>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</li><li>○ GrippeWeb<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ARE-Rate: niedrigeres Niveau als in Vorjahren, in etwa auf Niveau von 2020 während der Maßnahmen.</li><li>▪ Bei 0-4 Jährigen ARE-Rate deutlich gestiegen.</li></ul></li><li>○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In KW 19 Einbruch der Fallzahlen vermutlich durch Schließung von Praxen wegen des Feiertages, nun wieder Anstieg der Konsultationen.</li><li>▪ Weiterhin niedrige Anzahl von Arztbesuchen</li></ul></li><li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Deutlicher Rückgang der SARI-Fälle</li><li>▪ 3.Welle bei &gt;80 Jährigen fast nicht mehr zu sehen.</li><li>▪ Trotz Rückgang Anzahl bei 35-59 Jährigen weiterhin hoch.</li><li>▪ Bei 0-4 Jährigen kaum Fälle, in Vorjahren durch andere Atemwegserkrankungen verursacht.</li></ul></li><li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Positive Entwicklung setzt sich fort.</li><li>▪ Bei 35-59 Jährigen trotz Rückgang noch knapp auf Niveau der 2.Welle.</li><li>▪ Altersmedian geht nach wie vor leicht zurück.</li></ul></li><li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID an SARI-Fällen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anteil an COVID bei allen Hospitalisierten ist zurückgegangen, erstmals seit KW 7 wieder leicht unter 50%.</li></ul></li></ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"><li>○ COVID-19-Intensivpflichtige<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aktuell 2.999 behandelt, Rückgang von 736 Fällen im Vergleich zur Vorwoche.</li><li>▪ Rückgang in allen Beatmungsgruppen</li><li>▪ Rückgang auch bei Sterbefällen</li></ul></li><li>○ Anteil der COVID-19-Patienten an Gesamtzahl ITS-Betten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückgang in allen BL</li></ul></li><li>○ Altersstruktur der COVID-19-Patienten auf Intensivstation<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stand gestern Information von 90% aller gemeldeten Patienten: ca. 1/3 unter 60 Jahre, 1/3 60-69 Jahre, 1/3 ab 70 Jahre</li><li>▪ Regional: im Norden mehr Jüngere betroffen, im Osten Gruppe der 60-69 Jährigen deutlich dominanter.</li><li>▪ Entwicklung: In allen Altersgruppen ab 40 Jahre Rückgang, in Gruppe der 0-39 Jährigen Stagnation, jedoch relativ kleine Zahlen.</li></ul></li><li>○ COVID-19-Belegung und Belastung<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reduktion in Belegung der schweren Fälle (Beatmete und ECMO) und Zunahme der freien Behandlungskapazitäten</li><li>▪ Entspannung bei Personal-/ Raummangel und Zunahme freier ITS-Bettenzahl.</li></ul></li><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Sehen sehr vielversprechend aus, Rückgang in allen Kleeblättern.</li></ul></li></ul> <p>! Bericht zu VOC</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ In KW19 Anteil VOC bei ca. 90%</li><li>○ Anteil B.1.617 (ca. 2%) sehr leicht gestiegen von KW18 auf KW19.</li><li>○ Anteil der Sequenzierungen relativ stabil seit KW12</li><li>○ Regionale Verteilung von B.1.617: noch relativ geringe Zahlen verteilt über ganz Deutschland.</li><li>○ 80% der Fälle zwischen 15-60 Jahre, Anteil der Kinder</li></ul>	
--	---	--

	<p>leicht gestiegen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Als Infektionsort geben <math>\frac{3}{4}</math> Deutschland an, im privaten Umfeld, keine lokalen Hotspots.</li> </ul> <p>! Zum Wording hinsichtlich B.1.617: Impfstoffwirkung nicht ganz so ausgeprägt wie bei anderen Varianten laut Daten aus Public Health England. Es gibt Hinweise, dass es quantitativ messbare Unterschiede hinsichtlich der Schutzwirkung gibt. Dies muss weiter beobachtet werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird in Public Health Intelligence Bericht auch so kommuniziert.</li> </ul> <p>! Gibt es Daten zu höherer Transmission zu B1.617?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Public Health England sieht Tendenzen, dass es so sein könnte, gewisse höhere Fallanstiegsrate. Von 8% auf 12% erhöhte Transmissibilität wird angenommen.</li> <li>○ Wichtig: Lockerungen nur langsam mit Augenmaß, möglichst nach Stufenplan. -&gt; wird am Freitag nochmal im Krisenstab besprochen</li> </ul> <p>! Zur Info: In BY und BW sind zurzeit Pfingstferien. Dies hat Einfluss auf Testfrequenz bei Kindern und deren Verhalten.</p> <p>! Disclaimer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ War bis heute (Mittwoch) geplant -&gt; Einigung: Disclaimer bleibt bis Donnerstag</li> <li>○ Kein Disclaimer für Pfingstferien</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b>                  ! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b>                  ! Nicht besprochen</p>	<p>FG21                  (Schmich)</p>

4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Beschreibung internationale Lage (<a href="#">hier</a>): Noch ist die Formulierung „nimmt die Anzahl der Fälle weltweit zu“. Sollte das angepasst werden? Fallzahlen sinken international, Fälle sind um 14% zurückgegangen.             <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ Formulierung wird in „...weltweit ab“ geändert.</li> </ul> </li> <li>! Inzidenz ist mittlerweile &lt; 50. Es sollte überlegt werden, ob die Risikobewertung von „sehr hoch“ auf „hoch“ runtergestuft werden soll.             <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ wird nächste Woche besprochen</li> </ul> </li> </ul>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>DZGA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Morgen Wartungsarbeiten von 18-20 Uhr, deshalb kein Zugriff auf Redaktionssystem. Nur was morgen bis 17 Uhr da ist, kann</li> <li>! Gibt es Neues zu den Inzidenztabelle?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bilateral mit Hr. Rottmann besprochen: Email war nur Vorbereitung für Fall der Fälle. Bis 7. Juni soll nichts verändert werden. Hoffnung, dass Inzidenz bis dahin so niedrig ist, dass auf Änderungen verzichtet werden kann.</li> <li>○ Eine Begründung kann RKI nicht liefern, muss vom BMG geliefert werden. -&gt; Wird nochmal beim BMG angefragt.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schnelltestresultate aus Befragung COSMO von Ende letzter Woche             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 68% haben bereits einen Schnelltest durchgeführt.</li> <li>○ Menschen, die die Maßnahmen für übertrieben halten weniger häufig als diejenigen, die das nicht tun.</li> <li>○ Bei einem positiven Schnelltest würden 86% einen PCR Test, 68% würden einen 2. Schnelltest machen.</li> <li>○ Bei positiven Schnelltestergebnis besteht bei 86% die Bereitschaft sich zu isolieren, 80% würden ihre Kontakte informieren.</li> </ul> </li> <li>! Anfrage vom Bundesverband für freie Berufe (Ärzte, Anwälte, Apotheker): Erfahrung und Expertise soll verschriftlicht werden, hätten hierfür gerne Input vom RKI.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel ist Pandemieplan aus Sicht der freien Berufe, wollen nicht an Erfahrung des RKI vorbei arbeiten.</li> <li>○ Antwort bisher: Expertise ist spannend und wichtig, sollen sich melden, wenn sie etwas Konkretes haben. Reaktion darauf: rufen oft an und schreiben viele Emails.</li> <li>○ RKI hat gerade sehr viele Anfragen, was soll geschehen?</li> <li>○ Arbeitsministerium/Betriebsärzte sind Ansprechpartner für betriebliche Konzepte, haben zum Teil auch Musterpläne.</li> <li>○ Erfahrungen aus Vergangenheit: Trennen zwischen Pandemieplanung auf nationaler Ebene, zur betrieblichen Sicherstellung der Funktionsfähigkeit kann RKI nicht beraten und fachlich nichts Zusätzliches beitragen.</li> <li>○ Erfahrungen sollten systematisch ausgewertet und transparent publiziert werden.</li> <li>○ Geplante Antwort: wurde nochmal diskutiert, freuen uns auf</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Peter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>Hamouda</p> <p>Rexroth</p> <p>P1 (Jenny)</p>

	<p>spannende Ergebnisse.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollen Erfahrungen aufschreiben, kann Baustein sein für späteren umfassenden Pandemieplan.</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! <a href="#">Update-ZIG: Update Maßnahmenanalyse: Recognition of COVID-19 Vaccination Status and International Travel Restrictions Review of The Independent Panel for Pandemic Preparedness and response</a>-(Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Analyse internationaler COVID-19 Maßnahmen: Bericht erscheint alle 2 Wochen</li> <li>○ Thema dieses Mal ist, inwiefern ausgewählte Länder Impfungen anerkennen und bei Geimpften Ausnahmen bei Testung und Quarantäne machen.           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impfquote in ausgewählten Ländern in KW19: Deutschland (11%), Frankreich (13%), UK (30%), Bahrain (37%), US (39%), Israel (59%), Seychellen (63%)</li> </ul> </li> <li>○ Überblick über 7-Tagesinzidenzen und Durchimpfungsraten           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Seychellen und Bahrain Anstieg der Inzidenzen trotz hoher Impfraten.</li> </ul> </li> <li>○ COVID-19 Maßnahmen           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt Lockerungen</li> </ul> </li> <li>○ Wechselseitige Anerkennung von Impfungen der Länder           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Welche Impfstoffe akzeptiert werden, ist je nach Land unterschiedlich.</li> <li>▪ In DEU, FRA, ISR werden nur Impfungen akzeptiert, die im Land auch verfügbar sind.</li> <li>▪ SYC akzeptiert jeden Impfstoff.</li> <li>▪ Große Unterschiede zwischen Ländern hinsichtlich des Impfnachweises.</li> <li>▪ Noch weit entfernt von gegenseitiger Anerkennung von Impfungen und von Nachweis der Impfungen.</li> </ul> </li> <li>○ Ausnahmen von Testpflicht und Quarantänepflicht           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In BHR und DEU Ausnahmen bei Testpflicht</li> <li>▪ In BHR, DEU, ISR, USA Ausnahmen bei</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG (Bahr)</p> <p>Mielke</p>



	<p>Quarantänepflicht</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Mehr Länder lassen Ausnahmen bei Quarantänepflicht als bei Testpflicht zu.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Diskussion in AGI um Anerkennung von Impfungen aus dem Ausland<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Können diese im Impfpass nachgetragen werden?</li><li>▪ Es spricht nichts gegen einen Nachtrag, wenn einem Arzt die Information vorliegt, dass Impfung stattgefunden hat.</li><li>▪ Kann dann z.B. Personal von Gaststätten differenzieren, welche Impfung stattgefunden hat?</li></ul></li><li>○ Ist es potentiell riskanter, wenn mehr Länder Ausnahmen von Quarantänepflicht als von Testpflicht machen?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kann gerechtfertigt werden, solange keine Escape-Mutanten auftauchen.</li><li>▪ Vermutlich pragmatischer Ansatz, da Durchführung von Testungen leichter ist als Quarantäne.</li></ul></li><li>○ Grund für Beibehaltung der Testungen bei Reisen bis auf weiteres<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Schutzwirkung gegenüber symptomatischen Infektionen. Quarantäne verursacht viel größere Einschnitte.</li></ul></li><li>○ Wenn Inzidenz wesentlich höher ist, als Impfrate nahelegen würde (z.B. Bahrain, Seychellen), dann ist Impfung entweder ineffektiv oder Übertragungsrate noch wesentlich höher.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Keine einfache Erklärung: Bei beiden Ländern wurde schon relativ stark gelockert, während die Impfkampagne lief.</li><li>▪ Spricht dafür, nicht anhand der Impfrate über Lockerungen zu entscheiden. Sinkende Transmissionen müssen sich im Verlauf auch abbilden.</li><li>▪ Welche Impfstoffe werden angewandt? In Seychellen hauptsächlich Sinopharm, in Bahrain sind viele Impfstoffe verfügbar.</li></ul></li><li>○ Sinovac und Sputnik sind bei uns von Quarantäne noch nicht freigestellt aufgrund von unzureichender Datengrundlage.</li></ul>	<p>Rexroth</p>
--	---	----------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was wo verimpft wird ist eine gute Fragestellung. Nimmt ZIG mit in die Fragestellung auf.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Lagebericht am Freitag wird in Zukunft nur noch auf den mittwochs erscheinenden VOC-Bericht verwiesen, keine Zahlen hierzu mehr im Lagebericht.</li> <li>! Bemühungen im RKI zu deeskalieren hinsichtlich Inanspruchnahme durchs BMG, Lageberichte etc.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein Initiativbericht ist in Vorbereitung, muss noch abgestimmt werden</li> <li>○ Die Frequenz des Lageberichts soll auf einmal pro Woche reduziert werden.</li> <li>○ Der Signalebericht (im Moment nur im Intranet verfügbar) soll Ersatz für den täglichen Lagebericht sein: Signalebericht auf Bundesebene als täglicher Überblick.</li> </ul> </li> <li>! Vorschlag: Frequenz des Krisenstabs auf zweimal die Woche zu verringern.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dann müssten ein paar Punkte gestrichen und die Agenda verschlankt werden.</li> <li>○ Allgemeine Zustimmung im Krisenstab</li> <li>○ Die Wochentage müssen noch bestimmt werden. Dienstag ist ungünstig. Montag und Freitag? Montag und Mittwoch?</li> </ul> </li> </ul>	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> ! Nicht besprochen	ZBS1 FG17
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Wunsch von Hr. Spahn Antikörpergabe zu promoten wurde gestern berichtet.	IBBS (Herzog)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ! Seit Freitag nichts Neues, Niedersachsen ist hinsichtlich der Lockerungspläne wieder zurückgerudert.	

<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 07.05.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:30 Uhr

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 28.05.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
!	Institutsleitung	○ Sebastian Haller
	○ Lothar H. Wieler	!
	○ Lars Schaade	FG38
!	Abt. 1	○ Ute Rexroth
	○ Martin Mielke	○ Claudia Siffczyk
!	Abt. 3	○ Maria an der Heiden
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ariane Halm (Protokoll)
!	FG14	!
	○ Melanie Brunke	IBBS
!	FG17	○ Bettina Ruehe
	○ Djin-Ye Oh	!
!	FG32	ZBS1
	○ Michaela Diercke	○ Janine Michel
!	FG33	!
	○ Ole Wichmann	MF4
	○ Stefan Scholz	○ Martina Fischer
	○ Maria Waize	!
!	FG34	P1
	○ Viviane Bremer	○ Esther-Maria Antão
!	FG36	!
	○ Walter Haas	Presse
	○ Silke Buda	○ Ronja Wenchel
	○ Kai Schulze	!
	○ Stefan Kröger	ZIG
		○ Johanna Hanefeld
		○ Iris Hunger
		!
		ZIG1
		○ Luisa Denkel





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:                      Datenstand: WHO, 27.05.2021                      Fälle: 168 Mio. Fälle                      Todesfälle: fast 3,5 Mio.                      Weltweit abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche                      Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:                      In vielen Ländern inkl. Indien, Iran, Türkei, russische Föderation, Frankreich Nepal abnehmender Trend                      Trend ansteigend in Argentinien, Brasilien und Kolumbien                      In Kolumbien und Argentinien P1 Variante stark vertreten                      Karte mit 7-Tage-Inzidenz:                      Einfärbung insgesamt weniger dunkel als in Vorwochen                      13 Länder mit 7-T-I &gt;200/100.000, u.a. Malediven, Bahrain, Seychellen, Uruguay, Argentinien; 36 Länder mit 7-T-I &gt;100 und 72 Länder &gt; 50/100.000                      Epikurve WHO Sitrep: Datenstand 26.05.2021                      Anteil Fälle und Todesfälle vom afrikanischen Kontinent klein aber ansteigend, auch im Vergleich zu Vorwochen                      WHO AFRO weist auf Fallanstieg und auf Impfstoffbedarf hin, bisher wurde nur wenig Impfstoff geliefert                      In Asien, Europa, Ozeanien abnehmender Trend                      Trend in Amerika stagnierend, Abnahme in USA, Zunahme und hohe Fallzahlen in Südamerika                      Situation GB                      Letzten Freitag wegen B.1.617.2 als Virusvariantengebiet ausgewiesen                      Fallanstieg (knapp 70%) für gesamtes Land zu sehen, 17.700 neue Fälle gemeldet                      Hohe Durchimpfungsrate (1. Dosis &gt;70%, Vollimpfung 46%)                      Gestern 13. Technical Briefing von PHE zu Varianten                      In jüngsten sequenzierten Fällen 58% B.1.617.2                      Orte mit höchster 7-T-I auch größter Anteil dieser Variante                      Hotspots North West und Bolton                      Neues PHE Risk Assessment zu VOC B.1.617.2                      Übertragbarkeit weiterhin rot/höher als bei B.1.1.7                      Impfung nun auch rot: Evidenz bzgl. reduzierter Impfstoff-Wirksamkeit insbesondere nach 1. Impfstoffdosis, nach zweifacher Impfung nur wenig Reduktion beobachtet                      Hohe Anzahl Neuinfektionen in Ländern mit hohen Impfquoten                      Bahrain                      Impfquote: &gt;50% 1. Dosis, 40% 2. Dosis                      Dennoch starker Fallzahlanstieg                      Mögliche Erklärung durch verschiedene Faktoren:                      Lockerungen ab Anfang Mai, Fastenbrechen Mitte Mai,                      Hinweise auf Nutzung von Sinofarm Impfstoff mit ggf.</p>	ZIG1



	<p>reduzierter Wirksamkeit  Booster 6 Monate nach 2. Impfung geplant  Jetzt auch Lockdown  Kaum Sequenzierung, keine Evidenz zu Varianten  Seychellen  Impfrate 1. Dosis 71%, 2. Dosis 63%  1/3 der Neuinfektionen bei vollständig Geimpften  Vor allem Sinofarm Impfstoff genutzt  Wenig/keine Information zu Virusvarianten  Beide Länder haben kleine Bevölkerung und viele (50% oder mehr) Saison/Gastarbeiter/Touristen, Impfproportion beruht vl. nur auf Staatsbürgern? Ggf. gibt es Ausbrüche in nichtgeimpften Gruppen? Muss untersucht werden  Zweitimpfung war nach 3 Wochen, vl. reduzierte Effektivität?  Wie wird mit der Impfung von Genesenen umgegangen? Ggf. wäre eine zusätzliche Impfung sinnvoll um höheren Schutz bei Genesenen zu gewährleisten  Sinofarm ist nicht so gut wie mRNA Impfstoffe, nach WHO-Daten liegt Effektivität bei 70%, keine Daten zur Wirksamkeit bei &gt;60-jährigen, mehr Information zu den Betroffenen wäre zur Einschätzung notwendig  Diskussion  Anstieg B.1.617.2 in GB ist besorgniserregend  Evidenz für Escape (UK technical note): Transmissibilität durch Impfung nicht so stark eingeschränkt; bei vollständig Geimpften nur kleine Minderung der Effektivität, nach einfacher Impfung größere Reduktion des Impfschutzes  Neue Varianten und Impfintervall/Impfdurchbrüche  2. Impfdosis ist notwendig da 1. Dosis nicht effektiv genug  Größeres Intervall! mehrimmune Response, aber wenn nach 1. Dosis Schutz niedrig ist, sollte Intervall auch nicht zu groß sein  Intervall-Erweiterung bei mRNA-Impfstoffen wird gerade in WHO diskutiert  Impfdurchbrüche sind noch nicht zu bewerten, Genesene  WHO empfiehlt wegen neuer Varianten zwei Impfdosen  Hierzu gibt es noch nicht viel Evidenz und es laufen verschiedene Studien  UK impft Genesene zweimal  Umgang mit neuer Variante B.1.617.2 in Deutschland  RKI empfiehlt besonderen Umgang mit Ziel Containment, mehr KoNa, Testung aller Kontakte, usw.  Auch aus ÖGD Forderung nach strengem Vorgehen bei B.1.617.2 Nachweis, z.B. PCR-Test nach Quarantäne-Beendigung  Bei Reiseanamnese soll variantenspezifische PCR gemacht werden, große Labore machen dies bereits, aber Verzug in Diagnostik und Informationsvermittlung  Erkennung: B.1.617.2 hat in UK nicht die Deletion, in DEU 90% der SARS-CoV-2-Proben mit Deletion, bei positivem herkömmlichen Test, ist B.1.617 Verdacht groß  AL1 bringt dies in die AG Diagnostik  Wunsch der IGV-Flughafengruppe: PCR-Testung von Kontaktpersonen, sollte in die Einreise-VO aufgenommen</p>	
--	---	--



	<p>werden, PCR-Testung verpflichtend oder mindestens optional nach Einreise aus Virusvariantengebieten Vorschlag wird entwickelt und erneut mit Begründung ans BMG geschickt <i>ToDo: FG38 (Maria an der Heiden) bereitet Vorschlag zur Erweiterung der Einreise-VO bzgl. Umgang mit neuen Varianten</i></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.669.870 (+7.380), davon 88.187 (+192) Todesfälle, 90% B.1.1.7 Variante 7-Tage-Inzidenz: 40/100.000 Einw. IST-Beanspruchung ist rückgängig Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 34.305.216 (41,2%), mit vollständiger Impfung 13.053.626 (15,7%) Indikatorbericht Inzidenz auch rückläufig bei älteren und jungen Personen Rückgang des Positivanteils getesteter Proben Keine Kreise mehr mit so hohen Inzidenzen, Anzahl LK im grünen Bereich deutlich zunehmend Todesfälle rückläufig aber teilweise weiterhin hohe Todesfallzahlen Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: In allen BL rückläufiger Trend Niedrigste Inzidenz in MV, 3 BL mit &lt;25 MV, SH, HH TH und BW auch &lt;100 In keinem BL Signal für Anstieg zu sehen Im Norden mehr LK mit sehr niedrigen Inzidenzen 6 LK mit &gt;100/100.000, &gt;200 LK &lt;50 Mortalitätssurveillance: noch stets leichte Übersterblichkeit bis KW19 im Vergleich zu Vorjahren, aber Tendenz rückläufig Diskussion: wie ist aktueller schneller Rückgang zu erklären? Kann nicht spezifisch zugeordnet werden, Zusammenspiel von Bundesnotbremse: hat der Bevölkerung eine einheitliche Vorgehensweise gezeigt Saisonaler Einfluss: Fallzahlanstieg Südhalbkugel, wo Herbst beginnt (Saisonalität), in Literatur sind unterschiedliche Angaben zu Saisonalitätseffekt auf R-Wert findbar (10-60%) Breit verfügbare Testungen Im April &gt;40 Mio. Tests abgerechnet Anzahl abgerechneter Tests möglicherweise massiv höher als Anzahl der durchgeführten Nach Cosmo-Studie würden sich &gt;80% nach positivem Test isolieren Ggf. waren Personen mit besonders hohem Infektionsrisiko bereits alle/zu einem hohen Anteil infiziert und sind nun immun Impfung kann es nicht alleine erklären, Modellen zufolge ist deutlicher Impact der Impfungen noch nicht realistisch, jedoch nun Schutz insbesondere von Gruppen bei denen es vorher hohe Inzidenzen gab</p>	FG32
--	---	------



	<p>Aus UK, wo kontinuierliches Monitoring stattfindet, gibt es Hinweise auf deutliche Kontaktreduktion vor Impfterminen um Exposition zu vermeiden, ggf. ähnliches Verhalten hier (bei täglich 1 Mio. Impfungen potentiell hohe Personenzahl)                  Maßnahmen werden noch gebraucht                  Andere Coronaviren sind angestiegen, wichtig, dies im Auge zu behalten und Erklärungen zu erörtern</p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>                  Wurde Mittwoch angepasst, nun noch Rückstufung von „sehr hoch“ auf „hoch“?                  War geplant, wenn 7-T-I unter 50 ist (nun der Fall)                  Kriterien (Übertragbarkeit, Krankheitsschwere, Todesfälle) sind aktuell alle rückläufig                  Besser jetzt anpassen um bei möglichem erneuten Anstieg wieder eskalieren zu können                  Soll zeitgleich mit Veröffentlichung der ControlCOVID-Modellierung (s.u. Strategie) angepasst werden um beides synchron zu kommunizieren  <i>ToDo: Änderung der Einschätzung der Lage am Montag</i></p>	Präs/alle
5	<p><b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>                  (nicht berichtet)  <b>Presse</b>                  Anfragen bzgl. Empfehlungen zur Testung von Kindern                  AGI hat auch starken Bedarf hiervon geäußert                  FAQ ist durch AG Diagnostik in Arbeit (zu 95% fertig), spätestens nächsten Dienstag fertig                  Antikörper genügen nicht zur Ausweisung des Genesenenstatus, gibt es hierzu FAQ? Ja, Ute Rexroth schickt dies an Presse, FG33 haben außerdem FAQ zu "wer gilt als geschützt?" die gerade nochmals aktualisiert wird  <b>P1</b>                  (nicht berichtet)</p>	Presse
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>Allgemein</b>  <i>Stufenplan ControlCOVID</i>                  Dokument <a href="#">hier</a>                  Kontext                  Stufenplan wurde veröffentlicht                  BMG Anfrage zu den Wechselwirkungen zwischen Aufhebung</p>	FG36 Alle



	<p>NPI und Impfkampagne Keine Änderung des Stufenplans, lediglich Einfügen des Parameters geimpfte Personen (niedrig bis hoch) Verweis auf ursprüngliches ControlCOVID-Dokument Methodik: viele Faktoren berücksichtigt und Annahmen, verschiedene Intensitätsstufen basierend auf IST-Fällen Ergebnisse: Modellierung der IST-Auslastung aufgrund der Datenlage konstant abnehmend, kleiner Anstieg kurz nach Übergang von dritter in zweite Stufe (viele Maßnahmen noch gültig), von zweiter zur ersten, ähnlicher Verlauf der 7-Tage-Inzidenz und Todesfälle, Indikatoren werden gemeinsam interpretiert Diskussion Konfidenzintervall Wird künstlich durch Parameter erstellt und verdeutlicht die Unsicherheit Ist zu vergangenem Zeitpunkt (für den Daten verfügbar sind) größer und aktuell/für die Zukunft kleiner Intervall wird herausgenommen Öffnungsstufen sind sehr vorsichtig gewählt und orientieren sich an IST-Belegung Dokument verdeutlicht Vielschichtig und dass Öffnung langsam und über Wochen abgestimmt mit Impfungen verlaufen sollte Verdeutlichung, dass Modellierung nur eintreten kann, wenn Bevölkerung sich an die Maßnahmen hält, Nachlässigkeit nimmt schnell überhand RKI darf nicht zu vorsichtig/restriktiv sein um nicht Akzeptanz und Hörerschaft zu verlieren Pfeil zu Maßnahmen sollte in beide Richtung (Schließung und Öffnung) gehen Grafiken werden nach Veröffentlichung oft einzeln genutzt, bitte bei jeder Grafik Legende mit Voraussetzungen einfügen, damit diese nicht aus dem Kontext gerissen werden können Beenden der Modellierung am 01.09.2021 (nicht 01.10), wenn Impfungen vollständig sind, sonst wird signalisiert danach ist und bleibt alles gut Einmal-Veröffentlichung oder Aktualisierung fortlaufend? Regelmäßiger Realitätsabgleich wäre sinnvoll Modellierung wird wöchentlich nach verschiedenen Parametern überarbeitet, kann je nach Evidenzlage aktualisiert werden Alle 2 Wochen soll Änderungsbedarf routinemäßig untersucht werden, keine Aktualisierung ohne Anlass Wie veröffentlichen Pressestelle: Tweet und Presseinfo an Presseverteiler Montagnachmittag Nächste Woche ggf. Mittwoch BPK Dokument wird finalisiert Präs schickt es auch an Holtherm</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p><i>Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response</i></p>	
--	--	--



	<p>(IPPPR) Report                  Folien <a href="#">hier</a>                  Panel wurde im Juni 2020 durch WHO DG Tedros etabliert, Evaluierung der WHO-koordinierten internationalen Response auf COVID-19                  Auftrag: evidenzbasierte Empfehlungen für die Zukunft                  Bericht im Mai 2021 veröffentlicht, 13 Mitglieder, auch breitere Auswirkungen der Pandemie im wirtschaftlichen und sozialen Feld wurden untersucht                  Main findings                  Lehren aus der Vergangenheit wurden nicht/nur in Ausnahmefällen gelernt und nicht genug geübt                  Internationale Verfahren zur Alarmierung und Warnung sind zu langsam, auch nach PHEIC-Deklaration gab es noch viel „wait and see“, hat zur Verzögerung der Response geführt                  WHO hat nicht genügend Geld und Mandat                  Nicht genug politische Aufmerksamkeit für Gesundheitsfragen, Empfehlung eines speziellen Councils hierzu der regelmäßig tagt                  Ungleichheiten wurden stark verdeutlicht, insbesondere größerer Schaden für Frauen, marginalisierte Gruppen, Kinder und Jugendliche, vorerkrankte                  Positive Aspekte                  HCW sehr gut, benötigen mehr Unterstützung/Schutz                  Erfolgreiche Staaten waren durch vorhergegangene Ausbrüche trainiert (SARS, Ebola) oder hatten ausgefeilte Reaktionspläne die gut angepasst werden konnten                  Auch reiche Länder standen teilweise schlecht da, bzw. ärmere Länder haben es gut gehandhabt                  Impfstoffentwicklung geschah so schnell wie nie, gute wissenschaftliche Kollaboration                  Empfehlungen u.a.                  Systematische Anwendung von NPI                  Gerechte Impfstoffverteilung, auf Intellectual Property Rights verzichten, Produktion beschleunigen (Finanzbereitstellung durch G7)                  Längerfristig: Entwicklung eines international rechtlich bindenden Vertrags (Treaty) analog Tobacco Framework Convention zur Pandemiebekämpfung                  Neues internationales Warnsystem welches nicht von Mitgliedsstaateneinverständnis abhängt                  Stärkung der WHO rechtlich und finanziell                  Finanzierungstopf und Vorbereitung medizinischer Produktentwicklung und -versorgung                  Viele Länder unterstützen Plattformentwicklung, wurde auch im IHR Review Committee (durch Präs geleitet) diskutiert                  Update von ZIGL                  Es soll eine Sonder-WHA zu diesem Treaty geben, der von BMG und Deutschland unterstützt wird                  Wurde letzte Woche zum Thema Impfung angesprochen (Tim Eckmanns), ZIG-L bespricht Impfstoffspenden noch mit BMG                  Minister Spahn trifft aktuell Präsident Macron in Südafrika                  Deutschland hat Patentwaiver nicht unterstützt, wird sich aber möglicherweise für lokale Produktion aussprechen,</p>	<p>ZIG</p>
--	---	------------



	abzuwarten wie BMG sich zur Impfstofffrage positioniert	
<b>7</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>8</b>	<p>Kinderimpfung Zulassung wird von EMA heute erwartet GMK hat sich gestern getroffen und vorsichtig geäußert STIKO Vorsitzender bittet, Impfung von Jugendlichen nicht an Präsenzunterricht zu binden Montag AG Treffen, dann abschließend nächste Woche Freitag oder Woche darauf Stellungnahmeverfahren STIKO ist eher nur für Impfung von Risikokindern Auf Bevölkerungsebene würde Impfung von 12-16-jährigen wenig Effekt haben, deswegen sollen zunächst junge, mobile Erwachsene weiter priorisiert werden In USA wurden 2,4 Mio. Kinder geimpft, noch keine Daten zur Sicherheit verfügbar, es muss noch abgewartet werden um Erfahrungen kennenzulernen Genesung, Impfung und wann Schutz besteht Serologischer Befund ungenügend für Genesenenstatus, PCR ist notwendig Reicht wenn sofortige Impfung eine Dosis? Muss noch in STIKO diskutiert werden, ggf. noch Absprache mit AG Diagnostik bezüglich Testqualität Auslösen der Erwartungshaltung, dass vollständige Impfung mit einer Dosis erzielt wird, sollte erst beobachtet werden Bei Antikörperrnachweis ist unbekannt, wie lange Infektion zurückliegt PEI ist hierzu wichtiger Ansprechpartner, da dies auch im Rahmen der Pharmakovigilanz getestet wird Schutzstatus, wenn Genesen und dann Impfung, sofort gültig oder erst 14 Tage nach Impfung? Logischer sofort und nicht erst 2 Wochen später! wird in FAQ aufgenommen Sorge über Impfung von Personen mit hohem Titer, kommt es zu starken Nebenwirkungen? In Zulassungsstudien wurde Impfung von Personen mit PCR- und Seronachweis untersucht, es laufen noch Analysen, eventuell etwas mehr Reaktogenität, aber keine schweren/gefährlichen Nebenwirkungen, deswegen wird Untersuchung des Serostatus vor Impfung nicht empfohlen Werden Personen mit Impfung, die 14 Tage später infiziert sind, auch als immun erklärt? Ja, für 6 Monate, siehe FAQ (Ute Rexroth schickt dies an den Krisenstab) Wird Boosterimpfung für alle geplant im Herbst? Solange keine Evidenz besteht wird es keine Empfehlung hierzu geben, Impfdurchbrüche sind abzuwarten Impfstoffkontingent &amp; Austauschbarkeit noch nicht ganz klar Aktuell erkranken vor allem Ungeimpfte bzw. nicht vollständig Geimpfte, Studien zeigen kein Indiz für waning immunity Von einzelnen Ausbrüchen in Pflegeheimen kann nicht geschlossen werden, wenig Daten zu &gt;80-jährigen Wirkung der Impfstoffe auf schwere Erkrankung sind generell</p>	FG33



	<p>gut und anhaltend</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Nach Impfung mit mRNA-Impfstoff keine Blutspenden? Ist ein Thema für AK Blutstellen</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 391 Proben, davon:  16 SARS-CoV-2 4%, rückläufig  63 Rhinoviren  98 saisonale (endemische) Coronaviren  22 Parainfluenzavirus  2 RSV</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW bisher 244 Proben, davon 72 positiv auf SARS-CoV-2 (30%), alle B.1.1.7  Neue Studie mit Charité in Vorbereitung zur Analyse von 3x2000 Proben, jeweils 2000 an einem Tag</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Aktivitäten mit externen Klinikern  Infektiologie Beratungsnetzwerk  15-16 Zentren  Angebot wird intensiv genutzt, vor allem von Kollegen aus dem stationären Bereich  Publizierter EpiBull Artikel <a href="#">hierzu</a>  Anteilnahme aus ÖGD noch sehr gering, könnte für diesen noch bekannter gemacht werden (z.B. über EpiLag), um Unterstützung bei komplexen Einzelbeurteilungen auch zu Entisolierung und Entlassungsmanagement  Webseminare jetzt 2. Runde, Fokus nach aktueller Lage geschiftet, jetzt wurden auch Impfungen mit aufgenommen  Rechercheprozess zu Therapeutika  Anpassungen in Absprache mit Klinikern  Nun Medikamente die Phase 2 und 3 erreicht haben  Absprache mit PEI und BfArM  Bei Nachfragen gerne bei IBBS melden</p>	<p>IBBS</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG32</p>
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>IGV-Flughafengruppe: Sorge vor englischer Variante und Wunsch nach PCR am Ende der Quarantäne bei Einreisenden (s. oben)  Amtshilfeersuchen  Ministerium SH, durch Landesstelle informiert</p>	<p>FG38</p>



	<p>Ausbruch in Altenpflegeheim  Viele Bewohnende zweifach geimpft  Erkrankungen und 1 Todesfall (ungeimpft), auch ungeimpfte MA  Inzwischen 25 Erkrankte: 7/43 MA, 55 Bewohnende  CT-Werte sind ungewöhnlich  Hohe Fluktuation in den Heimen, ggf. jetzt auch Bewohnende und MA, die keine Impfung haben  Amtsärztin hätte gerne RKI-Unterstützung: offizielles Amtshilfeersuchen wurde mündlich mitgeteilt, diesem kann eventuell nicht nachgekommen werden  GA Kassel hat von einem Ausbruch der neuen Variante in familiärem Setting berichtet, Verläufe sind relativ mild, 5-6 Personen betroffen</p>	
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>LZ-Schichtplan kann für manche Positionen schon länger nicht mehr gut besetzt werden  Abt. 3 entwickelt aktuell Vorschläge um gewisse Funktionen herunterzufahren  Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit muss vor anderen Aktivitäten (z.B. Amtshilfeersuchen) priorisiert werden</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Keine</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Ab nächster Woche 2 Krisenstabssitzungen/Woche, Mi und Fr  Nächste Sitzung: <b><u>Mittwoch, 02.06.2021, 11:00 Uhr</u></b>, via Webex</p>	

**Ende: 13:12**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 02.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
    - Lars Schaade
    - Lothar Wieler
    - Esther-Maria Antao
  - ! Abt. 1
    - Martin Mielke
  - ! Abt. 3
    - Osamah Hamouda
    - Tanja Jung-Sendzik
  - ! FG12
    - Annette Mankertz
  - ! FG14
    - Melanie Brunke
  - ! FG17
    - Ralf Dürrwald
  - ! FG21
    - Patrick Schmich
  - ! FG 32
    - Michaela Diercke
  - ! FG 33
    - ??
  - ! FG34
    - Viviane Bremer
    - Uwe Koppe
    - Andrea Sailer (Protokoll)
  - ! FG36
    - Stefan Kröger
    - Silke Buda
    - Walter Haas
- ! FG37
    - Tim Eckmanns
    - Muna Abu Sin
  - ! FG 38
    - Maria an der Heiden
    - Ute Rexroth
  - ! IBBS
    - Bettina Ruehe
  - ! P1
    - Christina Leuker
    - John Gubernath
  - ! P4
    - Susanne Gottwald
  - ! Presse
    - Maud Hennequin
    - Susanne Glasmacher
  - ! ZIG1
    - Eugenia Romo Ventura
  - ! BZgA
    - Heide Ebrahimzadeh-Wetter









	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Teste und Positivenanteil nach Organisationseinheit                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mehr Testungen in anderen Einrichtungen.</li> <li>▪ Positivenanteil in allen Einrichtungen gesunken.</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl Testungen letzte Woche deutlich angestiegen bei Kindern/Jugendlichen zwischen 5-14 Jahren bei gleichzeitigem Rückgang des Positivenanteils.</li> <li>▪ Grund: Massiv Teste mit Lolli-Tests in Schulen in NRW durchgeführt.</li> <li>▪ Pos. Testungen pro 100.000 Einw.: Rückgang in allen Altersgruppen</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Rückgang</li> <li>▪ Es finden jedoch nach wie vor Ausbrüche (&lt;50) in Altenheimen statt.</li> </ul> </li> <li>○ Wie werden Pooltests in ARS gewertet? Anzahl entsprechend der Poolgröße</li> <li>○ Für heute ist eine FAQ zu Lolli-PCR-Tests geplant. Diese sollen mit Antigentests gleichgestellt werden. Lolli-Antigentests sind dagegen nicht so empfehlenswert.</li> <li>○ Wie kann von ARS-Daten auf Bevölkerung extrapoliert werden, ist auf Europa-Ebene relevant. Wird intern nochmal diskutiert. Würde für eine Meldepflicht der durchgeführten Anzahl von Tests sprechen.</li> <li>○ Wie sehr beeinflussen Tests in Testzentren unsere Ergebnisse?                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In letzten 2-3 Monaten wurden durchgängig bei 7-8% der Meldungen positive Antigen Teste vor den PCR-Testen an GA berichtet, keine größeren Schwankungen.</li> <li>▪ Die Ergebnisse aus den verschiedenen Systemen des RKI stimmen relativ gut überein. Deshalb kann man davon ausgehen, dass keine Fehlinterpretation der aktuellen Entwicklung stattfindet.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Wieler</p> <p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	---



	<p>und dann fälschlicherweise zu den ARE-Raten gezählt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Eher unwahrscheinlich, es wird in erster Linie nach Husten und Schnupfen gefragt, weniger nach Kopf- und Gliederschmerzen.</li><li>▪ Eher Verwechslung mit allergischen Reaktionen</li><li>▪ Fieberkurve kann auch alleine ausgewertet werden, hat aber vermutlich keine Rolle gespielt.</li></ul> <p>! <b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ KW21: 87 Einsendungen, vergleichbar mit Einsendungen in 2 Wochen davor, jedoch allgemein Trend zum Rückgang erkennbar</li><li>○ Größte Anzahl Einsendungen bei 0-4 Jährigen</li><li>○ HRV: deutlicher Anstieg bei Rhinoviren</li><li>○ SARS-CoV-2: kein Nachweis in KW21</li><li>○ PIV: Anstieg bei Parainfluenzaviren, typisch für Jahreszeit</li><li>○ Rhinoviren in allen Altersgruppen stark vertreten.</li><li>○ Kein Influenzavirennachweise in KW21</li><li>○ Saisonale Coronaviren:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tendenz Rückgang</li><li>▪ starker Rückgang von NL63, vor allem 5-15 Jährige betroffen</li><li>▪ leichter Anstieg von OC43</li></ul></li></ul> <p>! <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ COVID-19-Intensivpflichtige<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aktuell werden 2.148 Patienten behandelt, 851 weniger im Vergleich zur Vorwoche.</li></ul></li><li>○ Belastung der Intensivmedizin<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In allen BL geht die ITS Belegung zurück.</li><li>▪ In Nord-West und Nord-Ost liegt der Anteil der COVID-Patienten an der Gesamtzahl der betreibbaren</li></ul></li></ul>	
--	--	--

	<p>ITS-Betten in einigen BL schon unter 12%. In Mitte und Süd ist dies weniger häufig der Fall.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Altersstruktur<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Von fast 90% Altersangaben übermittelt</li><li>▪ 35,6% unter 60 Jahre</li><li>▪ Abnahme in allen Altersgruppen</li><li>▪ Auch Abnahme bei 30-39 Jährigen</li><li>▪ Nicht jedoch bei 18-29 Jährigen (sehr kleine Zahlen)</li></ul></li><li>○ Belegung und Belastung<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Reduktion in Belegung der schweren Fälle</li><li>▪ Freie Kapazitäten nehmen zu.</li><li>▪ Personalmangel reduziert sich nicht so stark wie ITS Belegung</li></ul></li><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In allen Kleeblättern weiter Trend nach unten.</li><li>▪ Anpassungen bei Modellierung durchgeführt.</li><li>▪ Nicht nur rote Linie sollte interpretieren werden, sondern auch grauer Bereich. Hierzu wurde ein Text geschrieben.</li><li>▪ Positiv: längerfristige Entspannung erwartet.</li></ul></li><li>○ Befürchtung Rebound im Herbst: Sollen Kapazitäten abgebaut oder sollen sie beibehalten werden?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kapazitäten waren schon vorher da, für COVID wurden sie umstrukturiert. Nun Rückkehr zum Normalbetrieb.</li><li>▪ In vielen KH wurden zweitklassige Intensivbetten aufgebaut mit kurzfristig geschultem Personal.</li><li>▪ Abnahme des Intensivpflegepersonals möglich</li></ul></li></ul> <p>! LEOSS-Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Ziele und Methoden<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Analyse schwerer Krankheitsverläufe bei stationär aufgenommenen COVID Patienten</li></ul></li></ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studie an Uniklinik Köln angesiedelt</li> <li>▪ Daten aus 2020</li> <li>▪ Vergleich von Meldedaten und aggregierten Daten aus LEOSS um Repräsentativität zu untersuchen</li> <li>○ Vergleich Patienten in LEOSS und Meldedaten 2020                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3.562 Patienten in LEOSS, demgegenüber 168.792 hospitalisierte Patienten aus den Meldedaten</li> <li>▪ Anteil Patienten in LEOSS liegt zwischen 5 und 10% aller gemeldeten Hospitalisierten. Nimmt gegen Ende des Jahres stark ab, neuer Datenstand ist angefordert.</li> </ul> </li> <li>○ Ergebnisse                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20% mit schwerem Verlauf</li> <li>▪ 540 im kritischen Stadium, häufigste Kriterien: Beatmung, <math>paO_2 &lt; 60 \text{ mmHg}</math>, neue Dialyse</li> <li>▪ 182 verstarben ohne kritisches Stadium zu erreichen.</li> <li>▪ Risikofaktoren: höheres Alter, männliches Geschlecht</li> <li>▪ Komorbiditäten: pulmonale, kardiovaskuläre, Diabetes, Nierenerkrankungen</li> <li>▪ Bestimmte erhöhte Laborwerte gehen mit schweren Krankheitsverläufen einher.</li> <li>▪ Schwerer Verlauf wahrscheinlicher bei Atemnot und Fieber</li> </ul> </li> <li>○ Zusammenfassung                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil schwerer Verläufe und Risikofaktoren im Einklang mit Literatur</li> <li>▪ Update Datensatz: Fälle bis Ende 2020 sollen miteinbezogen werden.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen	FG21
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>5</b>	<b>Kommunikation</b>	

	<p><b>BZgA</b></p> <p>! Wann Herr Dietrich den Vortrag halten wird, ist noch unklar.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Nichts Neues</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! Nichts Neues</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>ZBS1 / FG17</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Es gab Anfragen von 2 Stellen, ob geplant ist, gesonderte Entlasskriterien für positiv getestete Genesene zu erstellen analog zu pos. getesteten Geimpften.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Es wurde entschieden, solche nicht auszuweisen, da nur wenige Daten dazu zur Verfügung stehen. Stattdessen wurde eine Einzelfallbeurteilung vorgeschlagen.</li> <li>o Sollten mehr Anfragen kommen, könnte eine FAQ erstellt werden.</li> </ul>	<p>IBBS (Ruehe)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG37</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG38</p>
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG38</p>
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	<p>Alle</p>





<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 04.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende:** 12:05 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 04.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34	
! Institutsleitung			o Viviane Bremer
o Lars Schaade	!	FG36	
! Abt. 1			o Walter Haas
o Annette Mankertz			o Silke Buda
! Abt. 2			o Stefan Kröger
o Thomas Ziese	!	FG37	
! Abt. 3			o Tim Eckmanns
o Osamah Hamouda	!	FG38	
o Tanja Jung-Sendzik			o Ute Rexroth
! FG11			o Maria an der Heiden
o Sangeeta Banerji (Protokoll)	!	IBBS	
! FG12			o Bettina Ruehe
o Annette Mankertz	!	ZBS1	
! FG14			o Marcia Grossegeese
o Melanie Brunke	!	P1	
! FG17			o Ines Lein
o Djin-Ye Oh	!	Presse	
! FG21			o Susanne Glasmacher
o Patrick Schmich			o Ronja Wenchel
o Tim Weihrauch	!	ZIG	
! FG32			o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	!	ZIG1	
! FG33			o Eugenia Romo Ventura
o Ole Wichmann	!	BZgA	
			o Martin Dietrich





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE Daten: Meldungen entsprechen Niveau der Vorjahre</li> <li>○ Kita und Schul-Ausbrüche Rückläufig bei &lt;50 Ausbrüche/Woche, Trend folgt dem Gesamttrend in der Bevölkerung, bei Kitaausbrüchen erhöhter Anteil an Kindern</li> </ul> <p><b>Vorschlag:</b> Da Daten immer montags erhoben werden und Montagssitzung nun entfällt, eine verkürzte Version mit reinen Ausbruchsdaten zukünftig mittwochs präsentieren? Vorschlag wurde angenommen (siehe ToDo Punkt 2).</p> <p><b>Frage1:</b> Effekt der aktuellen Schulöffnungen? Antwort: Noch nicht sichtbar.</p> <p>Frage2: Handlungsbedarf für den Herbst im Schulsetting, vor allem im Hinblick auf VOC (z.B. Delta) und fehlender Impfpflicht für Kinder?</p> <p>Beschluss nach Diskussion: RKI soll auf Problematik hinweisen, insbesondere im kommenden BMG Bericht zur Herbstsituation (ID3698) und auf zuständige Fachgruppen verweisen, z.B. WHO, Münchner Leitliniengruppe. Siehe auch ToDo Punkt 3.</p> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)</p> <p>ARS-Daten (nicht berichtet)</p> <p>Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)</p> <p><b>ToDo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Disclaimer mit Hinweis auf Fronleichnam (Text siehe Agenda) im Lagebericht und Webseite bis einschließlich Samstag, 5.6.21 beibehalten (M.Diercke)</i></li> <li>2. <i>Präsentation der Corona-Kita-Studie zukünftig mittwochs mit Fokus auf Ausbrüche, eingebettet in die Gesamtbewertung (Walter Haas, Michael Diercke)</i></li> <li>3. <i>BMG-Dokument zur Herbstsituation (ID3698): Einreichung beim BMG vor den Sommerferien, Schulsituation und Transmissionsvarianten einbeziehen. 1. Entwurf an den Krisenstabsverteiler per Email zur Kommentierung senden. 2. Entwurf in der Sitzung diskutieren. Federführung FG36 (Walter Haas)</i></li> </ol>	
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Südafrika: Spahn sagte CDC-Afrika verstärkte Unterstützung zu, dies wird nun im Rahmen bestehender Partnerschaften intensiviert: Seroprevalenzstudie, Aufbau der NCD- und</p>	Johanna Hanefeld



	<p>Genomischen Surveillance bei Afrika-CDC</p> <p>Montenegro Mission beendet</p> <p>Monatlicher webbasierter Austausch zur Bioanalytik und Labor zwischen Indien und RKI. Alle Interessenten können sich bei Veronica Briesemeister (ZIG4) dafür anmelden.</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>EDUS-CWA Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Basis und Folgebefragung, abgestimmt mit BMG und Fachgesellschaften</li> <li>○ Start: 4.3.21, Ende 7.5.21 (Basisbefragung) bzw. 25.5.21 (Folgebefragung)</li> <li>○ 26.094 Teilnehmer in der Basisbefragung und 15.541 in der Folgebefragung</li> <li>○ Erste Ergebnisse wurden vorgestellt und diskutiert</li> <li>○ Analyse weiterer Daten, die durch Datenspende erhalten wurden, sind geplant und RKI interne Kooperationspartner sind willkommen!</li> <li>○ Geplante Veröffentlichung der Daten in der App im Rahmen eines regelmäßigen Science Blogs</li> </ul> <p>Frage: Ergebnisse zeigen, dass viele, die eine Warnmeldung erhielten, eine Antigentestung haben durchführen lassen, obwohl PCR-Testung empfohlen. Bitte diesen Aspekt weiterverfolgen!</p> <p><i><b>ToDO:</b> Kommunikation in der App, dass bei einer Risikowarnung ein PCR-Test erfolgen soll und ein Antigentest nicht ausreicht (Schmich)</i></p>	<p>Patrick Schmich/ Tim Wehrauch</p>
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Keine Anpassung/ Wiedervorlage</p>	<p>Abt. 3</p>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten: Impfkommunikation wird angepasst an Impfstoffverfügbarkeit hochgefahren, Familienansprache zur Schutzimpfung von Kindern und Jugendlichen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Wartung am kommenden Dienstag, daher alle Dokumente bis 15 Uhr, sonst werden sie erst am Mittwoch eingepflegt (Ausnahme: Lagebericht, das kann auch später verschickt werden)</p> <p>Bericht zu <b>Inzidenzen?</b> sollte am 7.6.21 rausgehen. Nun neue Anweisung per Email, dass er zurückgehalten werden soll.</p> <p>Beschluss Krisenstab: Bericht gemäß Emailanweisung zurückhalten.</p>	<p>Martin Dietrich</p> <p>Ronja Wenchel</p> <p>Ines Lein</p>

	<p><b>P1</b></p> <p>Zukünftig werden im Austausch mit ZIG auch internationale Themen kommuniziert</p>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Vorstellung neuer WHO Nomenklatur zu VOC/VOI (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Beschluss Krisenstab: Bei Kommunikation mit Fachgesellschaften wird Pangolin-Nomenklatur beibehalten. Bei Kommunikation mit Öffentlichkeit wird Pangolin-Nomenklatur und WHO-Nomenklatur in Klammern verwendet. Keine Änderung für Meldewesen.</p> <p><b>ToDO:</b> Veröffentlichung einer kleinen Info (blauer Kasten) zur neuen WHO VOC/VOI Nomenklatur und dem Umgang des RKI damit im EpiBull (Kröger, Buda).</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Daten zu heterologem Impfschema von Charité sowie Spanien zeigen mindestens so gute Wirksamkeit wie Biontech Impfstoff.</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>STIKO Bericht zur Impfung von Kindern und Jugendlichen in der Abstimmung, Veröffentlichung nächste Woche: Keine allgemeine Impfempfehlung, nur für Kinder mit Grunderkrankungen oder Angehörigen, die selbst nicht geimpft werden können Vorschlag aus Krisenstab: Auch Empfehlung aussprechen, dass Eltern sich Impfen lassen sollten, um Kinder zu schützen (Kokon-Strategie) Frage: Saarland impft teilweise mit Biontech + Astrazeneca: Wie ist die Sichtweise der STIKO dazu? Antwort: Nicht empfohlen! Vorschlag aus Krisenstab: Impfdurchbrüche nach Art des Impfstoffs anhand von Altenheimdaten bewerten</p> <p><b>ToDO:</b> wöchentliche Tabelle im Lagebericht zu Impfdurchbrüchen im Kontext mit Impfeffektivität und wenn möglich Art des Impfstoffs (Wichmann, Bremer, Diercke).</p>	<p>Wichmann</p>
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p>	



	<p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 373 Proben, davon:            9 SARS-CoV-2            71 Rhinovirus            23 Parainfluenzavirus            91 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)            4 RSV</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW ## bisher 200 Proben, davon 36 positiv auf SARS-CoV-2 (18%)            550 Proben aus Studien, z.B. SeBluCo-Studie</p> <p><b>ToDO:</b> Im Rahmen von SeBluCo-Studie soll Nachtestung der Antikörpertiter der Geimpften versus der Wildinfektionen erfolgen (Ruth Offergeld).</p>	
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:10 Uhr**



# **Ergebnisprotokoll**

## **Interministerielle Arbeitsgruppe Long COVID**

### **1. Sitzung**

Zeit: Dienstag, 8. Juni 2021, 14:00 bis 16:00 Uhr  
Ort: Videokonferenz  
Sitzungsleitung: Frau RL'in 323 Dr. Schwartz, Frau UAL'in 32 Becker  
Protokollführung: Judith Wittköpper

#### Teilnehmende:

BK: Frau Jaritz, Herr Dr. Conrad  
BMBF: Frau Dr. Hornbach (vertritt Herrn Dr. Goller)  
BMAS: Herr Biewer, Frau Dr. Bordet  
BMFSFJ: Frau Hornschild, Frau Lentze  
BMEL: Frau Janßen  
RKI: Frau Dr. Scheidt-Nave, Frau Hölling  
BMG Referat 212: Herr Petros, Frau Neumann  
BMG Referat 216: Frau Scherr  
BMG Referat 223: Frau Hämmer  
BMG Referat 224: Herr Weck  
BMG Referat 323: Frau Dr. Schwartz, Herr Dr. Busch, Frau Wittköpper  
BMG Referat 325: Herr Dr. Stracke, Herr Römer  
BMG Referat 514: Frau Dr. Lohmann  
BMG Referat 614: Frau Dr. Mylius  
BMG Projektgruppe  
Koordination COVID 19: Frau von der Decken, Frau Reitberger

<b>Ergebnisse</b>
<b>TOP 1 Begrüßung und Einführung</b>
<p>Frau UAL'in 32 Becker begrüßt alle Anwesenden und führt in das Thema der Sitzung ein. Ziel der Besprechung ist es, über das Problem Long-COVID zu informieren und daraus das weitere Vorgehen für die Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) Long-COVID abzuleiten.</p>
<b>TOP 2 Langzeitfolgen der Pandemie</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Definition und Abgrenzung von Long-COVID</b></li> <li>! <b>Kenntnisstand Long-COVID</b></li> </ul>
<p>Frau Dr. Schwartz und Herr Dr. Busch führen anhand einer Power Point Präsentation in das Thema ein.</p> <p>Bislang fehlt eine einheitliche Definition und Namensgebung für das Long-COVID-Syndrom. Synonyme sind Langzeit-COVID oder Post-COVID-Syndrom.</p> <p>Mögliche <b>Arbeitsdefinition von Long-COVID:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! COVID-19 Erkrankung oder SARS-CoV-2 Infektion UND</li> <li>! Mehr als 12 Wochen nach Beginn bestehen noch Beschwerden oder Symptome (auch neu aufgetretene) UND</li> <li>! Symptome/Beschwerden können nicht anderweitig erklärt werden</li> </ul> <p>Long-COVID sowie Langzeitfolgen einer schweren COVID-19-Erkrankung sind abzugrenzen von allgemeinen pandemiebedingten psychischen Belastungen.</p> <p>Die IMA soll sich in der Hauptsache mit Long-COVID befassen. Zusätzlich wurde eine <b>Unterarbeitsgruppe „Pandemiebedingte psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen“</b> unter der gemeinsamen Federführung von BMG Referat 325 und BMFSFJ ins Leben gerufen. In der UAG werden ebenfalls BK, BMBF und RKI mitarbeiten.</p> <p>Die aktuelle Datenlage zu Long-COVID ist heterogen und lässt keine genauen Aussagen über die Häufigkeit, Risikofaktoren oder genaue Dauer des Krankheitsbildes zu. Bei Kindern und Jugendlichen scheint Long-COVID deutlich seltener zu sein. Die Anzahl Genesener lässt keinen Rückschluss auf die Anzahl zu erwartender Long-COVID Fälle zu. Bekannt ist, dass Betroffene nicht mehr ansteckend sind, die COVID19-Akuterkrankung ist abgeklungen.</p> <p>Zwei AWMF-Leitlinien zu Long-COVID sind in Planung oder bereits erschienen.</p>

Mögliche Handlungsfelder sind:

- ! Verbesserung der Datenlage
- ! Forschung vorantreiben
- ! Gute Versorgung und Rehabilitation sicherstellen
- ! Bedeutung für Risikokommunikation (Infektionsschutzmaßnahmen, Impfkampagne)

BMFSFJ thematisiert im Kontext zu Long-COVID Diskussionen zu Impfungen von Kindern und Jugendlichen sowie Schulschließungen. Abschließend besteht Konsens, dass Kinder und Jugendliche mitbetrachtet werden müssen und es hier einer guten Datengrundlage bedarf.

### **TOP 3 Interministerielle Arbeitsgruppe (IMA) Long-COVID**

- ! **Ziele**
- ! **Zusammensetzung**
- ! **Geplante Erste Schritte**

Es werden für die IMA folgende **Ziele** gesetzt:

- ! Bestandsaufnahme: Was wissen wir bislang über Long-COVID und wie groß ist das Problem?
- ! Handlungsbedarfe identifizieren
- ! Gute Versorgung der Betroffenen als vorrangiges Ziel
- ! Gesellschaftliche und berufliche Teilhabe von Betroffenen sicherstellen
- ! Kommunikation und Aufklärungsarbeit (gerichtet an Betroffene, Entscheidungsträgerinnen und -träger und Versorgende)

Themencluster:

- ! Datenlage und Kenntnisstand
- ! Versorgung: Diagnose, Therapie, Nachsorge
- ! Arbeitsfähigkeit, Rehabilitation, berufliche Wiedereingliederung
- ! Kommunikation, Informationsangebote
- ! Querschnittsthema: Digitale Angebote.
- ! Querschnittsthema: Forschung

Es wird die Zusammensetzung der IMA sowie die jeweiligen Bezüge der Ressorts zum Thema Long-COVID besprochen:

1. BMBF:
  - a. Biomedizinische Grundlagenforschung zu Long-COVID (Ursachen, Biomarker)
  - b. Versorgungsforschung & Public-Health-Fragen
  - c. Forschung zu Arbeitsfähigkeit und Rehabilitationsversorgung
  - d. Kommunikation der Forschungsergebnisse
  - e. Förderschwerpunkt des BMBF zu Long-COVID soll Forschungsergebnisse zusammenführen und daraus Bedarfe für weitere Forschungsfragen ableiten
2. BMAS

- a. Medizinische Rehabilitation (Aktuell sind BMAS hier keine Engpässe bekannt, aber Versorgung muss auch künftig sichergestellt werden)
  - b. Teilhabe am Berufsleben, Wiedereingliederung
3. BMFSFJ
- a. Datenlage zu Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen verbessern, um Verunsicherung abzubauen und als Entscheidungsgrundlage für zielgenauere künftige pandemiebedingte Einschränkungen, die Kinder betreffen.
  - b. Teilnahme an Unterarbeitsgruppe zu psychischen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche als Ko-Moderation
4. BMEL
- a. Wechselwirkung von Ernährung mit Long-COVID ist von Interesse
  - b. Bisher gab es keine Berührungspunkte von gesundheitlichem Verbraucherschutz und Long-COVID bei BMEL.
5. BMI
- a. Bezüglich der Beihilfe lediglich geringe Berührungspunkte zu Long-COVID, da die Beihilfe ein Erstattungssystem ist.
6. BK
- a. Datenlage zu Long-COVID wichtig zur Abschätzung von Pandemiefolgen sowie als Grundlage für weiteres Vorgehen
  - b. Differenzierung zwischen Long-COVID und pandemiebedingten Einschränkungen im Allgemeinen auch nach außen ist sehr wichtig.

#### **TOP 4 Weiteres Vorgehen**

Als Zeithorizont für die IMA werden 3 Monate veranschlagt. Die weiteren Sitzungen der IMA werden sich an den o.g. Themenclustern orientieren. Die nächste Sitzung soll Anfang Juli stattfinden, voraussichtlich mit dem Themenschwerpunkt „Datenlage“.

Themenspezifische Fragestellungen werden den Ressorts vorab zugestellt und anschließend in der Sitzung diskutiert.

Parallel dazu wird sich die Unterarbeitsgruppe (UAG) „psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in Folge der Pandemie“ zusammenfinden und ihre Ergebnisse der IMA am Ende des Prozesses vorstellen.

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	22.01.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	WebEx Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade, Osamah Hamouda

### Teilnehmende:

- |                                  |                        |
|----------------------------------|------------------------|
| ! Institutsleitung               | ! FG37                 |
| ○ Lars Schaade                   | ○ Tim Eckmanns         |
| ○ Lothar Wieler, z.T.            | ! FG38                 |
| ! AL1/Abt. 1                     | ○ Ute Rexroth          |
| ○ Martin Mielke                  | ○ Maria an der Heiden  |
| ! AL3/Abt. 3                     | ○ Navina Sarma         |
| ○ Osamah Hamouda                 | ! IBBS                 |
| ○ Tanja Jung-Sendzik             | ○ Christian Herzog     |
| ! FG12                           | ○ Annegret Schneider   |
| ○ Annette Mankertz               | ! P1                   |
| ! FG14                           | ○ Esther-Maria Antao   |
| ○ Melanie Brunke                 | ○ Mirjam Jenny         |
| ○ Mardjand Arvand                | ! Presse               |
| ! FG17                           | ○ Ronja Wenchel        |
| ○ Djin-Ye Oh                     | ○ Marieke Degen        |
| ! FG21                           | ! ZBS1                 |
| ○ Wolfgang Scheida               | ○ Janine Michel???     |
| ! FG33                           | ! ZIG1                 |
| ○ Ole Wichmann                   | ○ Sarah Esquevin       |
| ! FG34                           | ! ZIG2                 |
| ○ Ruth Zimmermann                | ○ Charbel El Bcheraoui |
| ○ Viviane Bremer                 | ! ZIG3                 |
| ! FG35                           | ○ Roland Hassel        |
| ○ Kirsten Pörtner<br>(Protokoll) | ! BZGA                 |
| ! FG36                           | ○ Heidrun Thaiss       |
| ○ Walther Haas                   |                        |
| ○ Silke Buda                     |                        |
| ○ Stefan Kröger                  |                        |





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ggf. Modifizierung des KP-Managements wenn weitere Daten zu Impfstoffen und Transmissionen nach erfolgter Impfung vorliegen, bei Astra Zeneca gibt es Hinweise, dass es asymptomatische Infektionen gibt nach Impfung (also womöglich auch Virusausscheidung?), bei den mRNA-Impfstoffen gibt es bisher keine Daten dazu</li> </ul> <p><u>Re-Infektionen:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Re-Infektion nach Studienlage bei 13-18% (ohne Sequenzierung, nur pos. Testergebnis)</li> <li>○ Wird die Wahrscheinlichkeit von Re-Infektionen mit weiteren Mutationen steigen und sollten Genese, wenn sie KP1 sind daher in Quarantäne gehen?</li> <li>○ Welche Rolle spielen neue Varianten bei Re-Infektionen?</li> </ul> <p><u>Genesene vs. Geimpfte:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geimpfte sind prinzipiell homogener als Genesene, da es bei Genesenen deutlichere Unterschiede in Immunreaktion gibt</li> <li>○ Andere Länder handhaben Genesene und Geimpfte gleich im Gegensatz zu uns</li> <li>○ Ggf. individuelle Handhabung (z.B. HCW mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen)??</li> </ul> <p><u>Aktuelle Situation in Deutschland:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Krankheitslast ist weiterhin hoch und auch Genese nehmen zu</li> <li>○ Entlastung des Gesundheitssystems als Ziel und Vermeidung von schweren Erkrankungen</li> <li>○ Re-Infektion ist nicht klar definiert, mögliche Re-Infektionen werden teilweise in SurvNet dargestellt</li> <li>○ Zeitraum muss definiert werden für Immunität für Genese</li> <li>○ Bericht aus NRW: 3/5 Fällen mit Re-Infektion, auch symptomatische Verläufe bei Re-Infektion</li> <li>○ Wichtig wäre keine Aufweichung der Maßnahmen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, Schutz der Patienten steht im Vordergrund</li> <li>○ Zudem auch einheitliche, einfache KP-Empfehlungen wichtig, unabhängig von Sequenzierungsempfehlungen</li> </ul> <p><i>ToDo: Entwurf mit Abschaffung der bestehenden Empfehlung für Genesene und Vereinheitlichung, danach erneute Diskussion im Krisenstab kommende Woche (FG36)</i></p>	
--	---	--





	<p><i>verschoben um Presse an Freitagen zu entlasten</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ FAQs zu FFP2 und MNB werden überarbeitet (Presse, FG14)</li> <li>▪ Fortführung der händischen Liste der neuen Varianten bis SurvNet überarbeitet ist (Maria a. d. Heiden/N. Zeitlmann)</li> </ul>	
6	<p><b>Strategie Fragen</b></p> <p>a) <b>Allgemein</b> ! Modellierungsstudie (<b>mittwochs</b>)</p> <p>b) <b>RKI-intern</b></p>	Alle P4 (Brockmann)
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! keine</p>	Alle
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Astra Zeneca EMA-Zulassung ggf. Ende nächster Woche, 50 Mio. für Dtd. vorbestellt für nächsten 2 Quartale</li> <li>! STIKO sieht Wirksamkeit im höheren Alter als Problem, ggf. keine Empfehlung für Personen &gt; 60 LJ., Impfeempfehlung noch ausstehend</li> <li>! viele praktische Anfragen zu Impfungen (Impfungen von Genesenen, neue Varianten etc.),</li> <li>! Leitfaden für Pflegekräfte mit Fokus auf Impfung geplant</li> <li>! Aktualisierung der Impfverordnung in Vorbereitung</li> <li>! Hinweise zu Problemen bezgl. Protektion gegenüber brasilianischer Variante, UK Variante eher kein Problem</li> <li>! Akzeptanz in der Bevölkerung von Astra Zeneca bei schlechterem Schutz fraglich, Problem des 2-Klassen-Impfschutzes &amp; Kommunikationsproblem</li> </ul>	FG33/O. Wichmann
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! FG17: in virolog. Surveillance ca. 440 Einsendungen, davon xxx SARS-CoV-2 positiv, Sequenzierung läuft noch, zudem nachgewiesen Rhinoviren, Parainfluenza, keine Influenza</li> <li>! 200/675 (30%) SARS-CoV-2 positiv, gestern 3 neue B1.1.7 Varianten aus Neukölln (ob Reiseanamnese vorhanden ist unklar), mögliche Re-Infektion mit tödlichem Verlauf, Positiv-Nachweis bei einem Geimpften</li> </ul> <p><i>ToDo: Abteilung 3 benötigt perspektivisch Laborliste für Gesundheitsämter für Variantenerfassung (FG17/ZBS1)</i></p>	FG17  ZBS1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nichts Neues</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Siehe oben</li> </ul> </li> <li>! COVID-19/Obdachlosigkeit, Folien <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Hintergrund</u>: Anfragen bei nCoV-Lage:</li> </ul> </li> </ul>	FG36  FG34/FG38 N. Sarma, R.



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Meldedaten (§36 - Obdachlosenunterkünfte bisher nicht ausgewiesen)</li> <li>▪ Wunsch nach einheitlichen Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 bei Obdachlosen</li> <li>○ <u>Herausforderungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zurückhaltige Testung, da keine Quarantäne/Isolierungsmöglichkeiten und schwierige Testergebniskommunikation</li> <li>▪ Fehlende Hygiene/Testkonzepte /Empfehlungen</li> <li>▪ Obdachlosigkeit als Risiko für schweren Verlauf</li> </ul> </li> <li>○ Internationale Empfehlungen (z.B. CDC oder PHE) vorhanden</li> <li>○ RKI-Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 unter Wohnungslosen gewünscht???</li> </ul> <p><i>ToDo: Rücksprache mit Leitung bezüglich möglichen Empfehlungen/RKI-Publikationen/Partnerinstitutionen (z.B. Charité) (N. Sarma, R. Zimmermann)</i></p>	Zimmermann
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (<b>nur montags</b>)</p>	FG32 FG36
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Erfahrungen mit der neuen Einreise VO</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlreiche Einreisende an den Flughäfen ohne Dokumente, teilweise auch Flughäfen ohne Kontrollen, Ahndung von Verstößen</li> </ul> <p>! Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete&gt;&gt; Vertagung</p> <p><i>ToDo: Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete (FG38)</i></p>	FG38/Maria an der Heiden
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Umgang mit 08.03. (Feiertag Berlin) ausstehend</p> <p><i>ToDo: Umgang mit 08.03. (Feiertag in Berlin) (FG38)</i></p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 25.01.2021, 13:00</p>	

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 09.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
! Institutsleitung	o	Tim Eckmanns
o Lars Schaade	!	FG 38
o Lothar Wieler	o	Ute Rexroth
! Abt. 1	o	Petra v. Berenberg (Protokoll)
o Martin Mielke	!	MF4
! Abt. 3	o	Martina Fischer
o Osamah Hamouda	!	P1
o Tanja Jung-Sendzik	o	Mirjam Jenny
! FG12	!	P4
o Annette Mankertz	o	Susanne Gottwald
! FG14	!	Presse
o Melanie Brunke	o	Susanne Glasmacher
! FG17	o	Ronja Wenchel
o Ralf Dürrwald	o	Mareike Degen
! FG25	!	ZIG
o Christa Scheidt-Nave	o	Johanna Hanefeld
! FG 32	!	ZIG1
o Michaela Diercke	o	Sarah Esquevin
! FG34	o	Sofie Gillesberg Raiser
o Viviane Bremer	!	BZgA
! FG36	o	Heide Ebrahimzadeh- Wetter
o Stefan Kröger		
o Walter Haas		



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ SurvNet übermittelt: 3.705.942 (+3.254), davon 89.491 (+107) Todesfälle</li><li>○ 7-Tage-Inzidenz 21/100.000 Einw.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Zahl der aktiven Fälle sinkt</li></ul></li><li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 38.245.152 (46%), mit vollständiger Impfung 18.187.186 (21,9%)</li><li>○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Deutlicher Rückgang in allen Bundesländern auf eine 7-T-Inzidenz &lt;50</li><li>▪ Unterschiedliche Rückgangsgeschwindigkeit durch Feiertage/Testrückgang</li><li>▪ Weniger steiler Rückgang demnächst zu erwarten, wenn der Feiertageffekt entfällt</li></ul></li><li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz<ul style="list-style-type: none"><li>▪ LK Zweibrücken (einwohnerärmster Kreis) mit höchster 7-T-Inzidenz: 79 (entspricht jedoch nur 27 Fällen)</li><li>▪ Nur 13 Kreise &gt; 50</li><li>▪ Im Vergleich zur Vorwoche: 10.000 Fälle weniger bundesweit</li></ul></li><li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückgang in allen Altersgruppen sichtbar</li><li>▪ Am stärksten betroffen sind 10-14 Jährige (7-T-inz.Inz. 42) und 15-19 Jährige (7-T-Inz. 43)</li><li>▪ 75-84 Jährige im einstelligen Bereich</li></ul></li><li>○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nach Plateau in KW 17 jetzt weiterhin leicht rückläufig</li></ul></li></ul>	FG32 (Diercke)
		Abt 3 ( Hamouda)

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Kommentar: Trotz &gt; 40% Rückgang sollte das Plateau in der BL-Übersicht im Auge behalten werden</li></ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Testzahlen und Positivquote<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl durchgeführter Tests 871.457, davon 27.201 positiv, weniger Tests durch Feier- und Brückentag</li><li>▪ Positivenanteil geht deutlich zurück, nun bei 3,1%.</li><li>▪ Glockenkurve des Positivenanteils spricht für realen Rückgang, auch die geringere Auswirkung des Feiertags i. Vgl. zu Pfingsten</li></ul></li><li>○ Auslastung der Kapazitäten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kapazität unverändert, Abfrage nach Rückstau und Lieferengpässen wurde eingestellt</li></ul></li><li>○ Testzahlerfassung-VOC<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Delta (B1.617.2): Anstieg von 2 auf 3 % (225 auf 377 Fälle) bei den Sequenzierungen</li><li>▪ In D vergleichsweise geringer Anteil, in UK 40-50%, wird dort die vorherrschende Variante werden</li></ul></li><li>○ AG-POCT in Einrichtungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nur noch 10.000 Tests gemeldet aus 50 (von geschätzten 20.000) Testeinrichtungen in denen hochgerechnet wohl etwa 1,8 Mio Tests durchgeführt wurden</li></ul></li><li>○ Diskussion<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Frage M. Mielke: U.a. in Altersgruppe 15-19 wurden die höchsten Inzidenzen berichtet, wo wurden diese detektiert? Screening? Arztbesuche?</li></ul></li></ul> <p><i>ToDo: Antwort an M. Mileke aus ARS-Daten wird nach der Sitzung kommuniziert</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Trotz Rückgang - im Vergleich zum letzten Jahr derzeit noch deutlich mehr Fälle</li><li>▪ Frage: Kann die Zunahme von Delta, falls kein Bias vorliegt, als exponentielles Wachstum auf niedrigem</li></ul>	<p>Eckmanns</p> <p><i>M. an der Heiden</i></p> <p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	--	---

	<p>Niveau bezeichnet werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringer Bias ist nicht auszuschließen, der Trend ist jedoch deutlich</li> <li>▪ Frage: Wie würde eine Modellierung entsprechend der bereits für B.1.1.7 angelegten, bezügl. Anstieg für Delta aussehen?</li> <li>▪ M. Meyer-Herrmann befürchtet Anstieg und hält Risikorückstufung für verfrüht</li> <li>▪ Einwand: Der Anteil steigt auch durch die sinkende Gesamtzahl der Fälle, auch die veränderte Testzahlerfassung (einige Labore haben jetzt umgestellt) hat daran einen Anteil</li> <li>▪ Folien zum VOC-Bericht (<a href="#">hier</a>) zeigen:                   In den letzten 2 Wochen Anstieg von Delta in der Stichprobe, auch in allen Sequenzierungen, Fallzahl für die anderen Varianten schwankt                   Gesamtanteil der VOC und VOI steigt kontinuierlich</li> <li>▪ Situation in UK ist beunruhigend, dort wurde jedoch früher und drastischer geöffnet</li> <li>▪ Auch ein Ausbruch in einem KH in Finnland trotz Schutzmaßnahmen und Impfung ist besorgniserregend</li> </ul> <p><i>ToDo: Modellierung (entsprechend B.1.1.7) soll für Delta berechnet werden</i></p> <p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In den meisten BL deutlicher Rückgang des Positivenanteils</li> <li>▪ Einige BL ohne Rückgang in Beobachtung: SL, RP, BW</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Teste und Positivenanteil nach Organisationseinheit                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Testung in Arztpraxen 50% unter Vorwochenniveau</li> <li>▪ Kaum Rückgang in KH</li> <li>▪ An allen Orten Rückgang des Positivenanteils</li> </ul> </li> <li>○ Monatsbericht vom 08.06.2021(gesamter Pandemieverlauf)                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gipfel des Positivenanteils in 2. und 3. Welle gleich</li> </ul> </li> </ul>	<p>Rexroth</p> <p>Mielke</p>
--	--	------------------------------



	<p>hoch</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile pro Monat<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Positivenanteil über den gesamten Pandemieverlauf: deutlicher Rückgang in allen BL</li></ul></li><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl Testungen bei Kindern geht zurück, &gt;80 Jährige wurden am häufigsten getestet</li><li>▪ Kurven (Anzahl positive Testungen und Positivenanteil) zeigen: Die &gt;80 Jährigen spielen in der 3. Welle keine Rolle, die 60-80 Jährigen waren weniger betroffen, 3. Welle dadurch und durch Impfung schwächer</li></ul></li><li>○ Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kaum KH-Ausbrüche in der letzten Woche</li><li>▪ Auch Ausbrüche in AH gehen zurück (etwa 40)</li></ul></li><li>○ Diskussion:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Thema aus EpiLag: MV fragt, ob/wann angesichts des niedrigen Positivenanteils, des geringen Anteils positiv PCR-bestätigter AG-Tests und der bei niedriger Inzidenz zu erwartenden, falsch positiven Ergebnisse auf das flächendeckende Testen verzichtet werden sollte</li><li>▪ War bereits Thema im Dialog mit BGM, als Diskussionsgrundlage wurde eine Liste von Fragestellungen entworfen, die die breite Anwendung der Tests in Frage stellen</li><li>▪ Pos. Nebeneffekte: Die Tests erhöhen die Awareness, Risikoverhalten könnte potentiell erkannt werden</li><li>▪ In Frankreich werden AG-Tests erfasst und in den nat. Fallzahlen berichtet, dort konnten max. 50% der pos. Ergebnisse durch PCR bestätigt werden</li><li>▪ Insgesamt ist die differenzierte Haltung des RKI zur AG-Testung richtig (gewesen)</li><li>▪ Gibt es Settings, in denen weiterhin getestet werden soll? Welche?</li><li>▪ Hinweis auf Bericht zur AG-Testung 7/2020 und EPiBull 17/2021, Testung bis Pandemieende dort, wo Schutzmaßnahmen nicht vollumfänglich durchgeführt werden können und kein ausreichender Schutz durch</li></ul></li></ul>	<p>FG 36 (Haas)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	--

	<p>Impfung besteht, Schulen und KiTas (bevorzugt Lolli-Pooltests), bei KH-Aufnahme, betriebliche Testung nach betriebsärztlicher Gefährdungsbeurteilung (z.B. Erntehelfende)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ W. Haas als Mitglied der WHO Technical Advisory Group „Save Schooling“: Dort wird die Testempfehlung überarbeitet, Support durch WHO-Empfehlungen können RKI-Empfehlungen unterstützen</li> <li>▪ Unterstützung durch Abt. 1 wird asudrücklivh begrüßt</li> <li>▪ Frage: Pooltests auch für Studierende?</li> <li>▪ Studierende sind hoffentlich bald geimpft, Selbsttestung gut machbar, Qualitätsunterschiede der Tests sollte kommuniziert werden</li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate liegt auf dem Vorjahresniveau, wesentlich niedriger als in den vorausgegangenen Jahren</li> <li>▪ ARE gesamt: Deutliche Anstiege bei 0-4 und 5-14 Jährigen</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichter Rückgang, 350 Kons./100.000 EW</li> <li>▪ Anstieg bei 0-4 Jährigen, alle anderen AG stabil oder rückläufig</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesamtentwicklung bei KH-Aufnahmen rückläufig</li> <li>▪ In allen AG sinkt die Anzahl der SARI-Fälle</li> <li>▪ Anteil COVID-SARI-Fälle bei KH Aufnahmen unter 50%</li> <li>▪ COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung rückläufig</li> <li>▪ Schwere der Erkrankung in 3. Welle vergleichbar zur 2. Welle</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KiGa/Hort: 44 Ausbrüche</li> </ul> </li> </ul>	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kleinere Geschehen, etwa 3Fälle/Ausbruch, Kinderanteil bei 60%, Erwachsenenanteil rückläufig</li><li>▪ Schulen : 34 Ausbrüche /Woche, insbes. jüngere (6-10 Jährige) und ältere SchülerInnen betroffen, mittleres Alter weniger</li></ul> <p>! <b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW 22 (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 103 Einsendungen aus 31 Praxen, derzeit konstant 100 Einsendungen/Woche</li><li>○ Mit Lockerung 4/2021 Anstieg bei 0-4 Jährigen, in KW 22 leichter Rückgang</li><li>○ Anstieg bei 5-15 Jährigen</li><li>○ Rhinoviren stabil (25-30%), hauptsächlich 0-4 und 5-15 Jährige</li><li>○ Parainfluenzaviren: leichter Rückgang</li><li>○ RSV: keine Nachweis</li><li>○ SARS-CoV-2: 2. Woche kein Nachweis</li><li>○ Kein Influenzavirennachweis</li><li>○ Saisonale Coronaviren:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ NL63: Starker Anstieg, bes. 0-4 Jährige, auch andere AG &lt; 60 Jahre</li><li>▪ OC43 leicht rückläufig</li></ul></li><li>○ Sars-CoV-2: in Arztpraxen geringe Quote, spielt dort keine große Rolle</li><li>○ Diskussion:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kann man noch von Community Transmission sprechen, wenn Sars-CoC-2 unter der Sentinel-Nachweisgrenze liegt?</li><li>▪ Dies allein ist kein Argument gegen CT</li><li>▪ Ausbrüche in Schulen und KiGä sprechen für diffuses Geschehen, es kann noch nicht davon ausgegangen werden, dass keine unbemerkten Übertragungen in der Bevölkerung geschehen</li></ul></li></ul>	
--	--	--

	<p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktuell werden 1.609 Patienten behandelt, 539 weniger im Vergleich zur Vorwoche</li> <li>▪ In allen BL steiler Abfall</li> </ul> </li> <li>○ Belastung der Intensivmedizin             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen BL geht die ITS Belegung zurück auf Stufe 2 (&lt;12%)</li> <li>▪ In der nördl. Gruppe SA, NS,MP,BB &lt;5%, in SH &lt;3% (Basisstufe)</li> <li>▪ In Mitte und Süden Stufe 2</li> </ul> </li> <li>○ Altersstruktur (1535 Fälle = 90%)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-14 und 15-49 Jährige: 36,8%</li> <li>▪ In allen AG Rückgang, stark bei 70-79 Jährigen, etwas geringer bei 60-79 Jährigen</li> <li>▪ Abnahme in allen Altersgruppen</li> </ul> </li> <li>○ Belegung und Belastung             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesamtbelegung, Beatmungs- und ECMO-Fälle rückläufig</li> <li>▪ Dennoch: Anzahl ECMO nur knapp unter dem Peak der 2. Welle</li> <li>▪ Anteil COVID-Fälle sinkt</li> <li>▪ Freie Kapazitäten nehmen zu</li> <li>▪ Verfügbarkeit und regulärer Betrieb zunehmend</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen Kleeblättern weiter Trend nach unten</li> <li>▪ Anpassungen bei Modellierung durchgeführt, die die lange Liegezeit der schweren Fälle berücksichtigt</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b>  <b>! Nicht besprochen</b></p>	



<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Neu seit letzter Woche unter <a href="https://www.infektionsschutz.de">Infektionsschutz.de</a>: FAQs und Informationen zur Impfung</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Corona Prävalenzstudie zeigt: 1,8 mal so viele Fälle wie nach IfSG gemeldet, Faktor 2 ist ein gutes Ergebnis (geringe Untererfassung)</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! Frage: Auch in der Basisstufe des ControlCovid Papiers sind Maßnahmen vorgesehen, warum gibt es keine maßnahmenfreie Stufe?</p> <p>! Aus der Krisenkommunikationstheorie: Menschen gewöhnen sich an hohe Zahlen, es sollte bildhaft dargestellt werden, z.B. „Wöchentlich sterben immer noch so viele Menschen an Covid, wie bei einem Flugzeugabsturz“</p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Glasmacher)</p> <p>P1 (Jenny)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage aus EpiLAG: Ist eine Meldepflicht für Long Covid sinnvoll? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Präzise klinische Falldefinition steht noch aus, keine Biomarker, bisher nur grobe Einteilung</li> <li>▪ Wurde auch im neu gegründeten interministeriellen AK thematisiert</li> <li>▪ Meldepflicht sollte zu Maßnahmen führen, das ist hier nur eingeschränkt gegeben, allerdings: Versorgungsbedarf liegt vor, SSPE nach Masern wird auch gemeldet</li> <li>▪ Die DGPI hat ein Register für Long Covid eingerichtet</li> <li>▪ Zusammenfassend: Klinische Register sind die geeignete Stellen für die Datensammlung (klin. Versorgungsforschung)</li> </ul> </li> <li>○ Zahlreiche Anfragen des ÖGD und Primärversorgender Ärzte zu Genesenzertifikat (über AGI, LZ, EpiLag) und zu klein.-epidemiolog. Infektionsnachweis</li> </ul>	<p>Alle (Rexroth)</p> <p>FG 14</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Noch alles im Fluss: Wer stellt Zertifikate aus, wie wird die Vergütung geregelt etc.</li> <li>▪ PCR soll weiterhin Voraussetzung für Genesenzertifikat sein, alles andere aus RKI-Sicht nicht ausreichend belegt</li> </ul> <p>○ Befürwortet das RKI CO2 Ampeln in Klassenräumen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hierzu gibt das UBA sehr gute Informationen, soll FAQ entsprechend ergänzt werden?</li> <li>▪ Befürwortung durch FG 36</li> <li>▪ Auch RKI nutzt CO2 Messgeräte, als Ergänzung zu anderen Maßnahmen</li> </ul> <p><i>ToDo: Ergänzung der FAQ</i></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Brunke</p> <p><i>Brunke</i></p>
<b>7</b>	<b>Dokumente (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ○ Nicht besprochen	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG37
<b>12</b>	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle



<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 11.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende:** 12:48 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 11.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

- |                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Stefan Kröger           |
| o Lothar H. Wieler   | ! FG37                    |
| o Lars Schaade       | o Tim Eckmanns            |
| o Esther-Maria Antão | o Sebastian Haller        |
| o                    | ! FG38                    |
| ! Abt. 1             | o Ute Rexroth             |
| o Annette Mankertz   | o                         |
| ! Abt. 3             | ! IBBS                    |
| o Osamah Hamouda     | o Michaela Niebank        |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! ZBS1                    |
| ! FG11               | o Livia Schrick           |
| o Sangeeta Banerji   | o Marica Grossegeesse     |
| (Protokoll)          | ! P1                      |
| ! FG14               | o Esther-Maria Antão      |
| o Melanie Brunke     | o Ines Lein               |
| ! FG17               | ! Presse                  |
| o Djin-Ye Oh         | o Ronja Wenchel           |
| ! FG21               | o Maud Hennequin          |
| o Wolfgang Scheida   |                           |
| ! FG32               | ! ZIG                     |
| o Michaela Diercke   | o Johanna Hanefeld        |
| ! FG33               | ! ZIG1                    |
| o Ole Wichmann       | o Sarah Esquevin          |
| ! FG34               | o Anna Rohde              |
| o Viviane Bremer     | o Sofie Gillesberg Raiser |
| o Ruth Offergeld     | ! BZgA                    |
| ! FG36               | o Martin Dietrich         |
| o Silke Buda         |                           |





	<p>davon 89.687 (+102) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 19/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 39.539.170 (47,5%),  mit vollständiger Impfung 20.648.461 (24,8%)  Indikatorbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alle Indikatoren zeigen einen Rückgang: Rückgang der 7-d-Inzidenz, Abnahme der Inzidenz bei ü80 Jährigen</li> </ul> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Alle BL nähern sich einander stark an: alle &gt; 50/100.000 Einw., nur 12 LK mit Inzidenz &gt;50/ 100.000 Einw. (Schweinfurt mit höchster Inzidenz)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sterbefallzahlen: vergleichbar zu Vorjahren</li> </ul> <p>Frage: Preprint zu Übersterblichkeit bekannt (erwähnt von Karl Lauterbach)?  Antwort: nicht bekannt.  (Anmerkung im Protokoll durch Protokollantin: Link zum Preprint:  <a href="https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250604v3">https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.01.27.21250604v3</a>)</p> <p>Frage: Wann wird Indikatorbericht veröffentlicht?  Antwort: Es besteht Klärungsbedarf hinsichtlich IT-Sicherheit. (Info Ronja Wenchel)</p> <p>Diskussion: Soll Indikatorbericht dem BMG zur Verfügung gestellt werden und im Gegenzug erfolgt Lagebericht nur noch wöchentlich oder alternativ eine tägliche automatisierte verkürzte Version?</p> <p><b>ToDO:</b> <i>interner Konsens darüber, wie zukünftig mit Lagebericht umgegangen werden soll (Abt. 3. Krisenstabmanagement, Ute Rexroth)</i></p> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)  ARS-Daten  (nicht berichtet)  Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)  Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)</p> <p>! <b>Update SeBluCo</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Serosurveillance von Sars-CoV-2 mit Hilfe von Vollblutproben von Blutspenderinnen</li> <li>○ Ergebnis: 115.085 Proben untersucht mittels IgG ELISA Euroimmun, davon 4,5% positiv</li> <li>○ Probleme mit sehr hoher Chargenvariabilität, was zu hoher Rate an Falschpositiven führte</li> </ul>	<p>Ruth  Offergeld</p>
--	--	----------------------------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weitere Analysen wurden dann mit nur einer Charge und einem Gerät durchgeführt, um Falschpositivenrate zu minimieren</li> <li>○ Diskriminierung von natürlichen AK zu Impfantikörpern gelang mit bisheriger Analyse nicht, aber soll nun mit einem anderen ELISA (Roche-NCP-ELISA) bis Mitte Juli durch Kooperationspartner durchgeführt werden.</li> <li>○ Ausblick: Die Fortsetzung der Studie wird erwogen, insbesondere müssen zukünftige Fragestellungen geklärt werden. DRK kommt als möglicher Partner in Betracht.</li> </ul> <p>Frage: Anti N- Kreuzreaktivität mit saisonalen CoV? Antwort: Nein</p> <p><b><i>ToDo: Fortsetzung der Studie ausdrücklich erwünscht! Fragestellung zum Antikörper Waning ist von besonderem Interesse! (Ruth Offergeld)</i></b></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Mission Montenegro befindet sich in der Nachbereitung</p> <p>Mission Namibia in Zusammenarbeit mit FG38 gestaltet sich schwierig, da wahrscheinlich bald zu Virusvariantengebiet erklärt wird</p> <p>Austausch mit Irak (im Rahmen SEEG Mission) zur Bioinformatik mit Unterstützung durch MF2 und P5</p>	Johanna Hanefeld
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (Dokument <a href="#">hier</a>) Änderungen im Dokument bezüglich VOC Bezeichnung. Impfung, Priorisierung, Auslastung des Gesundheitswesens und Reisen. Insbesondere der Punkt Reisen/ Mobilität wurde intensiv diskutiert und eine Formulierung gesucht, die der aktuellen Lebenswirklichkeit angepasst ist, aber trotzdem keine Ermunterung zum Reisen darstellt.</p> <p>Anmerkung von Johanna Hanefeld: In AG-Testung wird am kommenden Dienstag der Punkt erhöhte Mobilität im Sommer diskutiert</p> <p>Frage: Sollte in international. Lage vorgestellte ECDC Einteilung für Bevölkerungsgruppen in Deutschland angewendet und kommuniziert werden, um Impfbereitschaft zu erhöhen?</p>	Abt. 3

	<p>Entscheidung: Aktuell ist eine einheitliche Einschätzung für alle von größerem Vorteil und stärkt die Solidarität, aber eventuell in einem weiter fortgeschrittenen Stadium der Impfkampagne sinnvoll!</p> <p><b>ToDo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Alte Formulierung zum Reisen raussuchen und an Frau Rexroth schicken (Hanefeld)</i></li> <li>2. <i>Papier soll heute zirkuliert und am Montag veröffentlicht werden (Rexroth)</i></li> <li>3. <i>Kommunikation „Sicher reisen in 6 Punkten“ (Ines Lein und ZIG)</i></li> </ol>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Erarbeitung einer Sprachregelung zur Problematik im Zusammenhang mit der fehlerhaften Meldung von Intensivbetten</p> <p>Anmerkung Krisenstab: Es ist eine Publikation im Ärzteblatt von RKI + DIVI über die Auslastung der Intensivbetten in Arbeit</p> <p><b>ToDo:</b> <i>Sprachregelung bitte an Krisenstab kommunizieren! (Ronja Wenchel)</i></p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA</p> <p>Ronja Wenchel</p> <p>P1</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Erlass Bundesverfassungsgericht über BMG: Fragenkatalog zur Rolle von Kindern (Schulen/Kita) im Infektionsgeschehen. Frist: 16.6.21</p> <p>Vorschlag: Zur Beantwortung auf bestehende Leitlinien, z.B. S3-Leitlinien verweisen</p> <p><b>ToDo:</b> <i>Fragenkatalog in mehrere Einheiten teilen und an geeignete OEs/Personen verteilen (Ute Rexroth)</i></p>	<p>Ute Rexroth</p>



<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Begleitkommunikation/ Entscheidungshilfe zur Kinderimpfung veröffentlicht  Aktualisierter Aufklärungsbogen zur Zulassungserweiterung für Kinder veröffentlicht  Seit 1 Woche dürfen auch Betriebsärzte impfen  Digitaler Impfpass CovPass freigeschaltet  BMG: Start einer auf 2 Jahre angelegten Multicenter Studie zur Untersuchung der Schutzdauer der COVID Impfung  Noch keine ausreichenden Daten zur Auffrischungsimpfung</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Weitere Nebenwirkungen bei AstraZeneca: Guillain-Barré-Syndrom, Capillary Leak Syndrome</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>am 10.06.21 aktualisierte Empfehlung veröffentlicht  STIKO empfiehlt noch Priorisierung von bestimmten Gruppen, das wird demnächst evaluiert, Risikoabschätzung für Schwangere</p> <p>Frage: Charité-Studie zeigt Impfdurchbrüche in Altersheimen eine Woche nach der Zweitimpfung. Kann Auffrischungsimpfung für Hochbetagte trotz fehlender Evidenz empfohlen werden, weil Studie den Verdacht einer unzureichenden Immunantwort bei dieser Gruppe weckt?</p> <p>Antwort: Regulatorische Empfehlung möglich, STIKO empfiehlt evidenzbasiert und vollständige Immunisierung wird eine Woche nach Zweitimpfung noch nicht angenommen.</p>	<p>Ole Wichmann</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 411 Proben, davon:  5 SARS-CoV-2  88 Rhinovirus  30 Parainfluenzavirus  85 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)  0 Metapneumovirus  0 Influenzavirus  2 RSV</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW 23 bisher 222 Proben, davon 42 positiv auf SARS-CoV-2 (19%)  SEBluco: 233 Proben für PCR und 404 für Serologie</p> <p>Hinweis durch Krisenstab: Bei weiterhin so niedrigen Raten kann ab</p>	<p>FG17</p> <p>Livia Schrick</p>

	Samstag die Testung eingestellt werden.	
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  <a href="#">monoklonale Antikörper gegen SARS-CoV-2 mit dem Namen Etesevimab ab KW 24 in Uni-Klinik-Apotheken vorrätig, therapeutischer Kombinationspartner zu Bamlanivimab</a> <del>monoklonale Antikörper gegen SARS-CoV-2 mit dem Namen Etesevimab für Apotheken vorgesehen</del> Englische Übersetzung von STAKOB Therapiehinweisen erstellt	<a href="#">IBBS-ZBS7</a>
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  (nicht berichtet)	FG14
12	<b>Surveillance</b>  (nicht berichtet)	
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  Am 9.6.21 ist neue Einreiseverordnung in Kraft getreten mit Ausnahmeregelungen für hochrangige Staatsbedienstete und akkreditierte Sportveranstaltungen Trotz Wunsch vieler GA: Keine Testpflicht nach 14-d-Quarantäne!  Frage: Warum erfolgt keine Überprüfung der Einreisenden an Flughäfen? Antwort: Poster zur Information von Einreisenden über geltende Maßnahmen und Empfehlungen hängen an Flughäfen, aber Kontrolle der Einreisenden erfolgt durch GA aufgrund der DEA Meldung. Es folgte eine Diskussion zu den unterschiedlichen Corona Verordnungen der BL und der Möglichkeit des Maßnahmen-Monitoring. Fazit: Maßnahmen-Monitoring nicht Aufgabe von RKI. Universität Bielefeld hat gutes Monitoring Konzept. Weitere Informationsquellen dafür: ADAC, Darf-ich-das-App  <i><b>ToDo:</b> Organisation eines Kurzvortrags zu diesem Thema im Krisenstab durch einen Experten der Maßnahmen-Monitoring Gruppe der Universität Bielefeld. (Bremer)</i>	Ute Rexroth
14	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  IFG-Anfrage zur Einsicht in Krisenstabsunterlagen. Rechtsreferat sagt, Krisenstab soll darüber entscheiden! Krisenstabsentscheidung: Krisenstabsunterlagen inkl. Agenda sind vertraulich und Verschlussache!  250. Krisenstabssitzung! <a href="#">Virtuelles Anstoßen!</a>	Ute Rexroth
15	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle





<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 16.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

**Ende: 13:00 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 16.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
! Institutsleitung	o	Muna Abu Sin
o Lars Schaade	!	FG 38
! Abt. 3	o	Ute Rexroth
o Tanja Jung-Sendzik	!	MF4
o Janna Seifried	o	Martina Fischer
! FG12	!	P1
o Annette Mankertz	o	Christina Leuker
! FG14	o	John Gubernath
o Melanie Brunke	!	P4
! FG17	o	Susanne Gottwald
o Ralf Dürrwald	!	Presse
! FG 32	o	Ronja Wenchel
o Michaela Diercke	o	Marieke Degen
! FG34	o	Susanne Glasmacher
o Matthias an der Heiden	!	ZIG1
o Andreas Hicketier	o	Regina Singer
o Andrea Sailer (Protokoll)	!	BZgA
! FG36	o	Heide Ebrahimzadeh- Wetter
o Stefan Kröger		
o Silke Buda		
o Kristin Tolksdorf		





	<p>ca. 80 Jahren.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückgang in den letzten Wochen</li><li>▪ In der 3. Welle hat der Anteil der übermittelten Todesfälle im Vergleich zur 2. Welle deutlich abgenommen.</li></ul></li><li>○ Warum hat Brandenburg in der letzten Woche dreimal negative Zahlen übermittelt?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Brandenburg hat umfangreiche Qualitätskontrollen durchgeführt (wurde vorher angekündigt). Dabei wurden Doppelmeldungen wieder abgezogen.</li></ul></li></ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Testzahlen und Positivquote<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Wieder weniger Testungen (knapp über 800.000), Positivenanteil weiter auf 2,3% gesunken.</li></ul></li><li>○ Auslastung der Kapazitäten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Immer noch ca. 2 Mio. Testungen pro Woche möglich.</li><li>▪ Im Moment noch Empfehlung die Testkapazität weiterhin vorzuhalten.</li></ul></li><li>○ Testzahlerfassung-VOC<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Abfrage erfolgt nur noch alle 2 Wochen</li></ul></li><li>○ AG-POCT in Einrichtungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Testungen haben massiv abgenommen. Stationäre Pflege übermittelt weniger.</li><li>▪ Letzte Woche war kein Antigentest positiv.</li><li>▪ Der Wunsch besteht nach Veröffentlichung eines letzten Artikels diese Abfrage einzustellen.</li></ul></li><li>○ Ist die Abfrage noch nötig, da sie einen großen Zeitaufwand erfordert?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Die Abfrage war sinnvoll, seit Wochen jedoch sehr viel weniger Übermittlungen.</li><li>▪ POCT-Abfrage kann eingestellt werden, da weniger Einrichtungen testen und ihre Daten übermitteln.</li></ul></li></ul>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	--

	<p>Dadurch ist die Abfrage weniger aussagekräftig.</p> <p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach BL<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Deutlicher Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil.</li></ul></li><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dasselbe Bild wie in den letzten Wochen, &gt;80 Jährige haben die niedrigsten Positivenanteile, Schüler die höchsten.</li><li>▪ Bei 80+ Jährigen wird noch am häufigsten getestet.</li></ul></li><li>○ Testungen nach Abnahmeort und Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Deutlicher Rückgang der durchgeführten Testungen in Arztpraxen, geringerer Rückgang in KH und anderen Einrichtungen.</li><li>▪ Bei 60-79 und 80+ Jährigen Testentnahme in erster Linie in Krankenhäusern.</li></ul></li><li>○ Ausbrüche Altenheime und med. Einrichtungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Weiterhin deutliche Abnahme in letzten Wochen.</li></ul></li></ul> <p><b>! Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ GrippeWeb<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In KW 22 gestiegene ARE-Raten sind wieder gesunken, noch ca. 1.600 ARE/100.000 Einw.</li></ul></li><li>○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Konsultationsinzidenz im Vergleich zur Vorwoche angestiegen, in allen AG aber vor allem bei Kindern.</li><li>▪ Höher als zur gleichen Zeit 2020</li></ul></li><li>○ ICOSARI-KH-Surveillance<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In den meisten Altersgruppen positive Entwicklung.</li><li>▪ Bei 0-4 Jährigen sind SARI-Fallzahlen gestiegen.</li><li>▪ Seit KW 16 kontinuierlicher Rückgang des Anteils COVID an SARI-Fällen.</li><li>▪ Kein weiterer Rückgang des Anteils COVID an SARI-</li></ul></li></ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ OC43: nach wie vor &gt; 5%</li> <li>▪ Keine Nachweise der anderen beiden Coronaviren</li> </ul> <p><b>! Delta-Variante in Deutschland, Stand und Modellierung</b>                  (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die B.1.617.2 Delta-Variante wurde erstmalig in KW 11 nachgewiesen, seitdem 1.305 Fälle (ca. 3%) im IfSG und 1.125 Sequenzen (ca. 6%) im DESH.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit KW 11 logarithmischer Anstieg der Variante</li> <li>▪ Anteil Fälle mit Exposition im Ausland weiterhin sehr gering, aber von vielen Fällen keine Angaben zum Expositionsort.</li> <li>▪ Wenn Expositionsort Ausland, dann wurde am häufigsten Indien und Italien genannt.</li> <li>▪ Anteil Hospitalisierungen ist bei Delta leicht höher als bei anderen Varianten.</li> <li>▪ Anteil von Delta bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist etwas höher als bei übrigen Altersgruppen.</li> </ul> </li> <li>○ Modellierung der Anteile von VOC in der 3.Welle                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von KW 11 bis 22, eine Extrapolation für eine oder zwei Wochen erscheint möglich.</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der wöchentlichen Fallzahlen nach Variante                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang von B.1.1.7 am stärksten, da dominante Variante.</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der wöchentlichen Anteile nach Variante                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil von B.1.1.7 ist relativ konstant.</li> <li>▪ Anteil von Nicht-VOC leicht rückläufig.</li> <li>▪ Anteil von Delta steigt an.</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der wöchentlichen Anteile (logarithmisch)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil B.1.617.2 steigt noch leicht, Daten aus KW 23 sind noch nicht eingegangen.</li> <li>▪ Noch steigender, wenn auch geringer Anteil von P1</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der wöchentlichen Fallzahlen (logarithmisch)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang von B.1.1.7</li> </ul> </li> </ul>	<p>Schaade</p> <p>Seifried</p>
--	--	--------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Delta verhält sich relativ stabil.</li><li>○ Weitere Entwicklung hängt von Maßnahmen und Impfungen ab.</li><li>○ Mit Publikation der Modellierung noch mind. eine Woche warten. Trend ist noch nicht absehbar.</li><li>○ Relativer Anteil der Delta-Variante steigt, bei Unvorsichtigkeit könnten Fallzahlen wieder steigen.</li><li>○ In VOC-Bericht schreiben, dass Delta-Variante zunimmt.</li> <li>! <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</li><li>○ COVID-19-Intensivpflichtige<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1.136 Patienten werden noch behandelt.</li><li>▪ Auch starker Rückgang der Todeszahlen</li></ul></li><li>○ Belastung der Intensivmedizin<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Trend des Rückgangs setzt sich in allen BL fort, nur in SH Stagnation.</li><li>▪ Mittlerweile 4 BL in Stufe 1 und 7 BL in Stufe 2</li></ul></li><li>○ Altersstruktur<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Alter von 1.070 Patienten (88%) übermittelt</li><li>▪ Median weiterhin bei 60-69 Jährigen</li><li>▪ Rückgang bei 80+ Jährigen</li><li>▪ Zunahme des prozentualen Anteils bei 50-59 Jährigen</li></ul></li><li>○ Belegung und Belastung<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Starker Rückgang in Belegung</li><li>▪ Entspannung bei Betriebssituation</li></ul></li><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückläufiger Trend in allen Kleeblättern prognostiziert</li></ul></li> <li>! Ergänzung aus Epilag: von vielen BL Ausbrüche mit Delta-Variante ohne Reiseanamnese geschildert.</li><li>○ Ausbrüche sind aufgrund von niedrigen Fallzahlen wieder</li></ul>	
--	---	--

	<p>leichter nachzuverfolgen.</p> <p>! Starker Wunsch nach Deeskalation der Maßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch in Pflegeheimen besteht der Wunsch auf Testen zu verzichten.</li> <li>○ Wann wird Infektionsschutz wieder in die Hände der Menschen gelegt? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn wir in der Basisstufe sind.</li> <li>▪ Beibehaltung von Maßnahmen bis alle ein Impfangebot bekommen haben.</li> </ul> </li> </ul> <p>-&gt; Verweis auf ControlCOVID mit Deeskalationsstufen</p> <p>! Wunsch von Diagnostikseite noch nicht impfbare Kinder mit PCR-Pooltests zu screenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlung sollte nochmal zu Papier gebracht werden.</li> <li>○ Veröffentlichung in Teststrategie, wenn sich BMG überzeugen lässt.</li> <li>○ Kritik an PCR-Pooltests in AGI (v.a. aus SH): Ergebnisse kommen zu spät für Maßnahmen, sind teurer als Antigenteste, lieber Primärprävention durch Masken.</li> <li>○ Kritik nicht nachvollziehbar. Ergebnis kommt taggleich, bei Einzelnachtestung des Pools am Folgetag. Ab einer Poolgröße von 15 ist der Preis günstiger als Antigentests.</li> <li>○ Kein Entweder-Oder, weiter Primärprävention + Testen</li> </ul> <p><i>ToDo: als Kasten im EpiBull aufnehmen, <b>FF Seifried?</b>! ID 3807</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG21</p>



	<p>sind Masken wichtig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei P1 ist ein Flyer in Arbeit: Wie komme ich sicher durch den Sommer? Solidargedanke steht im Vordergrund.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Maske vor allem drinnen und auch draußen, wenn kein Abstand eingehalten werden kann.</li> </ul> </li> <li>○ Wird Bestandteil in nächster BPK sein. Es wäre gut, wenn die Pressestelle bis Freitag etwas Schriftliches hätte.</li> <li>○ Die Pressestelle schaut sich die entsprechende FAQ an.</li> <li>○ FAQ, Flyer, Tweets und Beiträge auf Instagram nach BPK sind in Vorbereitung.</li> </ul> <p>! Info aus Bayern: LGL macht intensivierete Surveillance und hat um Mithilfe gebeten. Hat Herdkennung dafür angelegt.</p>	<p>Rexroth</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! In AGI nächste Woche sollen Strategien diskutiert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wann endet die Pandemie?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mindestvoraussetzung: wenn alle ein Impfangebot erhalten haben.</li> </ul> </li> <li>○ Soll am Freitag diskutiert werden.</li> <li>○ Abwarten des Winters sinnvoll.</li> <li>○ Papier: Perspektive Herbst Winter ist in Arbeit, wie ist der Stand?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Morgen früh finale Abstimmung</li> <li>▪ Papier wurde vom Ministerium bestellt und soll anschließend in einer Expertenrunde im BMG diskutiert werden.</li> <li>▪ Papier sollte Grundlage für Diskussion mit Ländern sein, sollte den Ländern aber noch nicht nächste Woche zur Verfügung gestellt werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Mitglieder der internen Arbeitsgruppe sollen nächste Woche an AGI teilnehmen.</i></p>	<p>Alle</p>

	<b>b) RKI-intern</b>	
<b>7</b>	<b>Dokumente (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	ZBS1 / FG17
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! Krankenhäuser fragen an, ab wann sie lockern können. ○ Antwort: Können noch keinen Zeitpunkt nennen. ○ Wenn alle die Gelegenheit zur Impfung hatten? Reicht das aus um alle Maßnahmen zu lockern? ○ Sehr heterogenes Verhalten in KH, was Screening von Personal angeht. <i>ToDo: FG37 sieht sich alle Dokumente hierzu nochmal an.</i>	
<b>12</b>	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Der 500. Lagebericht wurde vor einer Woche veröffentlicht. (Folie zu Kennzahlen zum RKI-Krisenmanagement <a href="#">hier</a> ) ! Internationaler Daten- und Informationsaustausch könnte über den Sommer noch deutlich zunehmen. ! Vor einem Jahr wurde ein Zwischenbericht geschrieben. Soll ein 2. Zwischenbericht geschrieben oder auf den Schlussbericht gewartet werden? ○ Für Hr. Wieler wurde vor kurzem eine Übersichtspräsentation erstellt. ○ Am Zwischenbericht haben sehr viele Leuten mitgearbeitet. ○ Noch ist keine Entspannung im Lagezentrum. Anpassungen sind überall nötig und demnächst beginnt die Urlaubszeit. ○ Im Moment keine Kapazitäten für einen Zwischenbericht vorhanden. ○ Nächste Woche ist die letzte Sitzungswoche vor der Sommerpause im Bundestag, evtl. Entspannung danach? ○ In 3 Wochen soll nochmal überlegt werden, ob ein Zwischenbericht untergebracht werden kann.	FG38  Schaade
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle



<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 18.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende:** 12:20 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 18.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                          |                                  |
|--------------------------|----------------------------------|
| ! Institutsleitung       | o Andreas Hicketier              |
| o Lothar H. Wieler       | o Stefan Kröger                  |
| o Lars Schaade           | ! FG37                           |
| o Esther-Maria Antão     | o Tim Eckmanns                   |
| ! Abt. 1                 | ! FG38                           |
| o Annette Mankertz       | o Ute Rexroth                    |
| ! Abt. 2                 | o Ida Sperle-Heupel (PAE)        |
| o Thomas Ziese           | o Mirco Sandfort (PAE)           |
| ! Abt. 3                 | ! ZBS1                           |
| o Osamah Hamouda         | o Janine Michel                  |
| o Tanja Jung-Sendzik     | ! P1                             |
| o Janna Seifried         | o Mirjam Jenny                   |
| ! FG11                   | o Ines Lein                      |
| o Sangeeta Banerji       | o Christina Leuker               |
| (Protokoll)              | ! Presse                         |
| ! FG14                   | o Ronja Wenchel                  |
| o Melanie Brunke         | ! ZIG                            |
| ! FG17                   | o Johanna Hanefeld               |
| o Djin-Ye Oh             | ! ZIG1                           |
| ! FG21                   | o Anna Rohde                     |
| o Patrick Schmich        | o Regina Singer                  |
| ! FG32                   | ! BZgA                           |
| o Michaela Diercke       | o Heide Ebrahimzadeh-            |
| ! FG33                   | Wetter                           |
| o Wiebke Hellenbrand     | ! Externer Referent (Universität |
| ! FG34                   | Bielefeld)                       |
| o Viviane Bremer         | ! Kayvan Bozorgmehr              |
| o Matthias an der Heiden |                                  |
| o Alexandra Hofman       |                                  |







	<p>2. Lagebericht ergänzen mit Info zu importierten Fällen und Fälle ohne Reise-Assoziation.</p> <p>3. Präsentation zur Lage in UK darf an Minister von BaWü weitergegeben werden</p> <p>4. National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.720.031 (+1.076), davon 90.270 (+91) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 10/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 41.225.811 (49,6%), mit vollständiger Impfung 23.916.490 (28,8%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Alle BL zeigen gleichen Verlauf, höchste Inzidenz in BaWü mit 16/100.000 Einw.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importierte Fälle (aktueller wöchentlicher Anteil: 4%) hauptsächlich aus Italien, Spanien, Türkei, Russland und Afghanistan</li> <li>○ Sterbefallzahlen: etwa Niveau zum Vorjahr, kleiner ungeklärter Peak  Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)  ARS-Daten (nicht berichtet)  Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)  Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Namibia als Virusvariantengebiet erklärt (heute veröffentlicht), könnte Zusammenarbeit erschweren</p> <p>Montenegro Projekt geht weiter</p> <p>Nächste Woche Treffen RKI mit Gesundheitsminister und Tourismusminister von Ägypten im Rahmen deren Deutschlandbesuchs</p> <p>Anfrage Bahrain zum Datenaustausch (ZBS7 wird involviert)</p>	Johanna Hanefeld
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>Fragestellung zur Wirksamkeit der CWA wird anhand großer Datensätze (Telekom + Datenspende) adressiert  Scienceblog auf CWA Webseite veröffentlicht  Wer Ansprechpartner zu Fragen im Zuge der Weiterentwicklung der Impfpapp?  Antwort Krisenstab: Solche Fragen können in der</p>	Patrick Schmich



	<p>Krisenstabssitzung geklärt werden! Im BMG ist Referat 611 (Herr Sangs) zuständig.                  Frage1 (Schmich): Welche Impfstoffe werden anerkannt?                  Antwort1 (Krisenstab): Nur solche, die von der EU zugelassen wurden. In diesem Zusammenhang wurde erwähnt, dass zurzeit ein RKI Dokument erstellt wird mit Empfehlungen zur Anerkennung von Impfstoffen (Draft HSC Document)                  Frage2 (Schmich): Werden Impfungen im Rahmen von Studien anerkannt?                  Antwort2 (Krisenstab): Nur mit einer ärztlichen Impfbestätigung, z.B. im Impfausweis                  Frage3 (Schmich): Wer zertifiziert Schnelltests?                  Antwort (Krisenstab): BfArM erteilt Sonderzulassungen, (ansonsten nur CE Zertifizierung) und veröffentlicht eine Liste mit anerkannten Tests</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu:                  Veröffentlichung eines FAQ zur Corona-Schutzimpfung ab 12 und ein Printleitfaden dazu (Familienleitfaden) in Zusammenarbeit mit BMG                  Hinweise aus dem Krisenstab:                  gemeinsame Kommunikationsgruppe des BMG, BZgA und RKI                  Infobogen von FG33:  <a href="https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Infoblatt_Impfung_Kinder_und_Jugendliche.html;jsessionid=9C7411EB5DF22F5E62B5593774D48128.internet081">https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Infoblatt_Impfung_Kinder_und_Jugendliche.html;jsessionid=9C7411EB5DF22F5E62B5593774D48128.internet081</a>                  FAQs zur Kinderimpfung: <a href="#">RKI - Impfen - COVID-19 und Impfen: Antworten auf häufig gestellte Fragen (FAQ)</a></p> <p><b>Presse</b></p> <p>Masken-FAQ wurde auf RKI Webseite veröffentlicht                  Es gibt einen Flyer ‚Masken im Sommer‘ von FG14</p> <p><b>P1</b></p> <p>Am Freitag, den 25.6.21, 13 Uhr gibt es eine öffentliche Session (Closing Session) des WHO Science Communicator Conference. Link wird an den Krisenstabverteiler versendet</p>	<p>Heide Ebrahim-zadeh-Wetter</p> <p>Ronja Wenchel</p> <p>Mirjam Jenny</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Papier zur Perspektive für den Herbst wird dem Krisenstab zur schriftlichen Kommentierung per E-Mail geschickt. Es</p>	Lars Schaade





	<p>berechnen?                  Antwort: Sie lässt sich annähern durch die Adjustierung für andere Maßnahmen oder durch Betrachtung des Gesamtverlaufs und Extraktion des wahrscheinlichen Effekts einzelner Maßnahmen oder der Betrachtung isolierter Maßnahmenkombinationen                  Lassen sich die Effekte von Berichterstattung (z.B. Charité Dokumentation) auch quantifizieren?                  Antwort: Solche Parameter können in das Dashboard aufgenommen werden, sind aber schwierig zu Quantifizieren                  Frage: Erfolgt eine Triangulation durch andere Monitoring Programme, z.B. Oxford                  Antwort: Ja, Oxford und INFAS werden berücksichtigt</p> <p>! Kommentierung zum Positionspapier DFG am 23.6.21 auf der Agenda</p>	
		<p>Kayvan                  Bozorgmehr                  und Andreas                  Kiecketier</p> <p>Melanie                  Brunke/</p>

		Marc Thannheiser
<b>12</b>	<b>Surveillance</b>  Sehr viele Nachfragen zu negativen Inzidenzen. Grund: Datenbereinigungen durch Gesundheitsämter	Michaela Diercke
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i>  nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i>  500. Lagebericht wurde nicht gefeiert Aufgrund von personellen Engpässen wird Lagebericht am morgigen Samstag voraussichtlich ausfallen <b>ToDo:</b> Sprachregelung zur Kommunikation des Ausfalls des Lageberichts auf der Webseite (Lothar Wieler, Lars Schaade, Ute Rexroth) und Veröffentlichung auf der Webseite am Samstag (Ronja Wenchel)	Ute Rexroth
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 23.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                   |                           |
|-----------------------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung                | o Matthias an der Heiden  |
| o Lars Schaade                    | ! FG36                    |
| o Esther-Maria Antão              | o Walter Haas             |
| ! Abt. 1                          | o Kai Schulze             |
| o Annette Mankertz                | o Stefan Kröger           |
| ! Abt. 3                          | o Kristin Tolksdorf       |
| o Tanja Jung-Sendzik              | ! FG37                    |
| o Janna Seifried                  | o Tim Eckmanns            |
| ! FG11                            | ! FG38                    |
| o Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | o Ute Rexroth             |
| ! FG14                            | o Maria an der Heiden     |
| o Melanie Brunke                  | ! IBBS                    |
| ! FG17                            | o Claudia Schulz-Weidhaas |
| o Thorsten Wolff                  | ! MF4                     |
| o Ralf Dürrwald                   | o Martina Fischer         |
| o Djin-Ye Oh                      | ! P1                      |
| ! FG21                            | ! Presse                  |
| o Patrick Schmich                 | o Susanne Glasmacher      |
| ! FG25                            | o Marieke Degen           |
| o Christa Scheidt-Nave            | o Ronja Wenchel           |
| ! FG32                            | ! ZIG1                    |
| o Michaela Diercke                | o Luisa Denkel            |
| ! FG33                            | ! BZgA                    |
| o Stefan Scholz                   | o Heide Ebrahimzadeh-     |
| o FG33 Teilnehmer                 | Wetter                    |
| ! FG34                            | ! BMG                     |
| o Viviane Bremer                  | o Christophe Bayer        |







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>! nicht berichtet!</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></p> <p>! SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.723.798 (+1.016), davon 90.523 (+51) Todesfälle</p> <p>! 7-Tage-Inzidenz: 7/100.000 Einw.</p> <p>! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 42.540.863 (51,2%), mit vollständiger Impfung 26.274.154 (31,6%)</p> <p>! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Inzidenzen in allen BL rückläufig und auf einem niedrigen Niveau. Kein LK&gt;50/100.000 EINW.</li> <li>o Fast Halbierung der Meldezahlen im Vergleich zur Vorwoche, rückläufig in allen Altersgruppen</li> <li>o Rückgang der Sterbefälle</li> </ul> <p>! Testkapazität und Testungen (<a href="#">Folien hier</a>)</p> <p>! 700.000 Testungen, davon 10.000 (1.44%) SARS-CoV-2</p> <p>! Testkapazitäten ausreichend vorhanden</p> <p>! 63 von 122 Labore haben Informationen zu Delta übermittelt</p> <p>! Antigen Tests in Altenheimen das letzte Mal abgefragt, EpiBull Artikel in Vorbereitung</p> <p>! ARS-Daten (<a href="#">Folien hier</a>)</p> <p>! Sinkender Positiven Anteil, trotzdem doppelte Inzidenz als in gleicher KW vor einem Jahr</p> <p>! Weniger Tests, außer in KH, wo Testzahlen stabil</p> <p>! Fast keine neuen Ausbrüche</p> <p>! Impfen wichtig, niedrige Inzidenzen auch</p> <p>! Syndromische Surveillance (<a href="#">Folien hier</a>)</p> <p>! GrippeWeb: ARE stabil</p> <p>! 445/100.000 EINW. Arztkonsultationen in KW24 wegen ARE</p> <p>! Anteil COVID Fälle an SARI Fällen erstmals &lt;10%</p> <p>! Ausbrüche in Kitas und Schulen rückläufig (21 in Kitas, 18 in Schulen), steigender Anteil an Kindern in Schulasubbrüchen</p> <p>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<a href="#">Folien hier</a>)</p> <p>! 106 Einsendungen (30% Rhinoviren, 0 SARS-CoV-2, 1 RSV, höchster Anteil an p-Influenzaviren, vor allem bei 0-3 und 5-15-Jährigen)</p> <p>! Leichte Abnahme saisonaler Coronaviren NL63</p> <p>! Delta Variante (<a href="#">Folien hier</a>)</p> <p>! VOC Anteile: Abfall Alpha Variante (74%) und Anstieg</p>	<p>ZIG1</p> <p>Michaela Diercke</p> <p>Janna Seifried</p> <p>Tim Eckmanns</p> <p>Walter Haas</p> <p>Ralf Dürrwald</p> <p>Stefan Kröger</p>

	<p>Delta Variante (15%) in KW 23, betrifft alle Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 9% der Deltavarianten Fälle mit einer Exposition im Ausland</li> <li>! Modellierung VOC (Folien <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zunahme der Fälle mit Deltavariante ab KW 21</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ToDo:</b> Folien an Herrn Schaade und Herrn Wieler schicken und im Lagebericht oder Variantenbericht als Beschreibung der Ist-Situation einflechten (Matthias an der Heiden); done</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<a href="#">Folien hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>! 812 COVID-ITS</li> <li>! ECMO Behandlung nimmt ab</li> <li>! Rückgang ITS Belegung durch COVID Patienten</li> <li>! 40,4% ITS Patienten &lt;60 Jahre</li> <li>! Immer mehr BL melden regulären ITS Betrieb (grüne Kurve)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Matthias an der Heiden</p> <p>Martina Fischer</p>
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Mission Land</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Keine Neuigkeiten</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Am Freitag BPK Fehlender Lagebericht am vergangenen Samstag führte zu keiner Nachfrage</p> <p><b>P1</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Vorbereitung auf Herbst/Winter 2021/2022 (<a href="#">Dokument hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Modellierung verschiedener Szenarien für den</li> </ul> </li> </ul>	Walter Haas und Kai Schulze



	<p>Herbst/ Winter 2021/2022 mit der Methodik, die für das ControlCOVID Papier entwickelt wurde. Es handelt sich hierbei um eine Modellierung und keine Vorhersage. Diese soll dazu dienen, den Einfluss von Maßnahmen (z.B. Kontaktverhalten, Impfquote) sowie Faktoren (Saisonalität, Impfeffektivität, Virusvarianten) auf die ausgewählten Indikatoren (Inzidenz, ITS-Belastung, Hospitalisierung) zu berechnen.</p> <p>Es fand eine sehr ausführliche und lebhaft Diskussion statt, die u.a. darauf abzielte, die (weitere) RKI Strategie, z.B. Niedriginzidenzstrategie versus Überlastung des Gesundheitssystems verhindern, auszuloten. Diese Diskussion konnte in diesem Rahmen nicht abschließend geführt werden und es wurde von mehreren Seiten der Wunsch geäußert, dies an anderer Stelle fortzusetzen. Es konnte ein Konsens bezüglich der Formulierungen im Dokument gefunden werden.</p> <p><b>ToDo:</b> heute an das BMG schicken (Walter Haas, Kai Schulze); ID 3698 done</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Epidemiologischen Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 wird aktualisiert, aus Kapazitätsgründen wird nächste Aktualisierung erst Mitte September erfolgen</p>	<p>Walter Haas</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>xxx</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	<p>FG33</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ### Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>## SARS-CoV-2</li> <li>## Rhinovirus</li> <li>## Parainfluenzavirus</li> <li>## saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)</li> <li>## Metapneumovirus</li> </ul>	<p>FG17</p>

	<p>## Influenzavirus</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW ## bisher ## Proben, davon ## positiv auf SARS-CoV-2 (##%)</p>	ZBS1
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>xxx</p>	IBBS
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 25.06.2021, 11:00, via Webex</p>	

**Ende: 13:15 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 25.06.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                   |                                 |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| ! Institutsleitung                | ! FG36                          |
| ○ Lothar H. Wieler                | ○ Walter Haas                   |
| ○ Lars Schaade                    | ○ Stefan Kröger                 |
| ○ Esther-Maria Antão              | ! FG37                          |
| ○                                 | ○ Tim Eckmanns                  |
| ! Abt. 1                          | ! FG38                          |
| ○ Annette Mankertz                | ○ Ute Rexroth                   |
| ! Abt. 2                          | ! ZBS7                          |
| ○ Thomas Ziese                    | ○ Michaela Niebank              |
| ! Abt. 3                          | ! ZBS1                          |
| ○ Osamah Hamouda                  | ○ Janine Michel                 |
| ○ Tanja Jung-Sendzik              | ! P1                            |
| ○ Janna Seifried                  | ○ Esther-Maria Antão            |
| ! FG11                            | ○ Ines Lein                     |
| ○ Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | ! P4                            |
| ! FG14                            | ○ Susanne Gottwald              |
| ○ Melanie Brunke                  | ! Presse                        |
| ! FG17                            | ○ Maud Hennequin                |
| ○ Djin-Ye Oh                      | ! ZIG1                          |
| ! FG32                            | ○ Luisa Denkel                  |
| ○ Michaela Diercke                | ! BZgA                          |
| ! FG33                            | ○ Heide Ebrahimzadeh-<br>Wetter |
| ○ Ole Wichmann                    |                                 |





	<p>1. Plateau, alle BL ähnlich, nur 2 BL mit einer 7-d-Inzidenz &gt;10 (Saarland, soll beobachtet werden)</p> <p>2. Leichtes Nord-Süd Gefälle Anteil importierter Fälle liegt bei 5%. Expositionsländer: Spanien, Afghanistan und Russische Föderation Sterbefallzahlen: Auf dem Niveau der Vorjahre Frage: Warum gibt es keinen weiteren Rückgang der Fallzahlen in Hamburg? Antwort: Ursache nicht bekannt, aber sie berichten sehr häufig von der Delta Variante, außerdem kleines BL, wo schon kleine Fallzahlen sich stark auswirken können. Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) ARS-Daten (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Ausbruchsgeschehen Paderborn VOI B.1.525 (Eta)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ausbruch in einem 800-Betten Krankenhaus in Paderborn</li> <li>▪ Insgesamt 16 Fälle, ca. die Hälfte Patienten (z.T. in Einzelzimmern) und die andere Hälfte Mitarbeiter (u.a. Pfarrer, Hausmeister) und ein Angehöriger</li> <li>▪ 2 Fälle wurden als Eta Variante (afrikanische Variante) identifiziert</li> <li>▪ 2 der Mitarbeitenden (jünger als 60 Jahre) wurden trotz vollständiger Impfung hospitalisiert</li> <li>▪ Mehrheit der betroffenen vollständig geimpft (7 BioNTech, 2 AstraZeneca, 1 Moderna, 5 Impfstatus unklar)</li> <li>▪ Quellfall war ein Mitarbeitender eines Hol- und Bringdienstes, der aus Senegal zurückgekehrt war</li> <li>▪ Viele Informationen noch lückenhaft (z.B. Durchimpfungsrate im Krankenhaus) und auf ergänzende Information wird aktuell gewartet genauso wie auf Probeneinsendung ins KL</li> </ul> <p>Darstellung der Kreise im Lagebericht</p> <p>3. Ausweisung 0 Fälle in den letzten 7 Tagen? Ausweisung &gt;35 Fälle (ursp. politischer Maßnahmenwert, aufgegriffen in ControlCOVID, Anpassung der Inzidenzkarte?)</p> <p>Entscheidung des Krisenstabs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Ausweisung 0 Fälle in den letzten 7 Tagen</li> </ul>	<p>Tim Eckmanns</p>
--	--	---------------------





	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Ausweisung &gt;35 Fälle, da politischer Grenzwert</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>nicht berichtet</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>nicht berichtet</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Moderat? Community transmission? (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>Diskussion:</p> <p>Gegenstimmen für eine Herabstufung der Gefahrenlage argumentieren mit dem zu erwartenden Anstieg der Fallzahlen im Herbst. Eine Herabstufung der Gefährdungslage könne als Signal für das Ende der Pandemie verstanden werden. Befürworter einer Herabstufung befürchten jedoch, dass es ohne eine Rückstufung bei den aktuell niedrigen Fallzahlen keinen Eskalationsspielraum mehr gäbe.</p> <p>Entscheidung: Beibehaltung der aktuellen Risikobewertung, d.h. keine Rückstufung der Gefahrenlage in ‚moderat‘.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Punkt community transmission, d.h. diffuses Geschehen, ohne Nachverfolgbarkeit bis zum Quellfall: Es wurde entschieden, dass dieser Punkt gestrichen wird, da Daten aus syndromischer Surveillance und Rückmeldung von GA darauf schließen lassen, dass Transmissionsketten aktuell aufgeklärt werden können.</li> <li>▪ Aufgrund des aktuell niedrigen Anteils an importierten Fällen (5%), wird auf Reiserückkehrern nicht eingegangen</li> </ul> <p><b>ToDo (Rexroth, Seifried):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Auch die Meldung beim ECDC, dass community transmission stattfindet, wird eingestellt.</i></li> <li>▪ <i>In der Risikobewertung und bei Ausbrüchen soll mehr auf die Delta Variante eingegangen werden.</i></li> </ul>	Ute Rexroth

<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>Presse</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>P1</b></p> <p>13 Uhr WHO Session, wo Frau Jenny berichten wird Tweets zu Reisetipps sowie Wichtigkeit der 2. Impfung ist diese Woche erfolgt Weiterer Tweet zu Sommer/Reisen &amp; Einhaltung der Maßnahmen ist kommende Woche geplant</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>Ines Lein</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Aerosol-Papier (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine Unterstützung des Papiers, da es RKI und UBA Empfehlungen widerspricht. Nur Kenntnisnahme!</li> <li>▪ In diesem Rahmen wurde über die zu Befürwortenden Maßnahmen in Schulen diskutiert, gerade für den Herbst. Es wurde eine Einigung darüber erreicht, dass ein Multikomponentenansatz am erfolgversprechendsten ist:       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Medizinischer Mund-Nasen-Schutz unabhängig von der Inzidenz! Kein FFP2 notwendig!</li> <li>2. 2 Mal wöchentliche Testung* (PCR Pooltestung aus Kapazitätsgründen nur für Grundschulen bzw. u12 und Schnelltests ab weiterführenden Schulen/ü12)</li> <li>3. Impfung aller Erwachsenen im Schulumfeld</li> <li>4. Eintrag verhindern, d.h. Kinder mit Symptomen einer ARE sollten nicht in die Schule</li> <li>5. Monitoring in den Schulen aufbauen (aktuell keine Daten verfügbar)</li> <li>6. Raumluftechnische Anlagen werden NICHT in diesen Multikomponentenansatz aufgenommen, da Zuständigkeit beim UBA liegt</li> </ol> </li> </ul> <p>*Anmerkung: Es gab keine abschließende Einigung zur PCR Pooltestung, wenn sie nicht für alle ausreicht. Schätzung des BMG: 10 Mio. Kinder, d.h. 400.000 PCR Pooltests/ Woche sind angedacht und machbar solange die Inzidenzen niedrig sind und man nicht zu viele Pools auflösen muss. Ein EpiBull Artikel zur Effektivität von PCR Pooltestungen zur Unterbrechung von Transmissionsketten im Schulsetting wird nächste Woche veröffentlicht (Info Seifried).</p> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Anpassung aller betroffenen Papiere an die Diskussion, insbesondere im Hinblick auf das Maskentragen: „Masken als Teil der Multikomponenten-Strategie sollten <u>unabhängig von</u></i></li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



	<p><i>Inzidenzschwellen</i> immer getragen werden <b><i>(nicht mehr Mund-Nase-Bedeckung)</i></b>. (<i>FG36 (Haas) und weitere relevante FGs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gemeinsamer EpiBull Artikel mit Martin Kriegel (TU Berlin) anstreben. (Haas)</li> <li>▪ Überprüfung der Kapazitäten zur PCR Pooltestung (Seifried)</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umgang mit BMG-Wünschen nach EWRS-Abfragen</li> </ul> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Initiativbericht an das BMG, dass EWRS als Notfallsystem gedacht ist und Bedenken Seitens des RKI bestehen, dass eine regelhafte Nutzung als Abfragetool langfristig zu einer verminderten Kooperationsbereitschaft führen könnte. (Rexroth)</i></li> </ul>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokument zu Wohnungslosen (<a href="#">hier</a>)</li> </ul> <p>Zur Kenntnisnahme: Das Dokument ist RKI intern sowie mit Stakeholdern (GA Frankfurt, Obdachlose) abgestimmt und wird nun an das BMG und BL geschickt zur Info und anschließend veröffentlicht</p>	<p>Ute Rexroth</p>

<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wöchentliche Info von Impfdurchbrüchen im Lagebericht</li> <li>▪ Townhall Meeting mit Spahn: Vorstellung des Impfbuchs für alle, 3 Mio. Stück an Apotheken ausgeliefert und durch Influencer beworben, z.B. David Haselhoff.</li> </ul> <p><b>Impfstoffe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ xxx</li> </ul> <p><b>STIKO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ STIKO hat Kriterien für nachgewiesene SARS-CoV-2-Infektion ergänzt um „kann durch (...) eine validierte SARS-CoV-2-Antikörperserologie erfolgen.“ =&gt; Konsequenzen für Definition Genesenen-Status!?</li> <li>▪ Vorstellung der STIKO Entscheidung und Vorschlag für Umgang des RKI durch Herrn Wichmann (Folie <a href="#">hier</a>)</li> <li>▪ Der Vorschlag von Herrn Wichmann, die STIKO Kriterien als Grundlage für eine individuelle medizinische Entscheidung für oder gegen die Notwendigkeit einer Impfung zu betrachten und damit völlig getrennt von der politischen Definition des Genesenen-Status als Grundlage für Public Health Maßnahmen aufzufassen, wurde befürwortet und wird so kommuniziert werden.</li> </ul> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>FAQ Anpassen (Rexroth)</i></li> <li>▪ <i>BMG berichten (Rexroth)</i></li> <li>▪ Infektiosität/Quarantäne von vollständig Geimpften nach Exposition mit der delta Variante (ID 3834)</li> </ul> <p><b>Entscheidung/ ToDo (Rexroth):</b> <i>Aktuell keine Änderung. Wiedervorlage, wenn Delta die dominierende Variante ist (Anteil &gt;50%).</i></p>	<p>Ole Wichmann</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 442 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1 SARS-CoV-2</li> <li>119 Rhinovirus</li> <li>4 RSV</li> <li>63 Parainfluenzavirus</li> <li>80 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)</li> <li>0 Metapneumovirus</li> <li>0 Influenzavirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW ## bisher 100 Proben, davon 37 positiv auf SARS-CoV-2 (33%)</p>	<p>Djin-Ye Oh</p> <p>Janine Michel</p>



<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  Therapieübersicht: wenige wirksame Therapien gegen COVID ! René Gottschalk in den Ruhestand, Nachfolgerin: Annette Jurke aus Bochum	Michaela Niebank
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b>  Geplante IfSG-Änderung: Hospitalisierungen sollen ebenfalls gemeldet werden ToDo: Vorlage des BMG kommentieren/ ergänzen anstatt diesbezüglichen Erlasses (Ziegelmann) zu bearbeiten. Dazu bitte mit BMG telefonieren! (Diercke)	Michaela Diercke
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  Änderung der Einreiseverordnung ebenfalls über Änderung von IfSG von BMG angestrebt, um Gültigkeit auf ein Jahr nach Beendigung epidemischer Lage zu verlängern Beobachtung aus den Ländern: Sobald ein Land als Hochinzidenzgebiet erklärt wird, wird nicht mehr die DEA genutzt, sondern unvollständig ausgefüllte Ersatzmitteilungen abgegeben, die eine Nachverfolgung unmöglich machen KPN im Flugverkehr wird voraussichtlich ausgesetzt (diesbezüglich ist bereits ein Initiativbericht ans BMG gegangen), auch wenn ein solches Aussetzen oft eine kritische Nachfrage seitens der Presse auslöst	Ute Rexroth
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.06.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:10 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 30.06.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung     | o Stefan Kröger                     |
| o Lothar H. Wieler     | ! FG37                              |
| o Lars Schaade         | o Muna Abu Sin                      |
| o Esther-Maria Antão   | ! FG38                              |
| o                      | o Ute Rexroth                       |
| ! Abt. 1               | o Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| o Martin Mielke        | ! ZBS7                              |
| o Annette Mankertz     | o Claudia Schulz-Weidhaas           |
| ! Abt. 3               | o Katharina Lang                    |
| o Osamah Hamouda       | ! MF4                               |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Martina Fischer                   |
| o Janna Seifried       | ! P1                                |
| ! FG12                 | o Christina Leuker                  |
| o Annette Mankertz     | ! P4                                |
| ! FG14                 | o Susanne Gottwald                  |
| o Mardjan Arvand       | ! Presse                            |
| o Ralf Dürrwald        | o Marieke Degen                     |
| o Djin-Ye Oh           | ! ZIG                               |
| ! FG21                 | o Johanna Hanefeld                  |
| o Wolfgang Scheida     | o Thurid Bahr                       |
| ! FG25                 | ! ZIG1                              |
| o Christa Scheidt-Nave | o Eugenia Romo Ventura              |
| ! FG32                 | ! BZgA                              |
| o Michaela Diercke     | o Heide Ebrahimzadeh-<br>Wetter     |
| ! FG33                 |                                     |
| o N.n.                 |                                     |
| ! FG36                 |                                     |
| o Silke Buda           |                                     |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p data-bbox="331 275 568 309"><b>Aktuelle Lage</b></p> <p data-bbox="331 349 703 383">International (<i>nur freitags</i>)</p> <p data-bbox="331 416 450 450"><b>National</b></p> <p data-bbox="347 483 927 517">! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul data-bbox="408 551 1206 1973" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="408 551 1206 618">○ SurvNet übermittelt: 3.728.141 (+808), davon 90.875 (+56) Todesfälle</li> <li data-bbox="408 640 871 674">○ 7-Tage-Inzidenz 5,2/100.000 EW</li> <li data-bbox="408 707 1206 775">○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 44.886.784 (54,0%), mit vollständiger Impfung 29.803.258 (35,8%)</li> <li data-bbox="408 808 1206 999">○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="483 875 1058 909">▪ Inzidenz in allen BL auf niedrigem Niveau</li> <li data-bbox="483 931 1206 999">▪ Abnahmetendenz setzt sich momentan fort, geringer durch geringe Fallzahlen</li> </ul> </li> <li data-bbox="408 1032 1206 1245">○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="483 1099 1185 1133">▪ Nur 2 LK &gt; 25/100.000 EW (Lichtenfels, Heilbronn)</li> <li data-bbox="483 1155 967 1189">▪ 50% der LK &lt; 5/100.000 EW Fälle</li> <li data-bbox="483 1211 762 1245">▪ 50 LK mit 0 Fällen</li> </ul> </li> <li data-bbox="408 1279 1026 1379">○ 7-Tage-Inzidenz im Wochenvergleich <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="483 1346 1026 1379">▪ Abnahme um 35% i. Vgl. zur Vorwoche</li> </ul> </li> <li data-bbox="408 1413 1206 1783">○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="483 1469 1066 1503">▪ Deutliche Abnahme in allen Altersgruppen</li> <li data-bbox="483 1536 1193 1570">▪ Inzidenz bei 10-14 und 15-19jährigen &gt; 10/100.000</li> <li data-bbox="483 1592 1206 1626">▪ Inzidenz in alle anderen Altersgruppen &lt; 10/100.000</li> <li data-bbox="483 1659 1118 1693">▪ Inzidenz Altersgruppe &gt; 60jährige: 2/100.000</li> <li data-bbox="483 1715 1026 1783">▪ Insgesamt: Positive Entwicklung in den Altersgruppen &gt; 40</li> </ul> </li> <li data-bbox="408 1816 1142 1973">○ COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche <ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="483 1883 1142 1917">▪ &lt;1000 Todesfälle in den vergangenen 2 Wochen</li> <li data-bbox="483 1939 834 1973">▪ &lt;500 Todesfälle/Woche</li> </ul> </li> </ul>	<p data-bbox="1241 450 1385 551">FG32 (Hamouda, Diercke)</p> <p data-bbox="1241 1402 1390 1469">Abt3 (Hamouda)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Tendenz zur Abnahme</li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur noch geringer Rückgang der Testzahl im Vergleich zur Vorwoche Wieder weniger Testungen (knapp über 800.000), Positivenanteil weiter auf knapp unter 1% gesunken.</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten nach wie vor vorhanden</li> </ul> </li> <li>○ Testzahlerfassung-VOC <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil VOC &gt; 80 % (in der Testzahlerfassung der Labore)</li> <li>▪ Anteil von B.1.617 an allen positiven Tests: 25%</li> <li>▪ Wegen ungenügender Angaben durch die Labore keine Differenzierung von B.1.617 Untergruppen möglich, die Zahl kann jedoch als Proxy für B.1.617.2 dienen</li> <li>▪ In 1-2- Wochen wird dies die vorherrschende Variante sein</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ARS-Daten (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteil nach BL <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil (auf 0,8%)</li> <li>▪ Positivenanteil jetzt entspricht dem gleichen Zeitraum in 2020, bei i. Vgl. höheren Testzahlen</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteil nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang in allen Altersgruppen</li> <li>▪ Positivenanteil bei den 5-14Jährigen am höchsten</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl der Testungen und Positivenanteile im Krankenhaus <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang der Testzahlen insbesondere in Ambulanzen und auf Normalstationen</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---







	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trend setzt sich fort <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg Delta auf 37%, Alpha jetzt bei 54%</li> <li>▪ Crossing Point (Delta &gt;Alpha) wird wahrscheinlich in KW 25 überschritten</li> <li>▪ Ad hoc-Erhebung läuft diese Woche</li> </ul> </li> <li>○ Übersicht Anteil Delta in VOC-Erhebungssystemen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genomsequenzierung: 36,7%</li> <li>▪ RKI-Testzahlerfassung: 25,5%</li> <li>▪ IfSG-Daten: 34%</li> </ul> </li> <li>○ Entwicklung der Fallzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Abfall von Alpha, geringe Zunahme von Delta</li> <li>▪ Alpha: Abnahme der 7-Tage-Inzidenzen von 76,1 in KW 19 auf 4,8 in KW 24</li> <li>▪ Delta: Zunahme der 7-Tage-Inzidenzen von 2,2 in KW 19 auf 3,2 in KW 24, der spezifische R-Wert ist &gt; 1</li> </ul> </li> <li>○ Verteilung in Deutschland (Fallzahlen nach IfSG) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Konzentration auf einen Gürtel im Westen und Südwesten</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche- Vergleich Alpha vs. Delta <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delta: großer Anteil der Ausbrüche (N=307) in Schule, Kita und Arbeitsplatz, durchschnittlich 2,9 Fälle/Ausbruch</li> <li>▪ Alpha: Ausbrüche (N=1.751) überwiegend in privaten Haushalten, durchschnittliche Fallzahl 2,4/Ausbruch</li> </ul> </li> <li>○ VOC und VOI Entwicklung der Fallzahlen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil VOI liegt unverändert bei 1-1,5%</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang setzt sich fort</li> <li>▪ 619 Patienten in Intensivtherapie</li> <li>▪ Überwiegend ECMO und invasive Beatmung</li> </ul> </li> </ul>	<p>Hamouda</p> <p>Hanefeld</p> <p>Wieler</p> <p>Michaela Diercke</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage (auch häufig aus dem ÖGD gestellt): Ab welchem Delta- Anteil (gekoppelt an die Inzidenz) können Reisebeschränkungen aufgrund von VOC aufgehoben werden? Kann eine Empfehlung ausgesprochen werden?  Sind Virusvariantengebiete sinnvoll, wenn Delta im Inland bereits überwiegt?</li> <li>○ In 1-2 Wochen wird Delta die führende Variante sein, dann brauchen keine Virusvariantengebiete und diesbezügliche Ausnahmeregelungen mehr ausgewiesen werden</li> <li>○ Fokussierung auf Einreise ist, obwohl von der Politik favorisiert, um der Ausbreitung der VOC entgegenzutreten, nicht zielführend, da der Anteil der Infektionen durch Eintrag Reisender bei nur 8% liegt. Der Umgang mit den 90% Infektionsgeschehen im Inland sollte im Vordergrund stehen</li> <li>○ Es wird von RKI-Seite bereits umfangreich kommuniziert: Hinweise im Rahmen der BPK auf die Einhaltung der AHA+L Regeln, Tweets, Kommunikation durch die BzGA</li> <li>○ Virusvariantengebiete müssen sicher demnächst aufgegeben werden, was ist mit Hochinzidenzgebieten? Derzeit niedrige Inzidenzen durch Saisonalität, jedoch Gefahr des Anstiegs durch Verhaltensänderung/Lockerung. Bedeutung der Impfung junger Erwachsener sollte deutlich kommuniziert werden</li> <li>○ Erhöhte Übertragbarkeit von Delta muss berücksichtigt werden: Solange die Fußball-EM läuft sollten die Quarantäneempfehlungen aufrechterhalten werden (2000 Deutsche in Wembley)</li> <li>○ Hinweis: Änderung der EinreiseVO ist auf BMG-Seite bereits in Arbeit, Kategorisierung (Virusvarianten-, Hochinzidenz- und Risikogebiete) soll angepasst werden, da dies ggf. kurzfristig abgestimmt wird, sollte das RKI schon jetzt Überlegungen anstellen</li> <li>○ EM und Lockerungen (keine Maskenpflicht in BW), gleichzeitig 14-tägige Quarantäne von Kontaktpersonen ist schwierig zu erklären</li> <li>○ Aufhebung von Reisebeschränkungen könnte ein fatales Signal (Aufforderung zum Reisen) sein. Die Beschränkungen und Quarantäneregeln sind kein effektives Mittel, halten jedoch vom Reisen ab</li> <li>○ Auch bei einem Delta-Anteil &gt;50% sollte wegen der erhöhten Übertragbarkeit keine Verkürzung der</li> </ul>	
--	--	--



	<p>Quarantäne empfohlen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von Delta sind jüngeren Altersgruppen betroffen, dies führt zu einer Zunahme der Verstorbenen in diesen Altersgruppen. Könnte diese Zunahme im Lagebericht tabellarisch dargestellt werden?</li> <li>○ Altersdurchschnitt der Verstorbenen ist bislang relativ konstant</li> </ul> <p><i>ToDo: Darstellung der Entwicklung des Altersdurchschnitt der Verstorbenen im Zeitverlauf im Krisenstab am Freitag 02.07.2021</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Voraussetzung für die Verkürzung/Aufhebung von Quarantäneempfehlungen ist eine Datengrundlage zur Wirksamkeit der Impfung auf die Virusausscheidung bei VOC</li> <li>○ Hinweis: Zwischen „Genesenen“ (Infektion liegt <math>\leq 6</math> Monate zurück) und „Genesenen mit einer Impfung“ (= mit ausreichendem Immunschutz) sollte differenziert werden</li> <li>○ CAVE: STIKO-Definitionen und RKI-Definitionen als Grundlage für PH-Maßnahmen sind nicht notwendig kongruent</li> <li>○ Aufhebung der Quarantäne für Genesene (vor <math>\leq 6</math> Monate erkrankt) ist ein Risiko ohne Datengrundlage</li> <li>○ ECDC hat Daten vorgelegt, die einen guten Schutz vor asymptomatischer Infektion nach Impfung zeigen</li> <li>○ Es gibt Daten, die zeigen, dass der Immunschutz nach Infektion dem Schutz nach einer Impfdosis entspricht, also relativ gering ist, dies sollte genauer betrachtet werden</li> <li>○ Früher oder später muss die Quarantäne für vollst. Geimpfte und Personen mit ausreichendem Immunschutz aufgehoben werden</li> <li>○ Kinder haben ein, im Vgl. zu anderen Atemwegserkrankungen, geringes Risiko für schwere Krankheitsverläufe</li> <li>○ Aber: Hohe Übertragbarkeit, Aufenthalt im gleichen Raum genügt</li> <li>○ Empfehlungen sollten jetzt in Ruhe überdacht und überarbeitet werden, damit zum Ende der Fußball-EM ein Vorschlag gemacht werden kann</li> <li>○ Maßstab kann nicht allein der Anteil der VOC sein, eine</li> </ul>	
--	---	--

	<p>Klärung der Impfstoffwirksamkeit auf die Übertragung ist notwendig</p> <p><i>ToDo: Überarbeitung/Revision des KoNa-Dokuments bezüglich Delta-Variante, sowohl was Lockerungen als auch ggf. Verschärfungen betrifft</i></p> <p><i>Finalisierung des Entwurfs im Krisenstab am 14.07.2021 (@Lagezentrum: bitte auf die Agenda setzen)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kann im Lagebericht der Zusammenhang zwischen der berichteten Zunahme respiratorischer Erkrankungen (nicht COVID-19) und den Lockerungen/Verhaltensänderungen thematisiert werden?</li> </ul> <p><i>ToDo: Entwurf eines Textvorschlags für den Lagebericht mit dem Inhalt, dass die Zunahme von ARE als Hinweis auf eine Zunahme von Kontakten, die eine Übertragung von resp. Erkrankungen ermöglichen, gewertet werden kann</i></p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Surges in COVID-19 incidence in countries with high vaccination coverage: Bahrain, Chile, Germany, Seychelles, the United Kingdom and Uruguay, 1 March - 29 June 2021. (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zeitraum: 2021-03-01 bis 2021-06-29</li> <li>○ Sterberaten: Bahrain 10/100.000 EW, Chile 5/100.000, Seychellen 8/100.000, UK 0,2/100/000 Uruguay 13/100.000</li> <li>○ Vollständig Geimpfte: Uruguay 50%, UK 50%, Chile 50%, Seychellen 70%, Bahrain 60%, Deutschland 37%</li> <li>○ Infektionsschutzmaßnahmen: Keine eindeutigen Öffnungstrends, der „Oxford COVID-19 Government Response Tracker (OxCGRT)“ bildet allerdings nicht alle subnationalen Öffnungsmaßnahmen ab</li> <li>○ Ursachen für die Anstieg (aus Medienberichten und Kommentaren einzelner Wissenschaftler): Kombination mehrere Faktoren <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verfrühte Lockerungen in Kombination mit Ungeimpften oder unvollständig Geimpften</li> <li>▪ Ungenügende Compliance gegenüber Hygienemaßnahmen, verfrühte Sorglosigkeit</li> <li>▪ Verbreitung von VOC</li> </ul> </li> <li>○ In 3 von 4 Ländern wurde Sinovac (laut WHO auch bei VOC wirksam) und Sinopharm verimpft, Datenlage zu diesen</li> </ul>	<p>ZIG (Bahr)</p>



	<p>Impfstoffen ist unzureichend</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risikokommunikation zu Infektionsschutzmaßnahmen ist essentiell</li> <li>▪ Impfkampagnen forcieren, Impfung als globales Anliegen betrachten</li> <li>▪ Genomsequenzierung bleibt entscheidend angesichts der raschen Verbreitung der VOC</li> </ul> </li> <li>○ Fragen/Kommentare             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis: Daten zur Impfwirksamkeit wurden bei laufenden Hygienemaßnahmen ermittelt, d.h. eine Wirksamkeit von 90—95% der mRNA Impfstoffe gilt, wenn Masken getragen werden, der Infektionsdruck steigt, je weniger Masken getragen werden</li> </ul> </li> </ul>	Oh
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>○ Nicht besprochen</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Kein Beitrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: Wie kann die Bedeutung der weiteren Einhaltung der Hygieneregeln AHA+L kommuniziert werden?</li> <li>○ Antwort: Wird in allen Tweets mitgedacht und berücksichtigt</li> <li>○ Niederschwelliges neues Format (Merkblätter zum Download oder Ausdruck mit leicht verständlichen Infografiken) zu den Themen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Impfung</li> <li>▪ Für Eltern zur Impfung von Kindern ab dem 12. LJ (in Arbeit)</li> <li>▪ Für Mitarbeitende in der Kindertagesbetreuung</li> </ul> </li> <li>○ Familienleitfaden (BMG) ist in Arbeit</li> <li>○ Das „Impfbuch für alle“ wurde veröffentlicht (BzGA, RKI, BMG)</li> <li>○ Nicht einfach zu vermitteln, warum bei aktuell sinkenden Fallzahlen weitere Maßnahmen nötig sind, um eine weitere Welle (die sich bereits langsam aufbaut) zu verhindern</li> <li>○ Erfahrung zeigt, dass die Bevölkerung erst dann reagiert,</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>(Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Alle</p> <p>Stefan</p>







<p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tweet „Wie komme ich gut durch den Sommer“ wurde gut angenommen</li> <li>! Anregungen aus dieser Diskussion wurden notiert</li> <li>! Letzte regelmäßige (danach nur noch anlassbezogen) BPK am 02.07.2021 mit folgenden Sprechpunkten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verbreitung von Delta</li> <li>○ Vorbereitung der Schulen auf den Herbst</li> <li>○ Aufforderung zur Impfung</li> </ul> </li> <li>! Anfrage von Pressesprecher Kanz (BMG) liegt vor, ob das Dokument „Vorbereitung auf den Herbst“ schon diese Woche in der BPK vorgestellt werden könne <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dies muss mit dem Minister geklärt werden, da nach bisherigem Zeitplan das Papier als Grundlage für Expertengespräche im Juli verwendet werden sollte</li> <li>○ Es besteht bereits erneuter interner Überarbeitungsbedarf (z.B. aktuell veränderte Impfkapazitäten, die noch nicht berücksichtigt werden konnten) vor der Veröffentlichung, dies ist bis Freitag nicht möglich</li> </ul> </li> <li>! Bundesnotbremse geht heute zu Ende, daraus ergibt sich Anpassungsbedarf auf der Webseite des RKI</li> </ul> <p><i>ToDo: Ausarbeitung von Vorschlägen zur Anpassung der Webseite an die Beendigung der Bundesnotbremse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussion zur Vorgehensweise bei der erneuten Abstimmung des Papiers „Vorbereitung auf den Herbst“</li> <li>○ Es besteht der Wunsch nach erneuter Abstimmung und Berücksichtigung von Kommentaren bzw. Begründung der Ablehnung. Konkret geht es hierbei um die Erwähnung und Herausarbeitung von zwei Punkten: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. die Langzeitmorbidity von SARS-CoV-2 Infektionen und</li> <li>2. dass diese für das angestrebte Ziel einer Niedriginzidenzstrategie bedeutsam ist. Relevant scheint dies aufgrund der zu erwartenden Entkopplung von Fall- und Intensivbelegungszahlen.</li> </ol> </li> <li>○ Es handelt sich nicht um eine wissenschaftliche Veröffentlichung, sondern um ein „Policy Paper“. Inhaltlich</li> </ul>	
--	--

	<p>tragen Ff und letztendlich der Präs die Verantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine umfangreiche Abstimmung kann nur bei ausreichendem Zeitkontingent gewährt werden</li> <li>○</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute nicht besprochen, da das Dokument zur KoNa überarbeitet wird (s. bitte <i>ToDo</i> S. 7) und eine sich daraus möglicherweise ergebende, erneute Anpassung vermieden werden soll</li> <li>○ Die bisherige Anpassung bezieht sich auf die hohe Impfquote und die sinkende Inzidenz., Veröffentlichung kann 2 Wochen zurückgestellt werden</li> </ul> <p>! <i>ToDo: Mit FG 36/Dokument zur KoNa koordinierte Überarbeitung des Dokuments „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie“ Vorstellung zur Finalisierung im Krisenstab am 14.07.2021 (s. ToDo S. 7)</i></p>	<p>FG 37 Abu Sin</p> <p>Abu Sin</p>
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZBS1 / FG17
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Anteil der Hospitalisierung wird meldepflichtig</p> <p>! Regelung nach § 15 IfSG, daher keine Zustimmung durch Bundesrat nötig</p>	FG 32 (Diercke)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	! Gespräch mit BMG (M. Diercke) zum Thema am Do 03.07. 2021	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Heute 520 Tage Lagezentrum!	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 02.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:51 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 02.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                   |                        |
|-----------------------------------|------------------------|
| ! Institutsleitung                | o Silke Buda           |
| o Lothar H. Wieler                | ! FG37                 |
| o Lars Schaade                    | o Julia Hermes         |
| ! Abt. 1                          | ! FG38                 |
| o Annette Mankertz                | o Ute Rexroth          |
| ! Abt. 2                          | ! ZBS7                 |
| o Thomas Ziese                    | o Christian Herzog     |
| ! Abt. 3                          | o Katharina Lang       |
| o Osamah Hamouda                  | ! ZBS1                 |
| o Tanja Jung-Sendzik              | o Janine Michel        |
| o Janna Seifried                  | ! P1                   |
| ! FG11                            | o Mirjam Jenny         |
| o Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | ! Presse               |
| ! FG17                            | o Marieke Degen        |
| o Djin-Ye Oh                      | ! ZIG                  |
| ! FG32                            | o Johanna Hanefeld     |
| o Michaela Diercke                | ! ZIG1                 |
| ! FG33                            | o Luisa Denkel         |
| o Ole Wichmann                    | o Eugenia Romo Ventura |
| ! FG36                            | ! BZgA                 |
| o Walter Haas                     | o Martin Dietrich      |





TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Datenstand: WHO, 30.06.2021 Fälle: 182 Mio. (+5% im Vgl. zur Vorwoche) Todesfälle: 3,9 Mio (2,2% Fallsterblichkeit) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Brasilien, Indien, Kolumbien, Russische Föderation 144 Todesfälle pro Tag allein in Moskau, 90% Delta), Indonesien, Argentinien, Vereinigtes Königreich (Anstieg Meldedefälle: +70%, Delta 95%), Südafrika, Iran, USA Karte mit 7-Tage-Inzidenz: Südamerika, Russische Föderation und südlicher Teil Afrikas zeigen sehr hoch Inzidenzen Epikurve WHO Sitrep: Im Vgl. Zur Vorwoche: Afrika: Anstieg der Fälle (+21,9%) und Todesfälle (+14,6%), da nur. ca. 1% der Bevölkerung geimpft Amerika: Rückgang der Fälle (-2,7%) und Todesfälle (-9,9%) Asien: Anstieg der Fälle (+3,9%), Rückgang der Todesfälle (- 9,2%) Europa: Anstieg der Fälle (+27,5%) und Todesfälle (+7,9%) Ozeanien: Anstieg der Fälle (+52,6%) und Todesfälle (+25,0%)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.729.682 (+649), davon 91.007 (+69) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 5/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 45.817.029 (55,1%), mit vollständiger Impfung 30.986.128 (37,3%) Indikatorbericht: 7-d-R-Wert &lt;1, überall Rückgang, wenn auch nicht mehr so stark wie vorher Indikatorbericht BL + Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Kein BL zeigt Anstieg, einpendeln auf einem niedrigen Niveau Als einziger Kreis hat SK Heilbronn eine 7d-Inzidenz &gt;25/100.000 Einw. Expositionsländer: Spanien (Abifahrten), Russland, Türkei Frage: Gibt es Daten, die belegen, dass EM zu mehr Ausbrüchen führt? Antwort: ECDC hat eine intensivierete Surveillance implementiert, in diesem Rahmen meldet Bayern 8 Fälle im Zusammenhang mit Stadiumsbesuchen/ Public Viewing, Schottland meldet &gt;1000 Fälle in diesem Zusammenhang, WHO Euro bringt erneuten Anstieg der Fallzahlen in Zusammenhang mit EM (auch vermehrte private Treffen zum Fußball gucken).</p>	<p>ZIG1 (Romo Ventura)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>

	<p>Testkapazität und Testungen <i>(nur mittwochs)</i> (nicht berichtet)</p> <p>ARS-Daten (nicht berichtet)</p> <p>Syndromische Surveillance <i>(nur mittwochs)</i> (nicht berichtet)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten <i>(nur mittwochs)</i> (nicht berichtet)</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister <i>(nur mittwochs)</i> (nicht berichtet)</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Namibia: Aufgrund Status als Virusvariantengebiet ist die erbetene Entsendung von Experten momentan nicht möglich, daher aktuelle Hilfen auf Sachmittel beschränkt</p> <p>Diskussionspunkt: Es ist eine Änderung in der Rechtsprechung in Bezug auf die Ausweisung als Virusvariantengebiet, Hochinzidenzgebiet und Risikogebiet in Arbeit. BMG fragt nach RKI Meinung zu diesem Thema.</p> <p>Vorschlag ZIG1 (Luisa Denkel):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Europäische Länder hinsichtlich Virusvariantengebiet entlisten, betreffe aktuell UK und Portugal</li> <li>▪ Nicht-europäische Länder als Virusvariantengebiete gelistet lassen (Indien, Nepal)</li> <li>▪ Streichung der Kategorie ‚Risikogebiet‘ und Beibehaltung der beiden Kategorien ‚Virusvariantengebiet‘ und ‚Hochinzidenzgebiet‘ (für beide Kategorien gilt dann gleiche Voraussetzung bei Einreiseverordnung)</li> </ul> <p>! Vorstellung, wie es bei KoNa Dokument umgesetzt wurde (Haas): VOC wird nicht mehr berücksichtigt für Quarantäne, sondern es erfolgt eine kontinuierliche Bewertung der Situation bezüglich Immune-Escape Varianten. Geimpfte und Genesene müssen unabhängig von Virusvarianten nicht mehr in Quarantäne.</p> <p>! Abschließende Diskussion wurde auf die kommende Mittwochssitzung vertagt</p>	ZIG (Hanefeld)
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>nicht berichtet</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Anmerkung: Aktuelle Risikoeinstufung als ‚hoch‘ wird von Laien nicht nachvollzogen, daher Anregung, ob eine differenzierte Risikoeinstufung in Abhängigkeit vom</p>	Abt. 3





	<p>Impfstatus und ggf. Risikofaktoren vorgenommen werden sollte, ähnlich wie ECDC es macht. Diese Anregung soll für die kommende Mittwochssitzung von allen erwägt werden.</p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu:                  Delta Variante als Motivator für das Impfen in den Fokus rücken                  Ab Mitte Juli wird in Flughäfen und Raststätten eine verstärkte Kommunikation zur Einhaltung der AHA-L Regeln erfolgen</p> <p>! Impfbuch für alle ist erhältlich in mehreren Sprachen                  (Kostenloses Impfbuch: <a href="#">Kostenloses Impfbuch: „Blick über den Tellerrand“   Apotheken-Umschau</a>)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Social Media Activities: Propagierung von Masken + AHA-L, Info für Jugendliche und ihre Eltern                  WHO Communicators Conference wurde letzte Woche beendet. Ein wichtiger Aspekt war, dass die erfolgreiche Ansprache von Minderheiten über die Forschungsergebnisse ihrer Peer-Group erfolgen kann, z.B. Ansprache von muslimischen Minderheiten über die Präsentation von relevanten Forschungsergebnissen muslimischer Forscher. Konferenzbericht wird an Verteiler geschickt, sobald verfügbar                  Anfrage vom <b>Center for vaccinations &amp; vaccines</b> bezüglich strategischer Dokumente zur Risikokommunikation, Krisenkommunikation, Impfbereitschaft und Impfung? Diese Frage wurde in den Krisenstab gegeben:                  Antwort:                  Nationale Impfstrategie, Handbuch Krisenkommunikation vom BMI, Krisenkommunikation vom DZIF, Nationaler Impfplan, Impfstrategie COVID-19</p> <p><b>P1</b></p> <p>Einstellung des Wochenend-Dienstes für das Internet-Team, da Lagebericht am Wochenende ab sofort eingestellt wird                  Es wird ein Hinweis für die Presse geben, wo die entsprechenden Informationen anderweitig verfügbar sind: R-Wert auf Github (Verlinkung auf RKI Webseite + Anleitung für Umgang mit Github-Tabelle) und weitere Infos auf dem RKI Dashboard</p> <p>Frage: Darf auch Lagezentrum Dienst am Wochenende einstellen?                  Antwort: Das wurde als Ziel an den Minister kommuniziert und soll auch im heutigen Telefonat mit BMG so kommuniziert und angestrebt werden. Dazu müsste der Posten Internationale Kommunikation am WE ebenfalls zurückgefahren werden, z.B. durch Delegation an die Länder.</p>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Presse (Jenny)</p> <p>P1 (Degen)</p>

	<p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Info im Situationsbericht, dass ab dem kommenden WE kein Lagebericht mehr am WE erstellt wird (Rexroth).</li> <li>! Kommunikation der angestrebten Impfquoten: 85% bei unter 60-Jährigen und 90% bei über 60-Jährigen (Presse)</li> </ul>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Teilnahme am DEMIS Workshop am kommenden Dienstag zur Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie für DEMIS</p>	<p>Alle</p> <p>P1 (Jenny)</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Ergänzung und aktuelle Einordnung der RKI-Empfehlungen „Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19 Pandemie“ aus Oktober 2020.  Dokument <a href="#">hier</a>  Auf der RKI Webseite soll es ein Dokument geben, dass 3 Dokumente verlinkt:  1. Ergänzungsdokument  S3-Leitlinie  Ursprüngliches Dokument aus Oktober 2020</p> <p>Frage: ist Verweis auf S3-Leitlinie nicht ausreichend? Wozu die anderen beiden Dokumente?  Antwort nach Diskussion: Da S3-Leitlinie einen Konsens verschiedener Stakeholder darstellt, wird nicht auf alle Punkte im Detail eingegangen, z.B. das Tragen von Masken. Daher sind die anderen beiden Dokumente, die konkreter und weitergehender formuliert sind, sinnvoll.</p> <p>Die Formulierung im Ergänzungsdokument bezüglich des Maskentragens wurde von Krisenstab als zu defensiv und einschränkend empfunden. Sofern es ausreichend Evidenz gibt, z.B. empfiehlt die American Academy of Peds das generelle Maskentragen ab 2J (<a href="#">Face Masks (aap.org)</a>), sollte hier eine verschärfte Formulierung gefunden werden.</p> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Formulierung im Dokument zum Tragen von Masken nicht an Bedingungen wie erhöhte Mobilität oder zeitliche Befristungen koppeln. Das Tragen von Masken sollte auch bei niedrigen Inzidenzen ohne Einschränkung beibehalten werden und als Beibehaltung von Basismaßnahmen verstanden werden. Daher bitte Formulierung ‚nachscharfen‘ bzw. Diskussion an FG36 zurück spiegeln. (Buda).</li> <li>! Überarbeitete Version an den Krisenstabsverteiler senden</li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p>



	(FG36)	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>1 Mio. Impfungen pro Tag                  Digitales Impfmonitoring wird nun von allen BL umgesetzt (bisher nahmen Sachsen und Berlin noch nicht teil)                  Impfkzeptanz bei Menschen mit Migrationshintergrund geringer als bei Menschen ohne (50% versus 67%).                  Veröffentlichung Artikel im EpiBull zur Zielimpfquote: Um die 4. Welle abzumildern ist eine Impfquote von mindesten 85% bei den unter 60-Jährigen notwendig. Befragungen zeigen, dass die Impfkzeptanz dafür ausreichen würde, allerdings fehlen noch die Kapazitäten.</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>xxx</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Stellungnahme-Verfahren zum heterologen Impfschema mit AstraZeneca und mRNA sowie zum serologischen Genesenen-Nachweis                  Anfrage BL zur Auswirkung der Delta Variante auf Kinder unter 18 Jahren. Welche Evidenz gibt es dafür?</p> <p>Antwort Krisenstab: Es gibt Daten zur Altersverteilung und Ausbruchsverteilung von Kindern, die z.T. auch in den Berichten einzusehen sind. Es gibt auch Daten zur Auswirkung der Varianten auf Kinder (Zeitverlauf) und Daten zur Hospitalisierung. Es wurde diskutiert, welche Daten die Situation der ungeimpften Kinder am besten darstellen und zur Gestaltung der Schulpolitik am ehesten geeignet sind.</p> <p><b>ToDo:</b>                  Wie kann man die Auswirkung de aktuellen Impfpolitik auf Kinder am besten darstellen bzw. ein Monitoring implementieren basierend auf Melde- und Surveillance-Daten? Bitte diskutieren und Vorschlag erarbeiten (FG32/FG36). [ID 3912]</p>	FG33 (Wichmann)
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 465 Proben (50% Kinder &lt;5 Jahren), davon:                  2 SARS-CoV-2                  3 RSV                  139 Rhinovirus                  76 Parainfluenzavirus                  65 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)                  1 HMPV</p>	FG17 (Oh)

	<p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW ## bisher 67 Proben, davon 15 positiv auf SARS-CoV-2 (22,4%). Proben vom Paderborn-Ausbruch sind angekommen. Beteiligung der Eta-Variante konnte bestätigt werden.</p>	ZBS1 (Michel)
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Aktualisierung der Therapiehinweise durch COVRIIN und STAKOB bezüglich der Kombinationstherapie mit Bamlanivimab und Etesevimab, da gemäß FDA-Empfehlung die Kombination aufgrund von Virusvarianten nicht mehr ausgeliefert werden soll. Dazu wird nun Meinungsbild eingeholt.</p>	IBBS (Herzog, Lang)
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur freitags)</i></b></p> <p>Zur Info: Passagiere nach China bleiben vermehrt im Transitbereich stecken, da China serologischen Nachweis für die Einreise fordert.</p>	FG38 (Rexroth)
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum <i>(nur freitags)</i></b></p> <p>Die Moderation des Krisenstabs bleibt auch in der Urlaubszeit gesichert: 10.7.21-24.7.21: Hamouda 25.7.21-Ende Juli: Rexroth Auch in den Ferien soll die aktuelle Frequenz der Sitzungen beibehalten werden</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:50 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 07.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung       | o Andreas Hicketier                 |
| o Lothar H. Wieler       | ! FG36                              |
| o Lars Schaade           | o Walter Haas                       |
| o Esther-Maria Antão     | o Silke Buda                        |
| ! Abt. 1                 | o Stefan Kröger                     |
| o Martin Mielke          | ! FG37                              |
| o Osamah Hamouda         | o Tim Eckmanns                      |
| o Tanja Jung-Sendzik     | ! FG38                              |
| o Janna Seifried         | o Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ! FG12                   | o Ulrike Grote                      |
| o Annette Mankertz       | ! ZBS7                              |
| ! FG14                   | o Christian Herzog                  |
| o Mardjan Arvand         | ! P1                                |
| o Melanie Brunke         | o Ines Lein                         |
| ! FG17                   | ! Presse                            |
| o Ralf Dürrwald          | o Marieke Degen                     |
| ! FG21                   | o Ronja Wenchel                     |
| o Wolfgang Scheida       | ! ZIG                               |
| ! FG25                   | o Johanna Hanefeld                  |
| o Christa Scheidt-Nave   | ! ZIG1                              |
| ! FG32                   | o Luisa Denkel                      |
| o Claudia Sievers        | ! BZgA                              |
| ! FG33                   | o Heide Ebrahimzadeh-<br>Wetter     |
| o Thomas Harder          |                                     |
| ! FG34                   |                                     |
| o Matthias an der Heiden |                                     |
| o Claudia Winklmayr      |                                     |

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Vorgezogener TOP:</b></p> <p><b>! Abstimmung des Dokuments „Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen“</b> (Konsentiertes Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p><i>ToDo: Dokument soll zeitnah an BMG und über AGI an die Länder zur Abstimmung versendet und heute, Mittwoch, 07.07.2021 bis 16:00 veröffentlicht werden</i></p> <p><i>Versand bitte über Lagezentrum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grundsätzlich ist eine Vereinfachung angestrebt. Für vollständig Geimpfte und Genesene mit 1 Impfung sowie Genesene (innerhalb von 6 Monaten) soll eine einheitliche Quarantäne-Regelung bzgl. VOC formuliert werden. Änderungen betreffen daher nur zwei Abschnitte des Dokuments:</li> <li>○ Abschnitt „2.2 Fokussierung auf Situationen mit hohem Übertragungspotential (Superspreading-Events, Clustererkennung) bzw. mit Beteiligung von Risikogruppen“ <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Längere Diskussion zum letzten Unterpunkt zur Priorisierung falls „u. a. erhöhte Übertragbarkeit, erhöhter Anteil von Reinfektionen, vermehrte Impfdurchbrüche, ungewöhnlicher klinischer Verlauf“</li> <li>▪ VOC mit auffälligem Verlauf sollen dadurch Vordergrund rücken und von den GÄ priorisiert nachverfolgt werden</li> <li>▪ Appell an die Aufmerksamkeit/Selbstständigkeit der GÄ</li> <li>▪ Welche sinnvollen Parameter können hierfür definiert werden?</li> <li>▪ Nur harte Kriterien: Ungewöhnlicher klin. Verlauf, erhöhter Anteil an Reinfektionen, erhöhte Transmissibilität, möglicher Immune-Escape</li> <li>▪ Praktischer Ansatz: Vermehrte Impfdurchbrüche, erhöhte Übertragungsquote</li> <li>▪ Diese Vorschläge werden einvernehmlich angenommen: „Bei Hinweisen auf eine Exposition durch neu auftretende, besorgniserregende SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC), die eine Anpassung des Managements von Fällen und Kontakten erfordern</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 36 (Haas)</p> <p>Alle</p>



	<p>würden (u. a. erhöhte Übertragbarkeit, erhöhter Anteil von Reinfektionen, vermehrte Impfdurchbrüche, ungewöhnlicher klinischer Verlauf), sollte das zuständige Gesundheitsamt diesen Fällen mit hoher Priorität nachgehen. Bei solchen Hinweisen kann es sich bspw. um eine entsprechende Reiseanamnese oder um molekulardiagnostische Hinweise, Verdachtsfälle oder Nachweise einer VOC handeln.“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abschnitt „3.2.2. Hinweise zur Anordnung der Quarantäne“             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Datenlage: Studie aus Schottland zeigt gegenüber Delta bzgl. aller Infektionen (sympt. und asympt.) einen Rückgang der Wirksamkeit von Biontec von 92 auf 79 % und Vaxzevria von 73 auf 60%, nur für sympt. Infektionen sind die Zahlen ähnlich, Daten zur Hospitalisierung sind eingeschränkt verwertbar, da einmal und zweimal Geimpfte zusammengefasst wurden.</li> <li>▪ PH England berichtet Effektivität bzgl. Hospitalisierung für Biontec von 95(Delta) vs. 98% (Alpha) und für Vaxzevria 86 (Delta) vs. 92 % (Alpha).</li> <li>▪ Daten aus Israel (noch nicht publiziert, bisher nur PM): Effektivität von Biontec sinkt gegenüber Delta von 94 auf 64% bzgl. Infektion und von 98 auf 93% bzgl. ‚serious illness‘.</li> <li>▪ Eine kanadische Studie bestätigt, dass es sich bei Delta nicht um eine Immun-Escape-Variante handelt</li> <li>▪ Abnahme der Effektivität könnte auf asymptomatische Infektionen zurückzuführen sein, sie bleibt jedoch <math>\geq 60\%</math></li> <li>▪ Vor diesem Hintergrund soll für vollständig geimpfte, genesene mit einer Impfung und genesene (innerhalb 6 Monaten) Kontaktpersonen mit Delta-Quellfall keine Quarantänepflicht mehr gelten</li> <li>▪ Der Passus „...sollten nach Kontakt zu einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall, wenn möglich, die berufliche Tätigkeit bzw. ihren privaten Umgang mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall einstellen“ soll erhalten bleiben</li> <li>▪ Frage: Gilt dies auch für Beta und Gamma?</li> <li>▪ Zunächst ja, diese spielen in Deutschland keine Rolle, deshalb keine Ausnahmen erforderlich</li> <li>▪ Hinweis: Diskrepanz zur Einreise aus Virusvariantengebieten, da hier weiterhin eine 14.tägige Quarantäne empfohlen ist, wird zu Nachfragen aus BMG</li> </ul> </li> </ul>	<p>Hanemann, Denkel Kröger</p>
--	--	--

	<p>und Presse führen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antwort: Beta oder Gamma sind bei KoNa im Inland in den seltensten Fällen bekannt und es sollte klargestellt werden, dass nicht danach gesucht werden soll</li> <li>▪ Frage: Was würde dies für die Aktualisierung der EinreiseVO nach sich ziehen? Ist das ein proaktiver Hinweis ans BMG?</li> <li>▪ Diskrepanz wäre fachlich sinnvoll, wenn Beta oder Gamma in dem ausgewiesenen Gebiet überwiegen, das müsste deutlich formuliert werden um die Diskrepanz zu begründen</li> <li>▪ Es wird zunächst beschlossen, die vorgeschlagenen Änderungen anzunehmen</li> <li>▪ Bzgl. Ausnahmen (Varianten mit Hinweis auf Immunescape) soll auf die VOC-Liste im Lagebericht verlinkt werden, die dafür gepflegt und aktualisiert werden soll</li> </ul> <p><b>Eine Fortsetzung dieser Diskussion incl. Rücknahme des o.g. Beschlusses erfolgt im Rahmen der Diskussion zur Lage national (s. bitte Seiten 8/9)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage zur internationalen Flug-KoNa <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Könnte diese auf Flüge &gt; 5 Stunden Dauer eingeschränkt werden?</li> <li>▪ Belastung nimmt deutlich zu, Zeitgewinne durch Deeskalationsfortschritte werden dadurch wieder verloren</li> <li>▪ Int. KoNa ist auf Bevölkerungsebene nicht effizient – ist eine Beendigung denkbar?</li> <li>▪ FG 36 erbittet etwas Bedenkzeit</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: @ Lagezentrum: Thema auf die Agenda der Krisenstabssitzung am 14.07. setzen. Alle sind gebeten, sich Gedanken zu Einschränkung vs. Einstellung zu machen</i></p> <p><b>Aktuelle Lage</b></p>	<p>FG 38 (Grote)</p> <p><i>Alle</i></p> <p>FG32 (Hamouda)</p>
--	--	---





<p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.732.584 (+985), davon 91.110(+48) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 5,1/100.000 EW <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inzidenz seit einer Woche um 5/100.000 EW</li> </ul> </li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 44.886.784 (56,8%), mit vollständiger Impfung 29.803.258 (39,3%) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schwerpunkt liegt auf dem 2. Impftermin, hier jetzt schnellere Zunahme</li> </ul> </li> </ul> <p>! Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in fast allen BL Abwärtstrend</li> <li>▪ Ausnahme Bremen: Besorgniserregende Zunahme auf niedrigem Niveau, von 6,0 (30.06.2021) auf jetzt 8,6/100.000 EW</li> </ul> <p>! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2/3 der LK &lt;5/100.000 EW</li> <li>▪ 1/3 der LK &gt;5/100.000 EW</li> <li>▪ Kein LK &gt;25/100.000 EW</li> <li>▪ Jetzt 37 LK mit 0 Fällen (Vorwoche 50)</li> <li>▪ Großstädte: FFM &gt;20/100.000 EW, alle anderen liegen deutlich darunter</li> </ul> <p>! 7-Tage-Inzidenz im Wochenvergleich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geschwindigkeit der Abnahme lässt nach</li> </ul> <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutliche Abnahme in allen Altersgruppen</li> <li>▪ Inzidenz bei 15-19 und 20-24jährigen &gt; 10/100.000</li> <li>▪ Inzidenz in alle anderen Altersgruppen &lt; 10/100.000</li> <li>▪ Inzidenz Altersgruppe &gt; 60jährige: 2/100.000</li> </ul>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Buda)</p>
---	--

	<p>! COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Tendenz zur Abnahme</li> </ul> <p>○ Covid-19 Patient*innen in intensivmed. Behandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 509, Geschwindigkeit des Belegungsrückgangs nimmt ab</li> </ul> <p>○ Todesfälle und Hospitalisierte nach Altersgruppe und Meldewoche (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil der Altersgruppen an Todesfällen: 80+Jährige überwiegen, zweitgrößter Anteil 60-79Jährige, dann 35-59Jährige</li> <li>▪ Zahl der Todesfälle geht deutlich zurück, Hochaltrige nehmen dabei anteilig zu, geringe Zunahme der 35.60Jährigen</li> <li>▪ Anteil der Altersgruppen an den Hospitalisierten: Bei insgesamt geringen Fallzahlen geringe Zunahme bei den 35-60Jährigen</li> <li>▪ Anzahl der Hospitalisierten: Rückgang, niedrige Zahlen, prozentuale Altersverteilung bei 80+Jährigen gleichbleibend, Rückgang bei 60-80Jährigen, geringe Zunahme bei 15-34 und 35-60Jährigen</li> <li>▪ Durchschnittsalter (MW) bei COVID-19-Fällen sinkend, bei Hospitalisierten sinkend, bei ITS-Patient*innen sinkend, bei Verstorbenen gleichbleibend</li> </ul> <p>! <b>Testkapazität und Testungen</b> (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Testzahlen und Positivquote</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin geringer Rückgang der Testzahl im Vergleich zur Vorwoche Wieder weniger Testungen (knapp &lt; 700.000), Positivenanteil 0,8%</li> </ul> <p>! Auslastung der Kapazitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten von 2,2 Mio vorhanden</li> </ul> <p>! Testzahlerfassung-VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil von B.1.617 (ohne weitere Differenzierung) an allen positiven Tests: 47,9%</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Anzahl Testungen und Positivenanteil nach BL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin Rückgang bei Anzahl Testungen und Positivenanteil</li> <li>▪ Abflachung in allen BL, Bremen (Schwankungen) bei geringer Datenmenge nicht zu bewerten</li> </ul> <p>! Anzahl Testungen nach Altersgruppe und Abnahmeort</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 0-4 und 5-14jährige konstante Testzahl, Abnahmeort überwiegend „Andere“ (Schule, Lollitest), in allen anderen AG Rückgang,</li> <li>▪ Arztpraxen: Rückgang, KH: konstante Testzahl „Andere“: Rückgang</li> <li>▪ Positivenanteil überall rückläufig</li> </ul> <p>! VOC B.1.617</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein weiterer Anstieg (diese Woche nur 17 Isolate)</li> <li>▪ Nachweis von Delta hauptsächlich im KH, der sehr niedrige Anteil von Delta an „anderen“ Testorten ist für den Gesamtrückgang verantwortlich</li> </ul> <p>! Ausbrüche Altenheime und med. Einrichtungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Keine neuen Ausbrüche in Altenheimen</li> <li>▪ Sehr wenige Ausbrüche in Krankenhäusern</li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! GrippeWeb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Raten in allen Altersgruppen gehen stark nach oben,</li> <li>▪ Besonders Kinder sind betroffen (0-14jährige), Erwachsenen ziehen nach</li> <li>▪ Anstieg von in der Vorwoche 2,4 Mio auf 3 Mio in KW 26</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg auf 550.000 Konsultationen</li> <li>▪ höhere Werte als 2018/19 und in anderen Saisons auch hier sind Kinder die Vorreiter</li> <li>▪ In KW 25: 530 Konsultationen/100.000 EW, entspricht einem Anstieg von 390.000 auf 440.000</li> </ul>	<p>(Hicketier)</p> <p>MF4</p> <p>FG34/FG36 (Winklmayr)</p>
--	--	--

	<p>Konsultationen i. Vgl. zur Vorwoche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Infektionsschutzmaßnahmen an Schulen die Übertragung resp. Erkrankungen nicht verhindern</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Gruppe der 0-14jährigen geringer Anstieg der SARI Fälle Keine Zunahme schwerer Verläufe</li> <li>▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen auf 5%</li> <li>▪ Rückgang des COVID-19-Anteils an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung auf 7%</li> </ul> <p>! Ausbrüche in Kindergärten, Horten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positiver Trend setzt sich fort</li> <li>▪ 17 neue Ausbrüche in Kindergärten</li> </ul> <p>! Ausbrüche in Schulen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 19 neue Ausbrüche in Schulen</li> </ul> <p>! <b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! In KW 26: 164 Einsendungen aus 41 Praxen</p> <p>! Anteil 0-4Jähriger leicht gesunken</p> <p>! Anstieg bei den 16-34Jährigen</p> <p>! Humane Rhinoviren dominieren, hier sind Kinder am stärksten betroffen, gefolgt von Parainfluenzaviren die alle Altersgruppen betreffen</p> <p>! SARS-CoV-2: 1 Nachweis (11 Monate), 1 Nachweis in der Vorwoche (32 Jahre)</p> <p>! Influenzaviren: Kein Nachweis</p> <p>! Humane Metapneumoviren: 1 Nachweis (AG 35-60jährig)</p> <p>! Saisonale Coronaviren: Rückgang bei NL 63, OC43 sinkt stark, beide jetzt &lt;5%</p> <p>! <b>Delta-Variante in Deutschland, Stand und Modellierung</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>Alle</p> <p>Schaade</p> <p>Alle</p>
--	--	--



	<p>! Aus Genomsequenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delta dominiert, KW 25: 60%, KW 26: knapp&lt;50%</li> <li>▪ Alpha KW 25 33%, KW 26: 37%</li> <li>▪ Beta und Gamma in ganz wenigen Proben</li> </ul> <p>! Übersicht Anteil Delta in VOC-Erhebungssystemen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ RKI-Testzahlerfassung incl. ad hoc-Erhebung: Delta 47,9% (KW 26), Alpha 37,7%</li> <li>▪ IfSG-Daten: Delta 55%, Alpha 40%</li> </ul> <p>! VOC-Anteile der Stichprobe der Genomsequenzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Turnover Delta &gt; Alpha ist vollzogen</li> <li style="padding-left: 20px;">Erfreulich hoher Anteil an Sequenzierungen (20%)</li> </ul> <p>! Entwicklung der Fallzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alpha: weiterhin Rückgang</li> <li>▪ Delta: Anstieg insbesondere in KW 21-23</li> <li>▪ Spezifische R-Werte: Alpha 0,54, Delta 1,04</li> <li>▪ Quotient aus Delta und Alpha: schwankendes Bild, geglättete Werte ergeben einen etwa 60% höheren R-Wert für Delta</li> <li>▪ Daten sind veröffentlicht (Lagebericht?) mit dem Hinweis, dass die Daten aufgrund niedriger Fallzahlen unzuverlässig sind</li> </ul> <p>! Vergleich hospitalisierte Fälle: Alpha vs. Delta (MW 22-25)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altersgruppe 15-60 Jahre liegt Delta etwas über Alpha</li> <li>▪ In allen anderen Altersgruppen überwiegt Alpha</li> </ul> <p>! Impfdurchbrüche bei VOC (für Lagebericht)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen aktuell zu gering für eine Aussage über einen erhöhten Anteil von Delta an hospitalisierten Impfdurchbrüchen zu machen</li> <li>▪ Anzahl der Impfdurchbrüche für VOC aktuell zu gering für die Ableitung von Aussagen</li> </ul> <p>! VOC Tabelle und VOI Entwicklung der Fallzahlen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorschlag: VOI weglassen</li> <li>▪ Überlegungen zur Benennung der letzten Spalte</li> </ul>	
--	---	--

„Schutz durch Impfung“: Soll in der späteren Diskussion geklärt werden

! **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** (*nur mittwochs*)

! Nicht besprochen

! **Schätzung der Exzess-Mortalität durch COVID**

! Zeitraum bis KW 20/2020 bis KW 20/2021

- Generalisiertes additives Modell
- Daten: Wöchentliche Mortalität / Influenzafälle / Covid-19-Todesfälle pro Bundesland und Altersgruppe (unter 65/ über 65)

! Exzess= Differenz aus geschätzter Gesamtmortalität und geschätzter Basismortalität ohne COVID-19

! Erste Welle: Alle COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet, 2. Welle: 59% der COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet, da im Frühjahr 2021 die Gesamtsterblichkeit niedriger war als in den Vorjahren (Saisonalität, ausbleibende Influenzawelle) trotz ca. 1000 COVID-Todesfällen pro Woche

! Excess nach Altersgruppen und Bundesländern

- SH, SL, NW, HH, RP, NS, MV: kein signifikanter Excess
- In BY, SA, TH, SN, BB, HE, B, BW: Excess-Mortalität
- Altersgruppe < 65jährige: Fast alle COVID-Todesfälle wurden in der 2. Welle als Exzess gewertet,
- Altersgruppe ≥ 65jährige: etwa 60% der COVID-Todesfälle wurden als Excess gewertet

! **Diskussion**

! Frage: Warum Zunahme von ARE bei gleichzeitiger Abnahme der Testungen? Antwort: Kinder werden häufig in der Schule getestet, daher wird davon auszugehen, dass es sich häufig nicht um COVID-19 handelt und nicht getestet. ARE-Zunahme zeigt sinkendes Risikobewusstsein und geringere Kontaktbeschränkungen

! Frage zu VOC: Sind die R-Wert-Berechnungen



	<p>altersstratifiziert? Antwort: Nein, sonst müssten für die R-Wert Darstellung Matrizen angegeben werden, ist zu kompliziert</p> <p>! Formulierungsvorschlag zu den spezifischen R-Werten: „Grobe Schätzungen ergeben erhöhte R-Werte mit starken Schwankungen“</p> <p><b>Hier kehrt die Diskussion zurück zur VOC/VOI Tabelle, auf die ursprünglich im Rahmen der Ausnahmen von den erleichterten Quarantäneregeln verlinkt/hingewiesen werden sollte. Auch die Quarantäne-Ausnahmeregelungen für Immun-Escape-Varianten werden erneut thematisiert</b></p> <p>! Zur VOC/VOI-Tabelle: Spaltenüberschrift „Schutz durch Impfung“ ist unzureichend, Genesenenstatus fehlt, ein Hinweis auf Immun-Escape-Varianten könnte aufgenommen werden, allerdings liegen hierzu unterschiedliche Evidenzen vor, die ggf. ausgewiesen werden müssten</p> <p>! Impfwirksamkeit ist nur durch klare Endpunkte definierbar: Hospitalisierung und schwere Erkrankung</p> <p>! Transmissibilität ist kein ausreichendes Kriterium</p> <p>! Könnte auf eine bereits existierende Experten-Liste zurückgegriffen werden? WHO führt eine VOC- Liste, ECDC ebenfalls</p> <p>! Auf der ECDC -Liste wird Delta als Immun-Escape-Variante geführt, das widerspricht der Meinung des RKI</p> <p>! Ist es grundsätzlich ein tragfähiges Konzept, Quarantäneregeln für bestimmte Varianten festzulegen? Im Rahmen der Unter-AG zum „Strategiewechsel der AGI“ werden ähnliche Fragen gestellt</p> <p>! Neuer Formulierungsvorschlag zu Abschnitt „3.2.2. Hinweise zur Anordnung der Quarantäne“:</p> <p>„Das Auftreten und die Zirkulation neuer besorgniserregender SARS-CoV-2-Varianten (variants of concern, VOC) mit deutlichen Immun-Escape-Eigenschaften wird vom RKI eng überwacht. Sobald sich dabei Änderungen für diese Empfehlungen ergeben, werden diese zeitnah angepasst und kommuniziert. Unabhängig von diesem grundsätzlichen Vorgehen ist bei Einzelfällen, bei denen bereits bekannt ist, dass es sich um eine Exposition gegenüber einer Immun-Escape-Variante</p>	
--	--	--

	<p>nach gegenwärtigem Kenntnisstand handelt (zur Zeit die Virusvarianten Beta (B.1.351) und Gamma (P.1)), eine Quarantäne der vollständig geimpften sowie genesenen Kontaktpersonen immer empfohlen.“</p> <p>! Auf Verlinkung mit/Hinweis auf eine VOC-Liste wird verzichtet</p> <p>! Dieser Vorschlag wird einvernehmlich angenommen</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Wird bis Freitag 09.07. zur Abstimmung vorbereitet</p> <p><i>ToDo: @Lagezentrum: Bitte für Freitag auf die Agenda setzen</i></p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Kein Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Frage: Eine Unterseite der COVID-19-Homepage soll eingerichtet werden, auf der alle auf die Schule bezogenen Dokumente eingestellt werden. Kann die Stellungnahme zu den MPK-Beschlüssen (12/2020) entfernt werden, da Beschlüsse und Stellungnahme veraltet sind?</p> <p>! Antwort: Das Dokument kann ersatzlos entfernt werden</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Kein Beitrag</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle







## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 09.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
    - Lars Schaade
    - Lothar Wieler
  - ! Abt. 1
    - Martin Mielke
  - ! Abt. 3
    - Osamah Hamouda
    - Tanja Jung-Sendzik
    - Janna Seifried
  - ! ZIG
    - Johanna Hanefeld
  - ! FG14
    - Melanie Brunke
  - ! FG17
    - Dschin-Je Oh
  - ! FG21
    - Wolfgang Scheida
  - ! FG32
    - Claudia Sievers
  - ! FG33
    - Ole Wichmann
  - ! FG34
    - Andrea Sailer (Protokoll)
  - ! FG36
    - Stefan Kröger
    - Silke Buda
    - Walter Haas
  - ! FG37
    - Tim Eckmanns
  - ! FG 38
    - Maria an der Heiden
  - ! IBBS
    - Christian Herzog
    - Claudia Schulz-Weidhaas
  - ! P1
    - Christina Leuker
  - ! Presse
    - Ronja Wenchel
  - ! ZBS1
    - Janine Michel
    - Andreas Nitsche
  - ! ZIG1
    - Anna Rohde
  - ! BZgA
    - Britta Reckendrees







## National

- ! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](#))
  - SurvNet übermittelt: 3.734.468 (+949), davon 91.190 (+49) Todesfälle
  - 7-Tage-Inzidenz 5,5/100.000 Einw.
    - 3.Tag in Folge ansteigende Zahlen
  - Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 48.180.450 (57,9%), mit vollständiger Impfung 34.490.355 (41,5%)
    - Doppelt so viele Zweit- wie Erstimpfungen
  - Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer
    - Insgesamt ganz leicht ansteigender Trend
    - Leicht ansteigender Trend in Bremen
    - Minimum liegt in SH und MV bei 1,4, Maximum in Bremen bei 9,8 bzw. in Hamburg bei 10,3 (Meldeverzug)
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - Knapp über 10% der LK ohne Fälle, 209 zwischen 0-5 Fälle (60%)
    - Kein LK >25 Fälle
    - Trend - Entwicklung letzte 7 Tage: deutlich mehr LK, in denen Fallzahl zunimmt als LK, in denen sie abnimmt.
    - Wochenvergleich: Zahl der Fälle hat im Vergleich zur Vorwoche um ca. 5% zugenommen.
  - Expositionsländer importierter Fälle
    - Spanien an der Spitze mit ca. 250 importierten Fällen
    - Gefolgt von Russland, Türkei und Portugal
  - Indikatorbericht
    - R-Wert ist knapp über 1
  - Indikatorbericht für die Bundesländer
    - R-Wert in einigen BL über 1
  - Sterbefallzahlen Deutschland

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 542 Todesfälle in letzten 14 Tagen, zurzeit keine Übersterblichkeit</li> <li>! <b>Testkapazität und Testungen</b> (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! <b>Virologische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (<i>nur mittwochs</i>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Namibia <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erste Hilfslieferungen sind in Namibia eingetroffen.</li> <li>○ Unterstützung bei Sequenzierung durch RKI und Forschungszentrum Borstel</li> <li>○ Emergency Medical Teams waren bereits organisiert. Weder diese noch Intensivmediziner konnten nach Namibia geschickt werden, da keine Ausnahmen von den Quarantäneregelungen möglich sind.</li> <li>○ In der neuen Muster-Einreiseverordnung wird überlegt, wieder Ausnahmen für humanitäre Helfer einzuführen.</li> <li>○ ZIG hat beim BMG erbeten, frühzeitig den Entwurf der Einreiseverordnung sehen zu können. Noch ist keine Vorlage vorhanden, wird aber zeitnah geteilt.</li> </ul> </li> <li>! Ruanda: Bitte um Austausch zur Sequenzierung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Virtueller Austausch mit ZBS7 Kollegen hat stattgefunden.</li> </ul> </li> <li>! Irak: Bitte der irakischen Regierung um Austausch zur Sequenzierung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hat gestern Nachmittag stattgefunden, Unterstützung durch MF</li> </ul> </li> <li>! Unterstützungsersuchen konzentrieren sich im Moment in erster Linie auf die Entwicklung von Varianten <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Expertise des RKI im Bereich Sequenzierung sehr gefragt.</li> </ul> </li> <li>! Auf welchen Daten welcher Varianten beruht die Einteilung in Virusvariantengebiete? Hat sich das evtl. geändert? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bessere Sequenzierungsdaten sind vermutlich nächste Woche verfügbar. Dann könnte die Vermutung belegt werden, dass Delta und nicht Gamma und Beta in Namibia verbreitet sind. Delta ist nicht mehr Grund für die Ausweisung eines Virusvariantengebiets.</li> <li>○ Problematisch: Vor allem Länder mit gefährlichen Virusvarianten werden vermutlich humanitäre Hilfe anfordern.</li> </ul> </li> <li>! Regierung von Namibia wird Impfdosen von Deutschland erfragen. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kabinettsbeschluss, dass vermehrt Impfstoffe abgegeben</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>



	<p>werden, in erster Linie AstraZeneca.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im südlichen Afrika problematisch, da viel Impfskepsis gegenüber AstraZeneca.</li> </ul> <p>! Wie kann das RKI Partnerländer beim Impfen unterstützen? Öffentliche Positionierung zu internationaler Gerechtigkeit möglich?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sachlich immer wieder von ZIG gegenüber BMG thematisiert. Linie der Politik wird nicht nur von unserem Ressort bestimmt.</li> <li>○ Bundesregierung will lokale Produktionen stärken, Produktion von Vaccinen in Südafrika.</li> <li>○ In ZIG Forschung zu Pandemie und sozialer Ungleichheit geplant (Equity in pandemics), ein Aspekt davon wird Verteilung und Produktion von Impfstoffen sein.</li> <li>○ Unterstützen kann ZIG auch im Bereich Impfkommunikation, Evidenz für Impfempfehlungen. Hier sind die Bedarfe sehr hoch.</li> <li>○ Wer soll Impfstoffe erhalten? Ist das Ziel alle Kinder &gt; 12 Jahre zu impfen oder sollte der Impfstoff zunächst Risikogruppen in anderen Ländern zur Verfügung gestellt werden?</li> <li>○ Wird in Zusammenhang mit Impfgerechtigkeit diskutiert. Macht es Sinn Kinder zu impfen, wenn ein Großteil der Welt noch keinen Impfstoff hat?</li> <li>○ Fr. Hanefeld wird hierzu einen evidenzbasierten Artikel im Epid. Bull. schreiben.</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Diskussion/Abstimmung der aktuellen Risikobewertung siehe Überarbeitung (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel: Niedrige Zahl von Neuinfizierten und hoher Anteil von vollständig Geimpften.</li> <li>○ Vermeidung von Langzeitfolgen wurde ohne weitere Erklärung ergänzt (im Moment wenig Wissen über Langzeitmorbidity). Grund für Ergänzung: Erhöhung von Eigenverantwortung, persönlicher Schutz durch Impfung</li> <li>○ Fallzahl stagniert, Zahl schwerer Erkrankungen ist rückläufig, bzw. auf niedrigem Niveau.</li> <li>○ Bei Häufungen wurden Kitas, Schulen und berufliches Umfeld gestrichen, auf Privathaushalte und Freizeit reduziert.</li> <li>○ Empfehlung von barrierefreien und aufsuchenden Impfangeboten wurde ergänzt.</li> <li>○ Dynamik der Verbreitung der Varianten: Reihenfolge wurde beibehalten.</li> <li>○ Mit einem Anstieg der Delta-Variante muss aufgrund der leichten Übertragbarkeit, Lockerungen der Kontaktbeschränkungen und Reisetätigkeiten gerechnet</li> </ul>	<p>FG36 (Haas) / Alle</p>



	<p>werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Bei vollständiger Impfung schützen alle Impfstoffe nach derzeitigen Erkenntnissen. Leicht verringerte Schutzwirkung bei Delta.</li><li>○ Gefährdung für Gesundheit der nicht oder nur einmal geimpften Bevölkerung wird weiterhin als hoch eingeschätzt.</li><li>○ Bei vollständig Geimpften wird sie als moderat eingeschätzt, wobei Menschen mit chronischen Erkrankungen und vulnerable Bevölkerungsgruppen besonders betroffen sind.</li><li>○ Beim Risiko muss zwischen Geimpften und Nicht-Geimpften differenziert werden. Genesene werden nicht vom Rest der Bevölkerung unterschieden.</li><li>○ Vorsicht wegen Impfdurchbrüchen, weiter an AHA-L Regeln halten.</li><li>○ Aerosole spielen insbesondere in Innenräumen sowie im Freien bei engen Gesprächskontakten eine Rolle.</li><li>○ Text zu Masken wurde hinter den Absatz zu Aerosolen verschoben.</li><li>○ Bei respiratorischen Symptomen sollen Personen zu Hause bleiben, bis SARS-Cov-2 als Ursache ausgeschlossen wurde.</li><li>○ Darüber hinaus sollte das Angebot zur Impfung genutzt und die Impfung durch eine zweite Impfung abgeschlossen werden.</li><li>○ Im Disclaimer soll auf die geänderte Einschätzung für Geimpfte hingewiesen werden.</li></ul> <p><i>ToDo: Risikobewertung BMG im Änderungsmodus zuschicken, soll nächste Woche auf Homepage veröffentlicht werden. FF Maria an der Heiden</i></p> <p>! Frage zur Corona-Warn-App: Müssen die Parameter zur Risikobewertung bei Delta geändert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Aus Sicht des Kontaktmanagements: nein, keine Änderungsnotwendigkeit</li></ul>	<p>Scheida</p>
--	---	----------------

<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Inhalte und FAQ werden bzgl. Delta-Variante angepasst und neue STIKO Empfehlung kommuniziert.</p> <p>! Twitter: Absage von Impfterminen bei Mehrfachterminen nicht vergessen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Aussehen der COVID-Internetseite wird sich nächste Woche verändern, Inhaltsverzeichnis wird ergänzt.</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! Flyer zu Corona-Etikette bei niedrigen Inzidenzen entwickelt (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neu sind Punkt 2 und 4.</li> <li>○ Punkt 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Getestet: Bild soll verändert werden: Tupfer muss waagrecht eingeführt werden, Handschuh beim Testen.</li> <li>▪ Impfen ist einzige Primärprävention, wird deshalb an 1. Stelle unter Punkt 2 gerückt.</li> <li>▪ *In festen Gruppen statt „reicht“ 2x wöchentlich in „mind.“ 2x wöchentlich testen ändern.</li> </ul> </li> <li>○ Punkt 3, <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erkältungszeichen: Thermometer weist nur auf Fieber hin. Ein anderes Symptom sollte gewählt werden, z.B. Taschentuch + roter Hals.</li> <li>▪ Fehlt noch Vorstellung beim Hausarzt und Test durch Fremde oder Selbsttest. -&gt; Zu viel Information für einen Flyer.</li> </ul> </li> <li>○ Punkt 4: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sieht aus, als würden Personen vor dem Haus stehen, Bild verändern.</li> <li>▪ ** im Restaurant wird vor tagesaktuellem Test bei „Abstand“ eingefügt.</li> </ul> </li> <li>○ Schriftgröße ist sehr klein, evtl. vergrößern?</li> </ul>	<p>BZgA (Reckendrees)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>Alle</p>
-----------------	--	--

<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Hinweis auf Herdenimmunität bei der Impfkommunikation nicht sinnvoll. (Impfen von Kindern, um unwillige Erwachsene zu schützen) Appellieren an eigenen Schutz, Schutz von Familienangehörigen und Freunden und erst an dritter Stelle altruistische Argumentation.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unklar, welcher Ansatz am besten ist, wird nächsten Mittwoch mit Vorbereitung diskutiert.</li> </ul> <p>! Schutz der Heime, Impfquoten von Pflégern in Heimen sind relativ niedrig. Thema für BZgA: jeder der Kontakt zu vulnerablen Gruppen hat, ist besonders aufgefordert sich impfen zu lassen.</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	<p>Buda / Alle</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Überarbeitetes KoNa Papier für Altenheime- und Pflegeeinrichtung (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Quarantänisierung bei Delta-Variante fällt wieder weg. AHA-Regeln bleiben weiterhin wichtig.</li> <li>○ Wesentliche Änderung in Punkt 4: Kontaktpersonenmanagement in der medizinischen Versorgung: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Kontakt zu Alpha und Delta ist keine Quarantäne notwendig, wenn möglich sollen Kontakte zu ungeimpften Risikogruppen eingeschränkt werden.</li> <li>▪ Nur bei Kontakt zu Beta oder Gamma ist Quarantäne (auch der vollständig Geimpften und Genesenen) erforderlich.</li> </ul> </li> <li>○ Zu bedenken ist, dass bei Nennung der Varianten das Papier, sobald sich Neues ergibt, regelmäßig aktualisiert werden muss. Deshalb sollte mit der Definition von Escape-Varianten sparsam umgegangen werden. Der Begriff Immun-Escape-Variante sollte möglichst vermieden werden.</li> <li>○ Möglich wäre eine Verlinkung auf ein zentrales Dokument.</li> <li>○ Gremien, die diese Definitionen treffen, sollten im Krisenstab vorgestellt werden.</li> <li>○ Viele Anfragen, worauf die Definitionen basieren. Endpunkte sind schwere Erkrankungen.</li> <li>○ Das Wort Immun-Escape-Variante wird gestrichen. Der Begriff sollte später auch aus dem Kontaktpersonenmanagement gestrichen werden, bis es international mehr Erkenntnisse gibt.</li> </ul>	<p>FG36 (Eckmanns)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p>	<p>FG33</p>



	<p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 465 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 für SARS-CoV-2</li> <li>○ 168 für Rhinovirus</li> <li>○ 68 für saisonale Coronaviren (NL-63 und OC43)</li> <li>○ 36 für Parainfluenzavirus (vorwiegend Typ3)</li> <li>○ 3 für RSV</li> <li>○ 1 für Metapneumovirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! In KW 27 bisher 81 Proben, davon 26% positiv auf SARS-CoV-2 getestet.</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	IBBS
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Fokussierungskriterium FlugKoNa bei Flügen &gt;5h</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aufnahme eines Fokussierungskriteriums im Kontaktpersonenmanagementpapier, Abschnitt 2: Fokussierung auf Flüge &gt; 5h möglich, da dann Einnahme von Mahlzeiten, mehr Bewegung im Flugzeug</li> <li>○ Kriterium muss nicht, kann aber angewendet werden.</li> <li>○ Leitung ist einverstanden, muss mit BMG abgestimmt werden. Hr. Sangs war bei TK mit IGV-benannter Flughäfen dabei und hatte keine Einwände.</li> </ul> <p><i>ToDo: Papier ändern: auf Begriff Immun-Escape-Variante verzichten und Fokussierungskriteriums aufnehmen, FF Maria an der Heiden</i></p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Position Int. Kommunikation: Depriorisierung von Aufgaben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Letzten Samstag waren 19 Personen im Einsatz, so auf Dauer nicht möglich aufrecht zu erhalten.</li> <li>○ Vorgabe von Hr. Spahn: Alles was der ÖGD an uns heranträgt, soll ans Ausland weitergeleitet werden. Kontaktpersonen, die in Deutschland identifiziert wurden, werden ans Ausland weitergeleitet.</li> <li>○ Was vom Ausland an uns herangetragen wird, kann stark</li> </ul>	FG38 (an der Heiden)



	<p>einschränkt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern erster Schritt: vom Ausland werden Anfragen nur noch bearbeitet, wenn sie aus einem Virusvariantengebiet kommen.</li> <li>○ Bei internationalen Kontakten sollen Priorisierungskriterien angewandt werden. Soll mit BMG geklärt werden.</li> <li>○ Nur auf Reisende aus Virusvariantengebieten fokussieren, oder Kontakt mit Beta oder Gamma-Variante.</li> </ul>	
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Fr. Merkel wird das RKI kurzfristig nächsten Dienstag um 11 Uhr besuchen. Sicherheitsfragen sind zu klären. Geplant ist ein Museumsbesuch, 2 Vorträge zur strategischen Ausrichtung des Hauses und zur Impfstrategie sowie eine Pressekonferenz.</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende:** 13:23 Uhr



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 14.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Walter Haas
○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda
! Abt. 1	! FG37
○ Martin Mielke	○ Tim Eckmanns
! Abt. 3	! FG38
○ Osamah Hamouda	○ Maria an der Heiden
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ariane Halm (Protokoll)
○ Janna Seifried	! IBBS
! FG12	○ Christian Herzog
○ Annette Mankertz	! P1
! FG14	○ Esther-Maria Antão
○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker
! FG17	! Presse
○ Ralf Dürrwald	○ Susanne Glasmacher
! FG21	○ Ronja Wenchel
○ Wolfgang Scheida	! ZIG1
! FG25	○ Anna Rohde
○ Christa Scheidt-Nave	! BZgA
! FG32	○ Heide Ebrahimzadeh-
○ Claudia Sievers	Wetter
! FG33	
○ Thomas Harder	







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></b>                      SurvNet übermittelt: 3.738.683 (+1.548), davon 91.287 (+28)                      Todesfälle, deutlich mehr Fälle als am Vortag                      7-Tage-Inzidenz: 7,1/100.000 Einw., leichter Anstieg                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 49.007.589 (58,9%),                      mit vollständiger Impfung 36.350.481 (43,7%), Zahl täglicher                      Impfungen rückläufig (insgesamt ~735.000 gestern)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: seit einer                      Woche kontinuierlich auf niedrigem Niveau steigend, in                      Großstädten, z.B. Bremen deutlicher Anstieg, auch HH, BE                      steigend, ostdeutsche BL auf niedrigem Niveau                      Geografische Verteilung                      Anzahl der Kreise mit 0 Fällen nimmt ab (gestern 34)                      40% liegen zwischen 0-5 Fällen/100.000                      50% bei 5-25/100.000                      zum ersten Mal drei LK die &gt;25/100.000 liegen, diese sind                      über das Land verteilt (Bad Tölz, Trier, Neumünster)                      Düsseldorf liegt bei den Großstädten vorne, die meisten                      stehen zwischen 10-20/100.000, nur Dresden liegt mit 3 unter                      der 7-T-I von 5/100.000                      Vorwochenvergleich: zahlreiche Kreise weisen Anstieg um                      mehr als Faktor 2 vor, die absoluten Zahlen sind noch gering,                      aber es ist eine erhebliche Zunahme in vielen LK zu sehen, z.B.                      in Augsburg von 11! 46/100.000                      Im Vergleich zur Vorwoche insgesamt Zunahme um 30%                      Altersverteilung: in den Altersgruppen (AG) 20-24 und 25-30                      sind Inzidenzen um die 19 (knapp unter 20) sichtbar, letztes                      Jahr gab es diesen Anstieg in KW32, jetzt früher (KW27)                      Zahl der Todesfälle bleibt rückläufig, im Schnitt werden 220-                      230 pro Woche übermittelt (mit Zeitverzug)                      DIVI IST-Behandlungen: Rückgang wird langsamer                      Expositionsländer importierter Fälle:                      Länder mit &gt;25 Nennungen in den letzten 14 Tagen                      Spanien 345, Russland 76, Türkei 53, NL 34, Portugal 33,                      Griechenland 28, Kroatien 27                      Grafik Anteil importierter Fälle                      orangefarben = Anteil Exposition im Ausland/alle Fällen                      blau Anteil derer mit Angaben zur Exposition im Ausland                      Wahrheit liegt wahrscheinlich dazwischen! Anteil hat                      zugenommen und liegt bei 10-20%                      deutlicher Anstieg importierter Fälle aus Spanien über die                      letzten 3-4 Wochen                      Indikatorbericht:                      Inzidenz, R-Wert, Positivanteil langsam steigend</p>	AL3



	<p>Testanzahl sinkend Anzahl LK mit niedriger Inzidenz fallend Mobilität leicht steigend Inzidenz bei &gt;80-jährigen relativ stabil</p> <p>Frage: sind Impfquotendaten auch auf Kreisebene verfügbar? Nein, nicht durchgängig da einzelne BL erst vor kurzem ans elektronische System angeschlossen wurden, dadurch steht nur ein reduzierter Datensatz zur Verfügung; es laufen aktuell intensive Gespräche mit dem DIM-Team darüber, wie diese Erfassung erfolgen kann</p> <p><b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b>, Folien <a href="#">hier</a> Anzahl durchgeführter Tests ist um 16-17% zurückgegangen 588.000 durchgeführte Tests in KW27 Anzahl positiver Tests 6.500 (1,1%), Positivanteil steigend im Vergleich zur Vorwoche Weniger Tests aber vermehrt Testung derer, die etwas haben Kapazitäten so gut wie unverändert VOC-Erfassung durch Labore (über Voxco) Anzahl der Labore, die berichten, ist zurückgegangen 75% aller durchgeführten PCR-Tests sind abgedeckt 20% noch Alpha-Variante Beta und Gamma niedrig Delta jetzt mit nahezu 2/3 vorherrschende Variante</p> <p><b>ARS-Daten (nur mittwochs)</b>, Folien <a href="#">hier</a> Weniger Testungen, mehr positive Ergebnisse BL: Anstieg Positivanteil sichtbar in HH und HB, in TH, SL abfallend Altersklassen nach Orten (Arztpraxen, KH, andere) aufgeteilt: kein Anstieg und Positivanteil gleichbleibend weniger Testungen im KH größter Anstieg in Arztpraxen, insbesondere bei 5-14 und 15-34-jährigen, leichter Anstieg auch bei &gt;80-jährigen Nach AG und Monat Testungen über alle Altersklassen gehen zurück, vor allem bei 5-14-jährigen Positivanteil leicht ansteigend bei 15-34, kaum bei jüngeren obwohl weniger getestet wird Testungen zu Delta Variante von KW25 zu 26 leichter Anstieg in KW 27 liegt Anteil bei 84% (bei ARS jedoch immer etwas höher als in anderen Erfassungssystemen) in wenigen Wochen sind &gt;90% zu erwarten Ausbrüche Alten-/Pflegeheime und KH In KW24es keine Altenheim Ausbrüche, nun werden leider wieder Ausbrüche gemeldet Auch leichter Anstieg bei Ausbrüchen in KH</p> <p>Frage: gibt es Hinweise, dass Fälle mit Delta-Variante einen mildereren Krankheitsverlauf haben? Nein, hierzu liegen keine Daten/Erkenntnisse vor, im letzten PHE-Bericht ist dies auch etwas missverständlich: in einer</p>	<p>AL3</p> <p>FG37</p>
--	---	------------------------



	<p>Tabelle erscheint die case fatality rate für Delta niedriger als für Alpha, aber mit der wichtigen Bemerkung, dass diese Ergebnisse nicht vergleichbar sind, da sie sich auf verschiedene Zeiträume und Altersgruppen beziehen</p> <p><b>Syndromische Surveillance bis KW27 (nur mittwochs),</b> Folien <a href="#">hier</a> GrippeWeb ARE-Rate in Bevölkerung ähnlich der letzter Woche In AG 0-4 und 5-14 rückläufig (keine Fortsetzung des Trends), NW hat Ferien welches dies (mit) erklären kann Bei 15-34-jährigen seit KW24 Anstieg, Kontaktverhalten in diesen (allen) AG ist nicht mehr so, dass Übertragung verhindert wird, dies ist ein guter früher Indikator und sollte zur Kommunikation genutzt werden Der Zeitvorsprung durch die Impfung wird hierdurch möglicherweise verspielt ARE-Konsultationen läuft GrippeWeb häufig eine Woche hinterher weiterer Anstieg, v.a. bei Erwachsenen, NW-Werte sinkend auch durch Ferieneinfluss, der sich ebenfalls auf Testungen auswirkt BL: in den meisten insgesamt ein Anstieg sichtbar, stabil in BW, BE, NI, sinkend in NW, in den meisten Anstieg bei Kleinkindern ICOSARI-KH-Surveillance SARI-Zahlen insgesamt leicht rückläufig Kleine Fallzahlen (um die 10) und nicht gut bewertbar SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 Anteil COVID-19 an SARI 3%, insgesamt Abstieg ganz kleiner Anstieg bei Intensivbehandlungen auf 7% (aber hier nur Stichprobe aus Sentinel) Corona-Kita-Studie Ausbrüche in Kindergärten: weiter rückläufig seit April, inkl. Nachmeldungen 39 neue Ausbrüche, in den Meldedaten ist (noch) keine Änderung ersichtlich Ausbrüche in Schulen: 19 neue Ausbrüche, weiterhin relativ positive Entwicklung, aber auch zunehmende Feriendichte in Deutschland (37%)</p> <p>Diskussion: AG-Anstieg jetzt (20-29-jährige) ähnelt dem von 2020, ist nur früher; einerseits Betonung, dass junge Leute unter den Maßnahmen leiden, andererseits werden ihnen auch Vorwürfe gemacht, wie könnte Kommunikation bzw. Vorgehen ohne Vorwurfshaltung laufen, falls Trend sich analog dem letzten Jahres fortsetzt? Ggf. Modellierung? Zielgruppenspezifische Kommunikation Wer sollte insbesondere adressiert werden? Primär junge Menschen, diese verhalten sich anders Es muss cool sein, sich impfen zu lassen Impfung dieser Gruppe ist ein wichtiges Thema auch in Zusammenhang mit kommendem Herbst Impfung Genesener/Impfabstand Strategie Genesene nur einmal zu impfen ist schwierig</p>	<p>FG36</p> <p>Präs/alle</p>
--	--	------------------------------



	<p>Infektion ist vielleicht schlecht dokumentiert, wichtig ist, dass geimpft wird (mögliche frühere Erkrankung könnte depriorisiert werden)</p> <p>STIKO hat Impfabstand nach Genesung unter Vorbehalt einer vorherzusehenden Exposition gegenüber einer Immune-Escape Variante auf mögliche 4 Wochen verkürzt, dies muss viel stärker kommuniziert werden</p> <p>Abstand von 6 Monate ist jedoch noch erwähnt</p> <p>Begriff Escape Variante sollte eigentlich nicht mehr genutzt werden, bessere Formulierung und deutlichere Kommunikation ist wünschenswert</p> <p>Statt Antikörpertestungen sollten lieber zwei Impfungen angeboten werden! FG33 leitet dies an STIKO weiter</p> <p>Aufsuchendes Impfen</p> <p>Wird vermehrt durchgeführt und in den Medien kommuniziert</p> <p>Manche Amtsärzte (z.B. Köln und Spandau) berichten, sie hätten wieder Zeit andere Sachen als KoNa zu machen, inkl. Impfungen</p> <p>In manchen Problemgebieten werden bereits aktiv aufsuchende Impfangebote gemacht</p> <p>Unkonventionelles Vorgehen ist sinnvoll und scheint nun auch gut von der Ärzteschaft akzeptiert zu werden</p> <p>Impfzahlen sinken ggf. auch durch die Urlaubszeit</p> <p>Aufsuchende Impfungen sollten in allen AG gefördert und Angebote noch leichter zugänglich gemacht werden,</p> <p>Befragungen zeigen nach wie vor große Impfwilligkeit</p> <p>Impfkampagne Unternehmen (s.a. unter Kommunikation)</p> <p>Eine große Gruppe von mittelständigen Unternehmen wollen eine Impfkampagne machen und haben um Texte (einfache Messages in einfacher Sprache) gebeten um aktiv zu Impfungen aufzurufen</p> <p>P1 übermittelt Material an Präs zur Weiterleitung</p> <p><i>ToDo: Corona Kita Studie vom Agendatemplate entfernen, dies ist bei der FG36-Präsentation der syndromischen Surveillance beinhaltet</i></p> <p><i>! LZ und Position Krisenstabsprotokoll bitte umsetzen</i></p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW27</b> (<i>nur mittwochs</i>), Folien <a href="#">hier</a></p> <p>147 Einsendungen aus 42 Arztpraxen (1 mehr als Vorwoche)</p> <p>ungewöhnlich hohe ARE-Aktivität für die Sommerzeit, zumal einige Arztpraxen bereits im Sommerurlaub sind</p> <p>76% positive Virusnachweise</p> <p>Weiterhin zahlreichste Einsendungen für AG der 0-4-jährigen Viruszirkulation (außer Corona)</p> <p>Stärkster Anteil Rhinoviren, über alle AG verteilt</p> <p>Zweitstärkster Anteil Parainfluenzaviren, diese haben saisonale Coronaviren abgelöst, hauptsächlich betroffen sind jüngere (&lt;35), am stärksten 0-4-jährige</p> <p>Kein RSV Nachweis</p> <p>SARS-CoV-2 kein Nachweis in KW27, in den vorherigen zwei Wochen jeweils 1 Nachweis</p> <p>Saisonale Coronaviren: NL63-Welle scheint vorbei zu sein,</p>	FG17
--	---	------



	Maßnahmen haben starke Veränderung des Infektionsgeschehens in 2020/21 bewirkt, Welle war 3-mal höher als normalerweise verzeichnet	
2	<b>Internationales (nur freitags)</b>  (nicht berichtet)	ZIG
3	<b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b>  (nicht berichtet)	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Sprachliche Anpassung der Risikobewertung zu zwei Aspekten, Dokument <a href="#">hier</a></p> <p><b>1. Schutzwirkung der Impfung bei Delta im Vergl. zu Alpha,</b> Aspekte die eventuell getrennt voneinander abgebildet werden könnten: Schutzwirkung gegenüber Alpha bei Delta leicht verringert, jedoch nur bezogen auf milde Verläufe Schutzwirkung nach nur einer Impfung nur ein Drittel gegenüber der Delta-variante Ist es wirklich sinnvoll auf erste Dosis einzugehen? Leute sollen doppelt geimpft werden, es soll keinen Hinweis auf ein Auslassen der 2. Dosis erfolgen Grundsätzlich sind positive Formulierung vorzuziehen, „bei vollständiger Impfung genauso guter Impfschutz gegen schweren verlauf bei Delta-Infektionen“</p> <p><b>2. Public Health Einschätzung der Gefährdung für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland</b> ECDC differenziert Bewertung umständlich nach diversen Impf- und Vorerkrankungskategorien, wird hierfür nicht übernommen, Differenzierung nicht hilfreich, Vereinfachung ist wünschenswert Soll Gesamtbewertung für die Bevölkerung in Geimpfte und Ungeimpfte aufgeteilt werden? Gefährdung ist für vollständig Geimpfte generell niedriger Wenn jedoch eine große Welle kommt, dann betrifft es alle, für Geimpfte ist die Situation dann besser (nur moderat betroffen), besonders gefährdet wären dann Geimpfte mit Risikofaktoren und vulnerable Gruppen (sozioökonomisch) Eventuell Aufteilung in Gruppen möglich Insgesamt Gefährdung hoch Für vollständig Geimpfte moderat Bestimmte Gruppen sind bei beiden, Geimpften und Ungeimpften besonders gefährdet Individual vs. Public Health Für Individuen ist ggf. nicht zu verstehen, warum trotz Impfung noch ein moderates Risiko besteht Wenn mein Risiko minimiert wird, lasse ich mich impfen</p>	Alle



	<p>RKI-Risikobewertung erfolgt aus Public Health Sicht für die Bevölkerung, Betrachtung dieser in der jetzigen Situation inkl. Impfabdeckung, anlaufender Welle, VOC, usw., dies bedeutet nicht, dass Individuum nicht ein geringes Risiko hat STIKO sollte das individuelle Risiko bewerten</p> <p>Fazit</p> <p>Einzelne, gut verständliche Sätze mit je einem Sachverhalt Positive Formulierungen, wenn möglich FG36 (Walter Haas) und FG33 (Thomas Harder) überarbeiten die Abschnitte</p> <p><i>ToDo: Fertigstellung der Risikobewertung zunächst durch FG33 zu impfbezogener Äußerung, dann an FG36 um zweiten Absatz bzgl. Gefährdung zu überarbeiten</i></p>	
--	---	--



<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aspekte in Hinblick auf Steigerung der Impfquote bei jüngeren Menschen und hohen Stellenwert von aufsuchender Impfung und Bedarf an Kommunikation hierzu wird mitgenommen Ist eine größere Aktivität auf Bevölkerungsebene geplant durch BZgA oder BMG? BMG hat "Ärmel hoch" Kampagne, ob diese auf jüngere Gruppen fokussiert wird, ist unbekannt BZGA selbst macht keine groß angelegte Kampagne, sondern arbeitet mit an Kommunikationsmaßnahmen des BMG Beobachtung der Daten aus COSMO, COVIMO und entsprechende Anpassung der BZgA-Kommunikation, darüber hinaus ist aktuell nichts geplant Zielgruppe jüngere Menschen &amp; Impfung Z.B. Influencer-Vaccination Challenge auf YouTube BZgA eruiert Möglichkeiten hierzu FG33 Natalie Grams hat erfolgreiche Videos mit BMG gemacht, eventuell ist hier eine Vernetzung möglich um Material für jüngere Zielgruppen zu entwickeln Viele Aspekte des Themas könnten mit mehr Humor angegangen werden (z.B. Angst vor Impfnachwirkung thematisieren) Z.B. hat <a href="#">@elhotzo</a> bei seiner Impfung seine Impfreaktion thematisiert Impfkampagne Unternehmen Unternehmen wollen dazu beitragen, dass mehr Menschen sich impfen lassen, indem sie in ihren Geschäften Kunden zur Impfung motivieren Sie wollen auf eigene Kosten eine Kampagne machen, aber richtig, deswegen Kontaktaufnahme mit RKI um passendes und korrektes Material zu erhalten BZgA sucht passendes heraus und schickt es an Ronja Wenchel</p> <p><b>Presse</b></p> <p>In RKI-Dokumenten besteht ein Widerspruch bezüglich schwerer Krankheitsverläufe mit der Delta-Variante; im Gespräch mit Frau Merkel wurde gesagt, dass es aktuell keine Evidenz gibt in eine oder andere Richtung, in VOC-/Lagebericht klingt dies anders Allgemein sollen diese Hinweise entfernt werden, Presse kontaktiert die verantwortlichen OEs</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p><b>Altenheime</b> Was kann getan werden, um bei voraussichtlichem Fallanstieg im Herbst die Auswirkung auf Altenheime zu verhindern oder verringern?</p>	<p>FG37/alle</p>



	<p>FG37 hat mit P1 einen Flyer entwickelt, auch ein umfassendes Papier, das länger ist und kaum gelesen wird, Flyer wird nun aktualisiert und überarbeitet, auch bzgl. Impfung</p> <p>Es gibt ca. 14.000 Altenheime in Deutschland, wie können wir an diese herankommen, über GA? Andere Möglichkeiten?</p> <p>Nach §23a dürfen Institutionen abfragen, welches der Impf- und Serostatus der Beschäftigten ist, jedoch nicht für Bewohnende</p> <p>Austausch mit BMG (Ziegelmann, Sangs) ist geplant</p> <p>Ausbrüche Altenheime wurden von FG33/FG37 untersucht</p> <p>Bei Bewohnenden sind oft nur ca. 80% geimpft, wo angehörige Vormundschaft haben wird es z.B. nicht immer zugelassen, oder es kann nicht geimpft werden</p> <p>Häufig sind auch Verwandte nicht (genügend) geimpft</p> <p>Es gab auch Ausbrüche im Personal, die es evtl. hereintragen</p> <p>~50-60% des Personals sind geimpft, Daten jedoch nicht offiziell vorhanden und nur aus bevölkerungsbezogenen Umfragen erhältlich</p> <p>Es gab auch Todesfälle und schwerere Verläufe unter Geimpften, dies ist erklärbar da Impfung keinen 100%-igen Schutz bietet</p> <p>Ein geringer Teil der Bewohnenden ist trotz Impfung ungenügend geschützt, ZBS1 ZBS3 gucken sich dies noch einmal an (aus Osnabrücker Ausbruch)</p> <p>Es ist wichtig, dies gut zu untersuchen und als Appell ans Personal und an Bewohnende und deren Familien zu nutzen</p> <p>Sensibilisierung durch Betriebsärzte erscheint nicht realistisch, diese waren bei den KH-Ausbruchsuntersuchungen nicht dabei</p> <p>3. Impfung für ältere Menschen</p> <p>Wird STIKO 3. Impfung empfehlen?</p> <p>Aktuell fokussiert die STIKO sich auf immundefiziente Gruppen, dies ist wahrscheinlich die erste Gruppe, für die eine 3. Impfung empfohlen wird</p> <p>Es ist noch etwas unklar, ob diese durch die aktuelle Zulassung bereits abgedeckt ist</p> <p>Bei multimorbiden älteren Patienten ist zu untersuchen, ob geimpft werden soll, Einverständnis der Familie ist ggf. notwendig</p> <p>Bei alten und hochaltrigen möglicherweise geringerer Schutz nicht nur wegen waning immunity, sondern auch aufgrund ungenügender Immunreaktion und -Antwort, es ist auch die Frage, mit welcher Dosis ältere Person exponiert wird, dies könnte dort tätigen und Besuchenden mitgegeben werden</p> <p>STIKO sollte dies auch untersuchen um die epidemiologische Lage zu bedienen</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
--	---	--





7	<b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	Alle
8	<b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG33
9	<b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG17/ZBS1
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	IBBS
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
12	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG32
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i>  Die Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagement für internationale Kontaktpersonen sollen geändert und fokussiert werden, wenn vom BMG bis heute DS kein Einwand kommt Reaktion in der EpiLag war wohlwollend, von der AG Infektions-schutz gab es keine Reaktion	FG38
14	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
15	<b>Wichtige Termine</b> Keine genannt	Alle
16	<b>Andere Themen</b>  Monitoring Krankenhausaufnahmen Zusätzlicher Indikator soll ab nächster Woche regelmäßig vorne in den Tagesbericht aufgenommen werden AL3 und FG32 (Claudia Sievers) bereiten dies bereits vor, morgen erfolgt Rückmeldung hierzu  Nächste Sitzung: Freitag, 16.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	



**Ende: 13:00**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 16.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                                   |          |                       |
|-----------------------------------|----------|-----------------------|
| ! Institutsleitung                | ! FG37   | ○ Silke Buda          |
| ○ Lothar H. Wieler                |          | ○ Tim Eckmanns        |
| ! Abt. 1                          | ! FG38   | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Annette Mankertz                |          |                       |
| ! Abt. 3                          | ! ZBS7   | ○ Christian Herzog    |
| ○ Osamah Hamouda                  |          |                       |
| ○ Janna Seifried                  | ! ZBS1   | ○ Janine Michel       |
| ! FG11                            | ! P1     | ○ Christina Leuker    |
| ○ Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) |          | ○ John Gubernath      |
| ! FG14                            | ! Presse | ○ Susanne Glasmacher  |
| ○ Melanie Brunke                  |          | ○ Ronja Wenchel       |
| ! FG17                            | ! ZIG    | ○ Johanna Hanefeld    |
| ○ Thorsten Wolff                  |          | ! ZIG1                |
| ○ Djin-Ye Oh                      |          | ○ Anna Rohde          |
| ! FG25                            | ! BZgA   | ○ Martin Dietrich     |
| ○ Christa Scheidt-Nave            |          |                       |
| ! FG32                            |          |                       |
| ○ Claudia Sievers                 |          |                       |
| ! FG33                            |          |                       |
| ○ Thomas Harder                   |          |                       |
| ! FG36                            |          |                       |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Folien <a href="#">hier</a></li> <li>! Weltweit:</li> <li>! Datenstand: WHO, 15.07.2021</li> <li>! Fälle: ca. 188 Mio. (+14% im VG. Zur Vorwoche)</li> <li>! Todesfälle: ca. 4 Mio. (2,2% Fallsterblichkeit)</li> <li>! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</li> <li>! Indonesien, Brasilien, Indien, Vereinigtes Königreich, USA (höchster Anstieg), Russische Föderation, Kolumbien, Iran, Spanien, Südafrika</li> <li>! Karte mit 7-Tage-Inzidenz:</li> <li>! Höchste Inzidenzen auf dem südamerikanischen Kontinent, südlich Afrika, NL, UK, Mittelmeerraum, Asien und Russland</li> <li>! Epikurve WHO Sitrep:</li> <li>! 25% Anstieg der Fallzahlen im östlichen Mittelmeerraum und 20% Anstieg in Europa. 50% Anstieg der Todesfälle in Afrika</li> <li>! Andere Berichte:</li> <li>! Niederlande:</li> <li>! Sehr hohe 7d-Inzidenz von 337,6/100.00 Einw.</li> <li>! Anstieg Fälle um 414% in den letzten 7d trotz guter Impfquote (40,7% vollständig geimpft)</li> <li>! Fallzahlen stiegen nach weitreichender Öffnung am 26.6.21 bei einer Inzidenz von 28,6/100.000 Einw., wo alle Maßnahmen bis auf die Einhaltung eines Abstands von mindesten 1,5m aufgehoben wurden</li> <li>! Starker Anstieg der Fälle ab 2.7.21</li> <li>! Superspreading Event durch 2-tägiges Festival am 3+4.7.21. Altersgruppe 18-24 -Jährige am stärksten betroffen</li> <li>! Hospitalisierungen sinken nicht mehr</li> <li>! Portugal:</li> <li>! 7d-Inzidenz: 199,4/100.00 Einw.</li> <li>! Anstieg Fälle um 25% in den letzten 7d trotz guter Impfquote (42,8% vollständig geimpft)</li> <li>! Anstieg der Fälle ab Ende Mai, vor allem bei &lt;50-Jährigen</li> <li>! Hospitalisierungen steigen seit Anfang Juni</li> <li>! Israel:</li> <li>! 7d-Inzidenz: 41,9//100.00 Einw.</li> <li>! Anstieg Fälle um 26% in den letzten 7d trotz guter Impfquote (60,1% vollständig geimpft)</li> <li>! Ausbrüche betreffen vor allem Altersgruppe der 10-19-Jährigen im Schulsetting (39,6%)</li> <li>! Leichter Anstieg bei den Hospitalisierungen</li> <li>! UK/USA: leichter Anstieg der Hospitalisierungen</li> </ul>	ZIG1 (Rohde)

	<p>Frage: Wurde da Tragen von Masken bei der Lockerung beibehalten?  Antwort: Nicht genau bekannt, aber sehr wahrscheinlich nicht.</p> <p>Kommentare:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Info von WHO VOC Israel: 50% der Hospitalisierten sind geimpft, 8% der infizierten sind geimpft.</li> <li>2. Herr Wieler wünscht sich Zahlen/ Daten zur Kommunikation in Interviews, dass auch junge Menschen hospitalisiert werden und schwere Verläufe haben.</li> </ol> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></li> <li>! SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.741.781 (+700), davon 91.337 (+18) Todesfälle</li> <li>! 7-Tage-Inzidenz: 8,6/100.000 Einw.</li> <li>! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 49.468.488 (59,5%), mit vollständiger Impfung 37.713.915 (45,3%)</li> <li>! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Anstieg in den meisten BL, vor allem in Berlin.</li> <li>o Betrachtet man Großstädte, so führt Düsseldorf mit einer 7d-Inzidenz von 29/100.000 Einw. gefolgt von Frankfurt am Main, Köln, München und Stuttgart</li> <li>o Zahl der LK ohne Fälle sinkt, aktuell sind es 22 LK. Auch Zahl der LK mit einer 7d-Inzidenz von &lt;5 sinkt.</li> <li>o Steigende Zahl an LK mit einer 7d-Inzidenz &gt;25 (aktuell 9)</li> <li>o Aktuell führen LK Birkenfeld und Trier mit einer 7d-Inzidenz von 43/ 100.00 Einw.</li> <li>o Starke Zunahme der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche in einigen LK</li> </ul> </li> <li>! Importierte Fälle in den letzten 14d: Die mit Abstand meisten Fälle (knapp 500) wurden aus Spanien eingetragen.</li> <li>! Indikatorbericht: Alle Indikatoren weisen auf einen Anstieg der Fallzahlen hin, in allen BL außer Saaland ist <math>R &gt; 1</math>, kein Anstieg der Mortalität</li> <li>! Hinweis: Indikatorbericht kann noch immer nicht veröffentlicht werden, weil noch immer die Freigabe durch die IT-Sicherheit aussteht.</li> </ul> <p>Frage: Ursache für die steigenden Inzidenzen bzw. für das starke Gefälle zwischen neuen und alten BL? Wird Contact Tracing betrieben?</p>	<p>Hamouda</p>
--	---	----------------



	<p>Antwort: Deltavariante noch wenig präsent im ostdeutschen Raum, Contact Tracing erweist sich als schwierig, da wenig Kooperationsbereitschaft der Gefragten vorhanden ist.</p> <p>Kommentar: Wichtig zu kommunizieren, dass AHA+L auch für Geimpfte gelten, aber ohne Wirksamkeit in Frage zu stellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! (nicht berichtet)</li> <li>! ARS-Daten</li> <li>! (nicht berichtet)</li> <li>! Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! (nicht berichtet)</li> <li>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! (nicht berichtet)</li> <li>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! (nicht berichtet)</li> <li>! Importierte COVID-19-Fälle aus Spanien:</li> <li>! Spanien an der Spitze der Expositionsländer</li> <li>! Ausbruch in Lloret de Mar: 106 COVID-Fälle. Rückführung nach D in Bussen über Frankreich, da Quarantäne-Kapazitäten vor Ort erschöpft</li> <li>! Spanien wird bald zum Hochinzidenzgebiet erklärt</li> <li>! Vorschlag: Folien (<a href="#">hier</a>) an das BMG schicken, um Situation zu verdeutlichen?</li> <li>! Antwort Frau Hanefeld: spricht Situation beim BMG an und streut Reisehinweise, die in Zusammenarbeit mit P1 erstellt wurden</li> </ul>	<p>Maria an der Heiden</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (<i>nur freitags</i>)</b></p> <p>Ruanda: Austausch Genomsequenzierung</p> <p>Ruanda und Namibia: Entsendung von Emergency Medical Teams</p> <p>Irak: Austausch zu Labor und Sequenzierung, SEEG Mission nach Nordirak</p> <p>Neue <b>Einreiseverordnung</b> tritt am 28.7.21 in Kraft, die folgende Änderungen beinhalten wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Einreise in Virusvariantengebiete zur humanitären Hilfe erlaubt.</li> <li>b) Kategorie ‚Risikogebiet‘ entfällt, so dass nur noch die beiden Kategorien ‚Virusvariantengebiet‘ und ‚Hochinzidenzgebiet‘ verbleiben</li> <li>c) Generelle Nachweispflicht aller Einreisenden, unabhängig vom Transportweg</li> </ul> <p>! WHO Emergency Committee Statement beinhaltet 9</p>	<p>ZIG (Hanefeld)</p> <p>Maria an der Heiden</p>

	<p>Empfehlungen, u.a.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Einhaltung evidenzbasierter nicht-pharmakologischer Maßnahmen</li> <li>2. WHO Ziel: 10% Durchimpfung aller Länder weltweit</li> <li>3. Maßhalten bei Einreiseeinschränkungen</li> <li>4. Community Engagement</li> </ol> <p>Link hier: <a href="https://www.who.int/news/item/15-07-2021-statement-on-the-eighth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic">https://www.who.int/news/item/15-07-2021-statement-on-the-eighth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic</a></p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Besprechung der aktualisierten Risikobewertung- Dokument <a href="#">hier</a>  Streichung des folgenden Satzes bis entsprechende publizierte Daten vorliegen: „Darüber hinaus liegen Daten vor, die auf potenziell schwerere Krankheitsverläufe hinweisen.“  Vorschlag Haas zur Umformulierung im Kommentarfeld abgelehnt</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu:  Mitteilung der Einschätzung, dass Impfbereitschaft nicht wirklich abnimmt, sondern mit steigender Anzahl Geimpfter, der Anteil der ‚Impfverweigerer‘ bei den Ungeimpften steigt  Impfkommunikation wird hochgefahren. Es ist ein Fernsehspot in Arbeit, der ab dem 23.7.21 ausgestrahlt werden soll bzw. schon vorher auf Youtube.  Materialanpassung an ein digitales Paket für Universitäten und Hochschulen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kommentar Wieler: Bitte ihm dieses Material zur Verfügung stellen, da er einen Vortrag hält bei der Hochschulrektorenkonferenz und ein Telefonat mit der Kultusministerkonferenz hat.</li> <li>2. Vorschlag: Hausärzte sollen eine regelmäßige Impfsprechstunde anbieten, um Impfbarrieren zu reduzieren. Thomas Harder (FG33) erklärte sich bereit, dies zu übernehmen.</li> </ol> <p><b>Presse</b></p> <p>Frage: Ist es möglich, die aktuelle Lage im Lagebericht schärfer zu formulieren, um die in der Sitzung deutlich gewordene</p>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>





	<p>Besorgnis des Krisenstabs über die aktuelle Lage besser zu transportieren?</p> <p><b>P1</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><i>ToDo</i>  <i>Aktuelle Lage im Lagebericht schärfer formulieren (Maria an der Heiden, Claudia Sievers)</i></p>	<p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>! Auswirkungen die Impfpolitik auf Kinder - <a href="#">Dokument</a></p> <p>Das Papier (entwickelt von FG32, FG33 und FG36) zählt weitere Faktoren neben der Impfpolitik auf, die ebenfalls eine Rolle spielen. Anschließend nennt es die Datenquellen, die zur Erhebung der o.g. Fragestellung herangezogen werden.</p> <p>Alterseinteilung: &lt;12 Jahre&gt;=, Bei Impfung: 12-17 Jahre</p> <p>Hinweis: Bitte Alterseinteilung konform für das gesamte Haus gestalten. Antwort: Das wird berücksichtigt.</p> <p>Frage: Gibt es eine Möglichkeit der Registrierung der Long-COVID-Fälle, z.B. über eine Meldepflicht?</p> <p>Antwort: Es gibt ein Konsortium, in dem auch FG33 und Abt,2 vertreten sind, die sich mit der Quantifizierung der Long-COVID-Fälle beschäftigen. Der Ansatz geht über die Registerdaten, da man so auch Kontrollgruppen berücksichtigen kann, da Symptome teilweise unspezifisch</p> <p><b>ToDo:</b></p> <p><i>Long-COVID berücksichtigen (Buda in Zusammenarbeit mit Abteilung 2)</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG36 (Buda)</p>

7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Täglicher Lagebericht: Neues Format und die Verwendung der Hospitalisierung als Kennzahl  Lagebericht wird komplett automatisch erstellt und erscheint Mo-Fr  Es wird nur noch der 7d-R-Wert angegeben, ab Montag auch der Anteil Hospitalisierter (COVID Hospitalisierungen sind meldepflichtig)  7d-Inzidenz der Hospitalisierungen wird eingeteilt in die Altersgruppen Gesamt und über 60 Jahre  Zusätzlich erscheint donnerstags ein wöchentlicher Lagebericht mit den Daten von Dienstag und Mittwoch  Er beinhaltet die aktuelle Einordnung, VOC Bericht, Testzahlerfassung, klinische und syndromische Surveillance, Mortalitätssurveillance, Impfmonitoring, Impfdurchbrüche, Ausbrüche in Kitas/ Schulen, Exposition im Ausland</p> <p><i>ToDo:</i>  <i>Bitte an Frau Sievers: Layout für die Hospitalisierungen an Herrn Wieler schicken, der es an den Minister Spahn weiterleitet</i></p>	Sievers
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Impfdosen: am Mittwoch wurden 1 Mio. Impfdosen verabreicht  Impfdurchbrüche/ Impfeffektivität zeigen keine Auffälligkeiten  Ansprache Influencer Szene über Natalie Grams</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Timeline für die Entwicklung von Impfstoffen für Kinder  12-17-Jährige: BioNtech/Pfizer: bereits zugelassen, Moderna: Ergebnisse in 2022, Novavax: Phase III Ergebnisse in 2023 erwartet  Jünger als 12:  6-12-Jährige: AstraZeneca Ergebnisse der Phase II/III Studie zu Herbst 2022 erwartet  0,5-11 Jahre: Biontech/Pfizer: 2. Quartal 2022 und Moderna in 2023</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Impfempfehlung für 3. Impfung für Immundefiziente  Beratung der STIKO zur Impfempfehlung von 12-17-Jährigen  FAQ: Zusatz 4 Wochen bei Genesenen wurde gestrichen und wird auch bei der STIKO eingebracht</p> <p>Frage: Gibt es eine STIKO Empfehlung für Schwangere und Stillende?  Antwort: Ist in Arbeit!  Frage: Wird es auch eine Empfehlung zur Booster-Impfung für Hochaltrige und Immunosenesente geben?  Antwort: Ist aktuell nicht priorisiert, aber Aspekt der Booster-</p>	FG33 (Harder)



	<p>Impfung für Immunoseneszente wird an STIKO weitergeleitet          Frage: Wird ein Proteinimpfstoff für Kinder entwickelt?          Antwort: Nein!</p>	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 565 Proben, davon:          3 SARS-CoV-2          238 Rhinovirus          141 Parainfluenzavirus          254 54          saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)          3 Metapneumovirus          50% der Proben stammten von Kindern, die jünger als 5 Jahre alt waren</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW 28 bisher 88 Proben, davon 34 positiv auf SARS-CoV-2 (38,6%)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Therapiehinweise STAKOP: Keine AK Monotherapie mehr empfohlen wegen der Deltavariante          Auf vielfältige Nachfrage hin, wird eine englischsprachige Version der Therapiehinweise veröffentlicht</p>	<p>IBBS (Herzog)</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Frage: §10 Abs. 2 Nr. 1. der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung – SchAusnahmV: „Können die SARS-CoV-2 Varianten Beta und Gamma von dieser Regelung freigestellt werden?“          Antwortentwurf: keine Freistellung von geimpften oder genesenen Personen von der Pflicht zur Absonderung aufgrund eines Kontakts zu einer Person, die mit einer in Deutschland noch nicht verbreitet auftretenden Virusvariante des Coronavirus SARS-CoV-2 mit vom Robert Koch-Institut definierten besorgniserregenden Eigenschaften infiziert ist.          Begründung: Beta und Gamma haben eine geringe Prävalenz in Deutschland und das Potential zur Immune-Evasion</p>	<p>Sievers</p>
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>EinreiseV: siehe Punkt Internationales</p>	<p>FG38</p>
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Änderungen internationale Kontaktpersonenmanagement</p>	<p>FG38</p>

	wird an ÖGD kommuniziert	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 21.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - Annette Mankertz
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
  - Petra v. Berenberg (Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! IBBS
  - Christian Herzog
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, (Folien <a href="#">hier</a>)                      Neue Überblicksfolie aus dem automatisierten Lagebericht,                      mit ergänzender Kennzahl: Hospitalisierung                      SurvNet übermittelt: 3.748.613 (+2.203) Fälle, davon 91.416                      (+19) Todesfälle, erstmals wieder über 2000 Neumeldungen                      seit längerer Zeit                      7-Tage-Inzidenz: 11,4/100.000 EW, weiterer Anstieg                      Hospitalisierung: Im Vgl. zu gestern +222 Personen, Inzidenz                      Gesamtbevölkerung: 0,31/100.000 EW, Inzidenz                      Altersgruppe ≥ 60 Jahre: 0,99/100.000 EW                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 49.931.406 (60 %), mit                      vollständiger Impfung 38.843.476 (46,7%), Zahl täglicher                      Impfungen weiter rückläufig (insgesamt ~360.000 gestern),                      50% vollständige Geimpfte sind noch nicht erreicht                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer                      Anstieg in allen BL, steiler Anstieg in B (21,8/100.000 EW),                      deutlich auch in HH und SL, östliche BL weiterhin stabil                      niedriges Niveau, am niedrigsten MV und SA (3,0/100.000                      EW)                      Geografische Verteilung                      Anzahl der Kreise mit 0 Fällen nimmt ab, meist östliche BL                      2/3 aller LK: 5-25/100.000 EW                      18 LK &gt; 25/100.000 EW                      1 LK &gt; 50/100.000 EW (Birkenfeld: 63)                      Inzidenzen in Berliner Bezirken: Friedrichshain/Kreuzberg                      40, Marzahn/Hellersdorf 35, Charlottenburg/Wilmersdorf                      28/100.000 EW                      Trend-Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz: deutlicher Trend                      nach oben (Faktor &gt;2), Anstieg in einzelnen Kreisen um bis zu                      Faktor 22, allerdings niedriger Ausgangspunkt, daher                      insgesamt noch keine großen Zahlen                      Vorwochenvergleich: Zunahme der Inzidenz um 46 %                      Heatmap (nach Altersgruppe und Meldewoche): steigende                      Inzidenz bei den 15-30jährigen (Verdoppelung bei den 15-                      19jährigen, Anstieg bei den 25-29jährigen)                      Die Entwicklung gleicht der im vergangenen Jahr, allerdings                      jetzt in KW 28, 2020 erst in KW 34, keine guten Aussichten                      Zahl der Todesfälle bleibt rückläufig, 350 in den letzten 2 Wo, im                      Schnitt 170/Woche                      Expositionsländer importierter Fälle:                      Import spielt eine zunehmende aber insgesamt noch                      untergeordnete Rolle                      An der Spitze ESP mit &gt; 660 Fällen, gefolgt von NLD, HRV, GRC,                      TUR, RUS, AUT, ITA</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p>



	<p>Anteil importierter Fälle an allen Fällen/an allen Fällen mit Angaben                  an allen Fällen: 11%                  an allen Fällen mit Angaben: 20%                  (Wahrheit liegt wahrscheinlich dazwischen, bei 10-20%)                  Expositionsländer                  deutlicher Anstieg importierter Fälle aus ESP, geringer Anstieg RUS, Spektrum spiegelt die bevorzugten Urlaubsländer (u.a. FRA, POR)                  Indikatorenbericht:                  Hervorzuheben: Indikator „Belastung“ (der Landkreise): LK mit steigender Inzidenz nehmen zu                  7-Tage-R-Wert liegt in allen BL &gt;1 (BB 0,95)                  Ungünstiges Gesamtbild</p> <p><b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Anzahl stabil im Vgl. zur Vorwoche                  592.221 durchgeführte Tests in KW28                  Positivenanteil leicht gestiegen: von 1,1 auf 1,6%                  Kapazitäten so gut wie unverändert, Auslastung &lt;30%,</p> <p><b>Diskussion</b>                  Auf der Heatmap dargestellte Entwicklung ist beunruhigend, weitere Zunahme durch Feriende/Reiserückkehrer zu befürchten                  Frage: Warum niedrige Zahlen in östlichen BL? Antwort: Vermutlich aufgrund des geringeren Delta-Anteils in diesen BL, dürfte ein vorübergehender Effekt sein, der diese BL im Inzidenzanstieg etwas hinterherhinken lässt                  Die Großstädte ziehen voran: FFM mit 33/100.000 EW, Düsseldorf 33, Köln 23, die anderen Großstädte zwischen 10 und 20, Dresden und Leipzig &lt;10/100.000EW                  Vorschlag: Heatmap sollte um eine Woche erweitert werden und könnte dadurch eines ganzen Jahres abbilden, ist eine sehr aussagekräftige, leicht verständliche Darstellung, sollte prominenter präsentiert werden, z.B. auf der Webseite                  Es gibt eine weitere Parallele zum letzten Jahr: Auch damals haben die Großstädte den Anfang gemacht bei der Inzidenzzunahme, dies sollte eindringlich kommuniziert werden, mit Betonung der Dringlichkeit der Impfung und der Einhaltung der Basishygienemaßnahmen, um eine Wiederholung zu verhindern                  Frage. Welche Bedeutung hat die Inzidenz noch?                  Es wurden von RKI-Seite schon immer neben der Inzidenz zahlreiche Indikatoren und Kennzahlen betrachtet                  Inzidenz zeigt veränderte Risikowahrnehmung und verändertes Risikoverhalten an, bei jungen Erwachsenen finden dadurch Übertragungen statt (z. B. auf Auslandsreisen, und in Großstädten), wenn der Infektionsdruck auf geimpfte vulnerable Personen steigt, nehmen dort die Infektionen zu                  Zunahme der Übertragungen liegt nicht an der Delta-Variante, sondern am Verhalten, deshalb sollte in der Kommunikation zusätzlich vor allem das richtige Verhalten zur Vermeidung von Übertragungen betont werden: Einhaltung der</p>	<p>FG37</p> <p>Alle</p> <p>Wieler</p>
--	--	---------------------------------------





	<p>Basishygienemaßnahmen und Tragen von Masken                  In letzter Zeit treten gehäuft Ausbrüche im Rahmen von Sprachreisen und Abi-Fahrten auf, viele Kinder und Jugendlichen kommen als Infizierte oder als Kontaktpersonen zurück, da die Quarantäne vor Ort schwierig ist – könnte die Problematik im Lagebericht thematisiert werden?                  Abwendung von der Inzidenz als Indikator wird auch in der Schalte zur Abstimmung der Risiko-, Hochinzidenz- und Virusvariantengebiete diskutiert, hier ist es hilfreich, auf diese speziellen Risikogruppen in der Mobilität hinzuweisen                  Steigende Inzidenz ist ein Indikator für eine Zunahme Infizierter und damit steigenden Druck auf Geimpfte, da die Impfeffektivität nicht 100% ist, in UK steigt die Zahl der Hospitalisierten, dies wird auch hier so sein                  In der Diskussion am Montag im BMG (mit J. Spahn) wurde das interessanterweise ähnlich diskutiert</p> <p><b>ARS-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Weniger Testungen im Krankenhaus, kaum Rückgang in Arztpraxen und anderen Testorten                  Anstieg des Positivanteils, noch &lt;5%, deutlichster Anstieg in Arztpraxen und an anderen Orten                  Positivenanteil steigt vor allem bei den 5-14 und den 15-34Jährigen                  Anzahl der Testungen in allen Altersgruppen in etwa stabil                  Darstellung über die gesamte Zeit (2/2020-07/2021)                  Anzahl Testungen bei 0-4 und 5-14jährigen im Januar stark gesunken, Positivenanteil gleichzeitig gestiegen bei nur geringem Rückgang der positiven Testungen/100.000EW dieser Altersgruppe                  Daraus ergibt sich: Im Jan/Feb wurden die Kinder zu wenig getestet, in der Kommunikation sollte darauf hingewiesen werden, dass mehr getestet werden sollte, die Kapazitäten sind vorhanden                  Testungen zu Delta Variante                  von KW25 zu 26 leichter Anstieg                  in KW 28 liegt Anteil bei 85% (264 Nachweise)                  Anteil von B 1.351 (Beta) mit 6,8% fast ebenso hoch wie Alpha mit 7,5%                  Ausbrüche Alten-/Pflegeheime und KH                  Es werden weiterhin Ausbrüche in AH gemeldet                  Deutlicher Anstieg bei Ausbrüchen in KH</p> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. COVID-19-Intensivpflichtige                         <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lage ist weiterhin gut</li> <li>2. 360 Patienten in Intensivtherapie (1300 Kliniken)</li> <li>3. Niedriges Belegungsniveau</li> </ol> </li> </ol>	<p>FG 38</p> <p>ZIG</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--



	<p>4. Langsamer Rückgang durch Langliegende (ECMO, invasive Beatmung)</p> <p>2. Belastung der Bundesländer</p> <p>1. Fast alle BL liegen unter der 3% Marke (Basisstufe des Control-COVID-Papiers)</p> <p>2. Ausnahme Berlin: Wahrscheinlich durch Charité verursacht, dort werden überwiegend sehr schwere Fälle versorgt</p> <p>3. Altersstruktur</p> <p>1. 34% der Pat. gehören zu den 60-69jährigen</p> <p>2. Verschiebung zu jüngeren Altersgruppen</p> <p>3. Von Mai bis jetzt Rückgang bei den 70-79 und 80+Jährigen, Anstieg bei den 50-59 und 60-69jährigen</p> <p>4. Jetzt auch Anstieg bei 40-49jährigen</p> <p>4. Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Fälle</p> <p>1. Weiterhin wird ein niedriges Belegungsniveau prognostiziert</p> <p><b>Syndromische Surveillance bis KW27 (nur mittwochs)</b>          (Folien <a href="#">hier</a>)          GrippeWeb          ARE-Rate in KW 28 stabil i. Vgl. zur Vorwoche (3.500/100.000EW)          Zunahme durch Lockerungen hat sich mit Ferienbeginn bei Kindern nicht fortgesetzt          Anstieg bei &gt;35-Jährigen, auch bei &gt;60jährigen          Risikobewusstsein sinkt          ARE-Konsultationen          Anzahl ist leicht gesunken, liegt jedoch noch über den Niveaus 2018/19 und 2019/20, könnte ein Aufholeffekt sein          In KW 28 760 Konsultationen /100.000 EW, dabei ein Rückgang bei Kindern und ein Anstieg bei 15-34jährigen          ICOSARI-KH-Surveillance          SARI-Zahlen unter dem Niveau der Vorjahre          Geringer Rückgang bei Älteren, leichter Anstieg bei 0-4jährigen          SARI-Fälle mit/ohne COVID-19          Anteil COVID-19 an SARI in stationärer Behandlung: Anstieg auf sehr niedrigem Niveau          Anteil COVID-19 an SARI-Intensivfällen: Anstieg auf sehr niedrigem Niveau          Anteile bleiben deutlich unter 10%          Corona-Kita-Studie          Ausbrüche in Kindergärten: weiter rückläufig, 10 Ausbrüche</p>	<p>FG 36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	--



	<p>gemeldet oder nachgemeldet In Schulen: 31 Ausbrüche, Entwicklung wird beobachtet</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten KW27</b> <i>(nur mittwochs)</i> (Folien <a href="#">hier</a>) 126 Einsendungen aus 33 Arztpraxen (1 mehr als Vorwoche), leichter Rückgang hier, da einige Praxen in Urlaub sind Altersverteilung 50% der Einsendungen von 0-4Jährigen, alle anderen AG verteilen sich auf die übrigen 50%, geringster Anteil &gt;60Jährige, größter Anteil 5-15Jährige 80% positive Virusnachweise Viruszirkulation (außer Corona) Starker Anstieg bei HRV und PIV, kein HRV-Nachweis bei &gt;60Jährigen, RSV auf niedrigem, jahreszeitlich normalem Niveau, 1 Nachweis bei 0-4Jährigen 1 Sars-CoV-2-Nachweis :33 Jahre, vollständig geimpft, hoher Ct-Wert (39) aber symptomatisch, folglich Virusreproduktion -diese Konstellation ist in Zukunft häufiger zu erwarten (Ärzte fragen, wie damit umzugehen ist) Saisonale Coronaviren: kein NL63-Nachweis, OC 43 &lt; 5% (überwiegend bei &gt; 60Jährigen)</p> <p><b>Delta-Variante in Deutschland</b> (keine Folien) Anteil Delta in KW 27: 83% Anteil Alpha 12% Im Gegensatz zu ARS-Daten: in KW 26/27 kein Nachweis von B1.351 (Beta) Leichter Anstieg von P1 Anteil o.g. VOC &gt;98% Delta hat die Führung übernommen, P1 steigt Bundesländer: leichter P1-Anstieg (RP, SL) an den Grenzen zu Luxemburg, dort P1-Ausbruch im Rahmen des Nationalfeiertags, vorher Delta als häufigste Variante, dies könnte sich wieder zurückregulieren, erklärt den leichten Anstieg in RP und SL</p> <p><b>Diskussion</b> Hinweis zum Pool-Screening: Wurde von C. Drosten kritisch beurteilt, nur bei niedrigen Inzidenzen sinnvoll, in der Fläche als tendenziell nicht umsetzbar dargestellt Gepoolte PCR-Testung in NRW mit guten Ergebnissen flächendeckend eingesetzt, dies zeigt die Machbarkeit BL bringen unterschiedliche Gegenargumente ein, im Vordergrund Kosten Es gibt eine Inzidenzgrenze, ab der zu viele Pools aufgelöst werden müssten, könnte wahrscheinlich berechnet werden Darstellung Michael Müller (ALM): Berechnung zeigt, dass für alle KiTa- und Schulgruppen etwa 800.000 Tests/Woche nötig wären, dies wäre leistbar Diesbezügliche Diskussion für Altenheime hat erst begonnen Es sollte kommuniziert werden, dass auch für Jüngere ein Gesundheitsrisiko besteht (im Durchschnitt 1-2 PIMS- Fälle/Jahr in D, jetzt wurden 380 beobachtet)</p>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p>
--	---	--------------------------------------



	<p>Testungen sind definitiv machbar, es ist eine Kostenfrage, Finanzierung ist Ländersache, die Länder rechnen hier leider mit Centbeträgen</p> <p>Zeitlicher Aufwand in Schulen ist hoch für Antigentest (2 Schulstunden/Woche), für Lolli-Pool-PCR-Tests genügen 2x10 Minuten</p> <p>Gegenstimme: Kapazitäten sind nur ausreichend für Pool-Screening an KiTas und Grundschulen, nicht bei älteren Schülern (aber hier wären ggf. Impfungen möglich)</p> <p>Gespräche mit Minister Spahn sollen belegen, dass eine Expertenberatung in Anspruch wird, Folien werden (wie Presse- und Öffentlichkeitswirksam?) auf die BMG-Webseite gestellt, dieses Forum sollte für die Kommunikation deutlicher Messages über einfache und klare Folien genützt werden, auch die Darstellung zur Machbarkeit des Pool-Screenings könnte dort erscheinen</p> <p>Zwischenfrage: Am 28.07 wird eine neue EinreiseVO veröffentlicht. Es werden nur noch Hochinzidenz- und Virusvariantengebiete ausgewiesen. Hierfür werden viele Faktoren berücksichtigt und verschiedene Datenquellen zusammengeführt. Definition von Virusvariantengebiet soll enger gefasst (auf VOC mit tatsächlichem Risiko beschränkt) werden. Ist es verhältnismäßig, bei einem Beta-Anteil von 10% und 90% Delta ein VV-Gebiet auszuweisen? (Beispiel Länder des südl. Afrika mit Beta =15%, auch Länder im südl. Amerika stehen dadurch unter wirtschaftlichen Druck). Würden diese zu Hochinzidenzgebiet, wäre – ggf. im Widerspruch zu den KoNa-Empfehlungen - keine 14-tägige Quarantäne angeordnet. Wie ist die Haltung hierzu?</p> <p>Wird, unter der Voraussetzung, dass das Infektionsgeschehen vor Ort berücksichtigt wird, allgemein als gangbarer Weg beurteilt, da die 14-tägige Quarantäneempfehlung im KoNa-Dokument nur für Kontakt mit <u>nachgewiesenem</u> Delta-Quellfall gilt, nicht bei V.a., und somit kein Widerspruch entsteht.</p> <p>Pool-Screening: Was sind konkret die Erfolge in NRW? Könnte man ähnliche Ergebnisse durch Testung aller symptomatischen SchülerInnen erzielen?</p> <p>In NRW werden GA-Daten erhoben, um Folgefälle festzustellen, innerhalb der Einrichtungen wurden kaum Folgefälle festgestellt, Übertragungen also vermieden</p> <p>Pooling-Methode ist verbessert, durch einführen aller Tupfer in ein Lösungsröhrchen wird eine Verdünnungseffekt vermieden, sehr frühe Detektion (bereits ab 100 Kopien) möglich</p> <p>Schule mit definierten Gruppen ist ideales Pool-Setting, erst bei Symptomatik zu testen, ist zu spät</p> <p>GÄ geben bei „wie wurde der Fall bekannt“ derzeit am häufigsten „Reihentest/Screening“ an</p> <p>Neues Thema: BMG-Morgenlage und GM-Konferenz äußern den Wunsch nach einem aktuellen Indikatoren-Set für die gezielte Ergreifung von Maßnahmen im Herbst/Winter (Anpassung an Delta).</p> <p>Auch in der AGI wurde ein Herbst/Winter-Strategiewechsel</p>	<p>Wieler</p> <p>Hanefeld</p> <p>Hamouda</p>
--	--	--



diskutiert, auch eine Unter-AG gebildet, dort heterogenes Meinungsbild der BL, Schwierigkeit in den BL breite Akzeptanz für abgestimmte Maßnahmen zu erreichen  
 Das Papier „Vorbereitung auf den Herbst“ erscheint, mit BMG abgestimmt, demnächst auf der RKI-Webseite, das Indikatorset könnte eine Aufgabe für FG 36 werden  
 Widerspruch: Wunsch nach Indikatoren und klaren Grenzwerten ist verständlich, jedoch nicht erfüllbar, Inzidenz ist der schnellste aller Indikatoren, die Hospitalisierung folgt später. Ein neuer Stufenplan mit definierten Grenzwerten kann aufgrund der vielen unbekanntenen Variablen, die im Spiel sind, derzeit nicht festgelegt werden. Es ist eine Anpassung an die jeweilige, derzeit nicht vorhersehbare Situation erforderlich  
 Allg. Zustimmung, ggf. soll der gegenwärtige Stufenplan, überarbeitet und angepasst, angeboten werden  
 Frage: Wenn die Pooltestung sich als so erfolgreiche erweist, widerspricht das unserer bisherigen Testempfehlung zur Testung Symptomatischer? Antwort: Beides ergänzt sich (u.a. abhängig vom Setting)

! **Vorstellung zweier Studien aus Kanada und Schottland zum Vergleich der Krankheitsschwere von Alpha und Delta**  
 (Folien [hier](#))

1. Schottland: Sheikh et al., Lancet 2021.  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01358-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01358-1/fulltext)
  1. Zeitraum 01.04. - 06-06.2021
  2. Healthcare Datensätze von 99% der schottischen Bevölkerung
  3. Definition Delta: S-Gen positive Proben
  4. 19.543 SARS-CoV-2-Infektionen, 7.723 S-Gen positiv
  5. 377 Hospitalisierungen (innerhalb 14 Tagen nach Test)
  6. Adjustiertes (Alter, Geschlecht, Zeit und Komorbiditäten) Ergebnis: Doppeltes Hospitalisierungsrisiko bei Delta (auch als Hospitalisierungsrate /100 Personenjahre angegeben: 36,2 (Alpha) vs. 62,4 (Delta))
2. Kanada: Fisman & Tuite medRxiv preprint doi:  
<https://doi.org/10.1101/2021.07.05.21260050>
  1. Zeitraum 07.02. – 22.06.2021
  2. Retrospektive Kohorte aller SARS-CoV-2 Fälle in der Provinz Ontario



	<p>3. 211.197 SARS-CoV-2-Infektionen, ~43.100 non-VOC, ~162.500 N501Y-VOC, ~5.600 Delta</p> <p>4. 11.000 hospitalisiert, 2.300 ITS, 1.800 Tod</p> <p>5. Adjustierte Odds</p> <p style="padding-left: 40px;">für Hospitalisierung: Delta/Alpha 1,5</p> <p style="padding-left: 40px;">für IST: Delta/Alpha 2</p> <p style="padding-left: 40px;">für Tod: Delta/Alpha 1,6</p> <p>3. Zusammenfassung: VOC-Infektionen sind in beiden Studien mit einem erhöhten Risiko von Hosp/ITS/Tod verbunden, dabei gilt non-VOC&lt;Alpha&lt;Delta</p> <p>4. Impfdaten wurden nicht berücksichtigt</p> <p>5. Sollte das Risiko deutlicher kommuniziert werden?</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Erstautor mit Interessenkonflikt (AstraZeneca)?</p> <p>Daten schwierig zu beurteilen: Bei hoher Inzidenz führen hohe Viruslasten zu schwereren Krankheitsverläufen. Studien aus Deutschland mit kontrollierter Datenerhebung wären wünschenswert</p> <p>Möglicher Publikationsbias, Thema ist derzeit von großem Interesse</p> <p>In Deutschland sehen wir einen Shift von Delta zu jüngeren Altersgruppen, bei Hospitalisierungen in jüngeren Altersgruppen ist Delta etwas höher als Alpha, bei Hospitalisierungen in älteren Altersgruppen ist Alpha etwas häufiger als Delta, extrem schwierige Beurteilung durch unterschiedliche Phasen, wir vergleichen verschiedene Wellen mit unterschiedlicher Präsenz/Dominanz einzelner Varianten</p> <p>Verschiedene Phasen und verschiedene Kollektive werden verglichen, dadurch ist die Datenqualität der Studien schwer zu beurteilen, kann als Hinweis gewertet werden, noch keine ausreichende Datengrundlage</p> <p>Frage: Gibt es Studien, die für Delta eine <u>geringere</u> Krankheitslast zeigen? Wohl nicht, daher sollte man in der Kommunikation auch nicht zu vorsichtig sein</p> <p>Der Hinweis auf schwerere Erkrankungen durch Delta war früher ein Bestandteil der Risikobewertung, ist derzeit jedoch nicht enthalten</p> <p>PH-England hat bisher noch keine eindeutige diesbezügliche Stellungnahme veröffentlicht</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>(nicht besprochen)</p>	<p>ZIG</p>



<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht besprochen)</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht besprochen)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Ein neues Merkblatt ist erschienen: Entscheidungshilfe zur COVID-Impfung 12-17Jähriger :  <a href="https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/schutzimpfung/Impfrehenfolge-und-ablauf.html#c15770">https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/schutzimpfung/Impfrehenfolge-und-ablauf.html#c15770</a></p> <p>Derzeit erreichen die BZgA viele Bürgeranfragen: Brauchen Genesene mit einer Impfung 14 Tage Abstand, um vollständig geimpft zu sein? Genesene können laut aktueller Empfehlung schon nach 4 Wochen geimpft werden, dies ist in den Apps noch nicht aktualisiert.</p> <p>Genesene brauchen nach der einmaligen Impfung keine Wartezeit von 14 Tagen bis zum vollständigen Schutz, wenn sie innerhalb der 6 Monate nach Infektion geimpft werden, sie sind durch die Infektion geschützt, durch die Impfung entsteht kein unterbrochener Impfschutz</p> <p>Die technische Anpassung ist in Bearbeitung und wird nach einer kurzen Übergangszeit erfolgen (derzeit kann die App noch nicht differenzieren zwischen einmaliger Impfung J&amp;J mit 14 Tagen Wartezeit und einmaliger Impfung nach Genesung ohne Wartezeit)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>„Vorbereitung auf den Herbst/Winter“ Papier steht vor der finalen Freigabe</p> <p>Heatmap wird getweetet                  Auf das „Vorbereitung auf den Herbst/Winter“ Papier wird hingewiesen                  Die Bedeutung des Verhaltens für die Übertragung und die Krankheitsrisiken auch für Jüngere werden adressiert                  Hinweis: Über die derzeitigen Hygieneempfehlungen im Flyer (AHA+L und Masken nur für nicht Geimpfte) hinaus sollte für Herbst/Winter ein MNS für alle empfohlen werden, als Fremd- und Eigenschutz zusätzlich zur Impfung</p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>Buda</p>



<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>Allgemein</b> (nicht besprochen) <b>RKI-intern</b> (nicht besprochen)	alle
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	Alle
<b>8</b>	<b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	FG17/ZBS1
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht besprochen)	IBBS
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> Donnerstag 22.07.2021 UAS Pandemie des Gesundheitsausschusses des Bundestags Teilnahme: Osamah Hamouda	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> (keine) Nächste Sitzung: Freitag, 23.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	





**Ende: 12:48**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 23.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                    |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| ! Institutsleitung | ! FG36                          |
| ○ Lothar H. Wieler | ○ Silke Buda                    |
| ! Abt. 1           | ○ Stefan Kröger                 |
| ○ Annette Mankertz | ! FG37                          |
| ! Abt. 3           | ○ Sebastian Haller              |
| ○ Osamah Hamouda   | ! FG38                          |
| ○ Janna Seifried   | ○ Maria an der Heiden           |
| ○ Nadine Litzba    | ! ZBS7                          |
| ! FG14             | ○ Christian Herzog              |
| ○ Melanie Brunke   | ! ZBS1                          |
| ! FG17             | ○ Janine Michel                 |
| ○ Djin-Ye Oh       | ! P1                            |
| ! FG21             | ○ Ines Lein                     |
| ○ Patrick Schmich  | ! Presse                        |
| ! FG24             | ○ Ronja Wenchel                 |
| ○ Thomas Ziese     | ! ZIG                           |
| ! FG32             | ○ Johanna Hanefeld              |
| ○ Claudia Sievers  | ! ZIG1                          |
| ! FG33             | ○ Anna Rohde                    |
| ○ Thomas Harder    | ! BZgA                          |
| ! FG34             | ○ Martin Dietrich               |
| ○ Viviane Bremer   | ! MF3                           |
|                    | ○ Nancy Erickson<br>(Protokoll) |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>! Datenstand: WHO, 22.07.2021, Folien <a href="#">hier</a></p> <p>! 191.773.590 Fälle (+ 8,3 % im Vergleich zu Vorwoche)</p> <p>! 4.127.963 Todesfälle (2,2 %)</p> <p>! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Platz 1 - UK: aktuelle Inzidenz von ca. 486/100.000 Einw., Anstieg auch weiterhin, derzeit um 36 % im Vgl. zu Vorwoche</li> <li>o Platz 2 - Indonesien: derzeit stagnierende Inzidenz</li> <li>o Platz 3 - USA: Anstieg der Inzidenz um 54,2 % im Vgl. zur Vorwoche</li> <li>o Steigende Inzidenzen ebenfalls im Iran (+ 19,7 %)</li> <li>o In Spanien geringerer Anstieg (+ 4,8 %) der Inzidenz als in den Vorwochen, wird voraussichtl. zum Hochrisikogebiet erklärt trotz vergleichsweise starker Durchimpfung</li> </ul> <p>! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. weltweit nahezu unverändert</p> <p>! Fall- und Todeszahlen weltweit (WHO SitRep, 20.07.2021):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Weltweite Fallzahlen derzeit weiter steigend</li> <li>o Trend der letzten 5 Wochen setzt sich fort</li> <li>o Fallzahlen der letzten 7 Tage verteilen sich relativ gleichmäßig, stärkste Steigerung in Europa mit 21 % und Western Pacific mit 30 %</li> <li>o Höchste Todesfallzahlen der letzten 7 Tage in amerikanischen Ländern (derzeit 39 %)</li> </ul> <p>! COVID-19/ Niederlande / Hospitalisierung / Alter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Krankenhausaufnahmen nach Altersgruppe (AG) und Zeit: ansteigender Trend der allgemeinen Krankenhausaufnahmen in allen AG außer bei den &lt; 20-jährigen, höchster Anstieg in der AG der Hochaltrigen</li> <li>o ITS-Aufnahmen nach AG und Zeit: erneut langsam ansteigend, hier vor allem in der AG der 40 – 49 und 30-39-jährigen (nicht in der AG der Hochaltrigen), weiter zu beobachten</li> </ul> <p>! COVID-19/ Portugal / Hospitalisierung / Alter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Höchster Anteil an allgemeinen Krankenhausaufnahmen (GW – General Wards) in der AG der &gt; 80-jährigen (22,4 %), höchster Aufnahmeanteil bei ITS allerdings AG der 40-49-jährigen (30,4 %)</li> <li>o Fälle unter Geimpften (EWRS): <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3.805.467 vollständig Geimpfte in Portugal (14 d)</li> <li>▪ Darunter 8.007 Fälle (0,21 %)</li> <li>▪ Darunter wiederum 81 hospitalisierte Fälle</li> </ul> </li> </ul> <p>! COVID-19/ UK / Hospitalisierung / Alter</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Datenquelle Office for National Statistics and PHE – Technical Briefing heute noch nicht veröffentlicht</li> <li>o Infektionen: Dominanz Schuljahrgang 12 bis 24 Jahre</li> </ul>	ZIG1 (Rohde)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Krankenhausaufnahmen: Dominanz &gt;85-Jährige</li> <li>○ Todesfälle: Dominanz älterer AG</li> <li>○ Anm.: Datengrundlage von UK ONS bis 11.07.</li> <li>! Delta – Variante / Krankheitsschwere <ul style="list-style-type: none"> <li>○ WHO-Einschätzung angepasst: in aktuellem SitRep erhöhtes Hospitalisierungsrisiko ausgewiesen, basierend auf zwei Publikationen (Preprint Kanada, aktuelles Technical Briefing)</li> </ul> </li> <li>! Montag Schaltung mit Staatskanzleien und Kabinett/BW ! key message: trotz hoher Impfraten nicht nur hohe Inzidenz sondern auch hohe Hospitalisierungsraten zu befürchten (siehe aktuell UK, NL, Spanien - Länder mit hoher Impfrate; in Dänemark Hospitalisierungsraten ebenfalls stiegend)</li> <li>! Zahlen zu Libyen (hohe Inzidenz bei vergleichsweise niedriger Inzidenz in Nachbarländern): täglich 7 Tests/1.000 Einw. und 33 % Positivenanteil. Tunesien täglich 20 Tests/1.000 Einw. und 22 % Positivenanteil (Datenstand 12.07.2021), siehe Dashboard WHO</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.752.592 (+2.089), davon 91.492 (+34) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: 13,2/100.000 Einw.</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 50.262.310 (60,4 %), mit vollständiger Impfung 39.896.523 (48 %)</li> </ul> </li> <li>! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skala bis Inzidenz von 25, dennoch deutlich, wie Inzidenz in westlichen BuLä ansteigt, während sie in östlichen BuLä stagniert</li> <li>○ Saarland: nebst Delta-Variante auch P1 (Gamma) stark vertreten, sollte beobachtet werden, Anm.: P1 wird auf Lux zurückgeführt (singuläres Ereignis aufgrund eines Ausbruchs mit P1 durch Feiertag, keine Verdrängung der Delta-Variante)</li> <li>○ <a href="https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B77-Bevoelkerungsdichte-Kreise.html">https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/B77-Bevoelkerungsdichte-Kreise.html</a></li> </ul> </li> <li>! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahl der LK ohne gemeldete Fälle rückläufig</li> <li>○ Hier ebenfalls höhere Fallzahlen in westlichen BuLä sichtbar (Populationsdichte, Industrie), v.a. Solingen (Inz.: 67,8) und Kaiserslautern (57,0)</li> </ul> </li> <li>! Trend – Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zunahme um &gt;Faktor 2 in Magenta, größerer Anstieg im Vgl. zur Vorwoche auch hier bspw. in Solingen (von 19 auf 108 Fälle)</li> </ul> </li> <li>! Wochenvergleich der 7-Tage Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Derzeit &gt; 10.000 Fälle, Zunahme um ca. 42 % im Vgl. zur Vorwoche</li> </ul> </li> <li>! Expositionsländer importierter Fälle</li> </ul>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	--	-----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Importzahlen auf letzte 14 Tage bezogen: v.a. aus Spanien (mit zunehmender Tendenz, derzeit 737 importierte Fälle), NL, Türkei, Griechenland, Kroatien</li> <li>! Indikatorbericht für die Bundesländer: bereits kommuniziert</li> <li>! Wöchentliche Sterbefallzahlen Deutschland             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiter rückläufig, derzeit im Rahmen üblicher Mortalität der Vorjahre</li> <li>○ Anmerkung: Berichtszeitraum bezieht nicht mehr 2020 mit ein</li> </ul> </li> <li>! 7-Tage-Inzidenz pro AG nach Bundesländern (Heatmap): in Berlin bei 20-25-Jährigen Inzidenz bereits im 60er-Bereich, auch in HH und NRW deutlich höhere Inzidenz bei jungen Erwachsenen als im Bundesdurchschnitt, in BuLä mit geringen Fallzahlen wie Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen oder Brandenburg Inzidenz bei jungen Erwachsenen niedriger als im Bundesdurchschnitt</li> <li>! 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz pro AG (Heatmap): erster Entwurf analog zur 7-Tages-Inzidenz: in zweiter Welle v.a. Hochaltrige betroffen, in dritter Welle durch Impfung abgefangen, momentan sehr niedrig</li> <li>! 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz pro AG (Heatmap) nach Bundesland: in Bremen, HH, Niedersachsen geringere Hospitalisierungsraten verzeichnet, diese Länder zeigen jedoch geringste Vollständigkeit der Angaben zur Hospitalisierung (cave: Verzerrung somit nicht auszuschließen), sollte durch neue MeldeVO an Vollständigkeit zunehmen</li> <li>! Diskussion: kann die vierte Welle bereits als begonnen definiert werden?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grundsätzliche Zustimmung</li> <li>○ Sollte allerdings ggf. mit Einschränkung kommuniziert werden („am Beginn“), aber: Verzug zu Beachten (Zeitpunkt Ansteckung bis Meldung / Meldeverzug, bei derzeitiger Verdopplungsrate in praxi weitaus höher als ausgewiesen)</li> <li>○ Alte Zielstellung „flatten the curve“ zu kommunizieren, auch mit Blick auf Entwicklung in der UK</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Modellierungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht berichtet</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>Neue EinreiseVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern veröffentlicht worden</li> <li>! U.a. war der zweite Teil ausführlich kommentiert worden</li> <li>! Vereinfachung des Systems / Entfallen der Risikogebiete ist nicht akzeptiert worden</li> <li>! Vielmehr handelt es sich um eine Verlängerung der bisherigen EinreiseVO</li> <li>! Dreispurige Aufteilung (Risiko-, Hochinzidenz- und</li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>

	<p>Virusvarianten-Gebiet) ist beibehalten worden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Entlistung von Ländern Südafrikas als Virusvariantengebiet kommende Woche angestrebt aufgrund der großflächigen Ausbreitung der Delta-Variante (epidemiologischer Anstieg auf Ausbreitung der Delta-Variante zurückzuführen)</li> <li>! Entlistung auch für humanitäre Einsätze aufgrund von Quarantänezeiten von Relevanz: derzeit Hilfersuchen aus Namibia weiter in Bearbeitung sowie ein Einsatz in Ruanda in Diskussion</li> <li>! In Südamerika wächst politischer Druck aufgrund der Reisebeschränkungen durch Ausweisung als Risikovariantengebiet (Verbreitung der Gamma-Variante)</li> <li>! Anmerkung in EinreiseVO vorhanden, dass das RKI auf der Website ausweist, welche Virusvarianten Immune Escape-Potential besitzen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Austausch dazu mit BMG erfolgt, BMG wünscht Aussage dazu, ob Beta- und Gamma-Variante Immune Escape-Potential besitzen</li> <li>○ Evidenzlage ändert sich laufend, Ausweisung wäre mit sehr viel Aufwand und Kontroversen verbunden</li> <li>○ Es ist nicht Aufgabe des RKI, Impfstoffwirkungen bzw. Escape-Varianten für Impfstoffe auszuweisen bzw. eine eigene Einschätzung dazu vorzunehmen, welcher Impfstoff gegen welche Variante wirksam ist</li> <li>○ Auftrag ist in kleinerer Runde mit FG17 und FG33 zu besprechen (Vorschlag, Montag mit Herrn Wichmann einen Vorschlag zu diskutieren)</li> <li>○ ECDC-Tabelle: Spalte „Evidence for impact on immunity“ in der Variantentabelle</li> <li>○ Bei Pressestelle bereits erste Bürgeranfragen dazu, wo diese Daten zu finden seien</li> </ul> </li> </ul>	
--	--	--



3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Synergien zwischen Projekten wie CWA und CovPass weiten sich aus  Volumen aktueller Projekte (u.a. CWA, CovPass, SORMAS, DEMIS) zu hoch  DEA: Beauftragung der Jülich Company seitens BMG zu Kompatibilitätsfragestellung, führt zu vielen Hürden (Datenbefugnisse fraglich etc.)  Umsetzung der Handhabung von Genesenen in CovPass und Abbildung der Varianten in CWA mit Herausforderungen verbunden  Impfzertifikatausstellung durch Apotheken aufgrund zweier Vorfälle der Erschleichung von Zertifikaten gestoppt, Aufklärung soweit erfolgt, Wiederaufnahmezeitpunkt der Ausstellung jedoch unklar! CovPass durch IBM ausgestellt, Hürden in der Zusammenarbeit  Digitale Impfzertifikate bereits häufig für digitale Einreiseanmeldung erforderlich (Impfpass-Foto-Upload nicht fälschungssicher, daher durch einige Gesundheitsämter ausschließlich Akzeptanz des QR-Codes)  Für die baldige Impfung durch ca. 400 Gesundheitsämter sind auch die Zertifikate und die CWA- / IT-Strukturen anzupassen  DEMIS und weitere digitale Projekte rücken langsam in de Fokus der öffentlichen Wahrnehmung, Erwartungen steigen, Unterstützung von außen zur Umsetzung  Gesundheitsämter und digitale Projekte = Schlüsselfunktionen der Zukunft  Herr Wieler hatte Abteilungsleitender aufgefordert, allen FG-Leitungen die neue, bereits beschiedene Struktur von MFI darzulegen - zwei Unterabteilungen: FG IT und ein FG für Management digitaler Projekte, zwecks Ressourcenbündelung  schließen sich Herr Wieler, Herr Hamouda und Herr Schmich kurz</p>	FG21 (Schmich)
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Veröffentlichung des TV-Spots zum Impfen: heute zunächst auf digitalen Kanälen und privaten Sendern, ggf. auch über öffentlich-rechtliche Sender als politisches Signal  <a href="https://www.youtube.com/watch?v=tC0wkfwVUS0">https://www.youtube.com/watch?v=tC0wkfwVUS0</a>  360° Agile Kommunikationskonzeption (15/ 30 /60 sec für verschiedene Formate, geobasiert auf Social Media zur Verbreitung)  Mittwoch: Termin mit Migrationsbeauftragten zur Impfabzeptanz! Bereitstellung digitaler Pakete für die Länder mit speziell auf diese Personengruppen zugeschnitten</p>	BZgA (Dietrich)



	<p>Formaten (Sprache, Detailgrad, Medienplattformen: differenzierte Betrachtung erforderlich) ! Verbreitung auf Landesebene</p> <p>Zentrale Aspekte: Vertrauen und Risikowahrnehmung</p> <p>Schulferienende: zentrale Informationsangebote für Schulen werden vorbereitet unabhängig der landesspezifischen Konzepte</p> <p>Betroffenendokumentationen (v.a. auch von jüngeren Bevölkerungsgruppen) könnten erneut zirkuliert und auf Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zugeschnitten werden, um das Risikobewusstsein zu fördern</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Nicht berichtet bzw. siehe TOP 6, RKI-intern</p> <p><b>P1</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
<p><b>6</b></p>	<p>Erllass von gestern, bis 30.07. zu bearbeiten: Einordnung der Aussagekraft der Inzidenzen und Hospitalisierungsraten bei steigenden Impfquoten ! Maße der Einschätzung erforderlich</p> <p>Tagung Untergruppe AGI zu Strategiewechsel vergangenen Dienstag, Austausch mit Herrn Rottmann und Holtherm sowie Herrn Haas und Frau Buda</p> <p>ControlCovid war Evidenz-basiert, Evidenz für Delta-Variante noch nicht ausreichend vorhanden</p> <p>Schwierigkeit, dass Länder klare, justiziable Indikatoren wünschen, während lokale Gegebenheiten einen erheblichen Einfluss besitzen ! Grenzwertfestlegung schwierig ! neuer Rahmen auf Basis des ControlCovid-Papiers erarbeitet, da diese Indikatoren weiterhin - auch unabhängig der Impfung - gültig sind</p> <p>Leitindikatoren:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7-Tages-Inzidenz als Maß für Ausbreitungsgeschwindigkeit</li> <li>2. Hospitalisierungsrate der AG &gt; 60 als Maß für Krankheitsschwere</li> <li>3. Anteil Covid-Fälle an allen ITS-Fällen als Maß für Krankenhausversorgung/Auslastung</li> </ol> <p>Wechsel der Warnstufe nur dann, wenn mind. zwei der drei Leitindikatoren festgelegte Kriterien erfüllen</p> <p>Unabhängig von den verschiedenen Stufen sind Präventionsmaßnahmen einzuhalten bzw. anzustreben: vollständige Immunisierung, AHA-Regeln etc.</p> <p>Grafische Ausarbeitung mit P1 geplant</p> <p>RKI weist die Anzahl der asymptomatischen und symptomatischen COVID-19 Fälle mit abgeschlossener Impfserie und einem Mindestabstand von 14 Tagen zwischen Erkrankungsbeginn bzw. Diagnose nach der letzten Impfung</p>	<p>FG38 (Hamouda)</p>



	<p>aus (Wochenbericht S.18 erste Zeile Covid-19 Fälle mit vollständiger Impfung – auch alle asymptomatischen Fälle, in der Zeile darunter werden symptomatische Fälle/Impfdurchbrüche ausgewiesen)</p> <p>Altersspezifische Umsetzung von Inzidenzen nicht umsetzbar (zu geringe Datenlage, zu viele Variablen)</p> <p>Geschwindigkeit der Ausbreitung, Schwere der Belastung des Gesundheitssystems und Grenzen der KP-Nachverfolgung als Parameter der Belastung der Gesundheitsämter! Basis für lokale Behörden, lokale Maßnahmen zu beschließen</p> <p>Hospitalisierung der AG &gt; 60 Jahre sensitiverer Indikator trotz Impfung v.a. auch dieser AG und Verschiebung der Inzidenzen und Hospitalisierungsraten hin zu jüngeren AG</p> <p>Laut Modellierung ist diese AG weiterhin bei steigender Inzidenz die AG, die am häufigsten hospitalisiert würde, ein geringerer Wert für Hospitalisierung insgesamt muss berücksichtigt werden, daher ist dieser Indikator weiterhin sinnvoll und somit ggf. sensitiver, zudem werden beide (Gesamtbevölkerungsinzidenz und Inzidenz AG 60 +) im Lagebericht ausgewiesen</p> <p>Nachtrag: Infektionen nach Impfung in UK: Prozent Positive nach vollständiger Impfung bei AZ 0,1 % und bei Biontech 0.1 %; Analyse der Daten Dezember 2020 - Ende Mai 2021 (Delta dominant)</p> <p><a href="https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19infectionsurveytechnicalarticleanalysisofpositivityaftervaccination/june2021">https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/articles/coronaviruscovid19infectionsurveytechnicalarticleanalysisofpositivityaftervaccination/june2021</a></p>	
	<p><b>RKI-intern</b></p> <p>Anfragen an Fachgebiete durch Presse/Fachöffentlichkeit – wie sind diese zu reduzieren</p> <p>FG33: bei bestimmten Anfragetypen Verwendung von Standardschreiben</p> <p>Zirkulieren der Standardschreiben wenig sinnvoll, da schnell veraltet und in großer Zahl vorhanden</p> <p>IBBS:</p> <p>Therapieanfragen! Gründung „Beratungsnetzwerk“ (Anfragen erheblich gesunken, regelmäßig bis zu 300 Teilnehmende);</p> <p>Austausch mit Fachgesellschaften! konzertiert in wöchentlichen Telefonkonferenzen;</p> <p>Einzelfallanfragen! „Praxisberichte von Klinikern für Kliniker“ zusätzlich zu Übersichtsberichten</p> <p>Presse und Rechtsreferat: standardisierte Antworten sollten an frühe Stelle gesetzt werden</p> <p>Antworten auf einzelne medizinische oder statistische Anfragen nicht umsetzbar, dazu viele als IFG-Anfragen getarnte Recherche-Aufträge! über L zurück an Lagezentrum und Presse</p> <p>Anfragen, die bei einzelnen OEs eintreffen, können ggf. an Presse zurückgeschickt werden mit der Bitte um freundliche</p>	

	<p>Absage Es wird darum gebeten, daran zu denken, dass jede Abbildung, die rausgeschickt wird, zu weiteren Anfragen führt, bspw. nach Rohdaten (viele Abbildungen sind mit Verweis auf das Dashboard zu finden) Es sollte, wenn möglich, insgesamt vermehrt auf das Dashboard verwiesen werden Diskussion der Übereinstimmung des internen RKI-Hygienekonzeptes mit externem Konzept gesondert oder kommenden Mittwoch zu führen (Bspw. AHA plus L-Regel; MNS in geschlossenen Räumen bei ausschließlicher Anwesenheit Geimpfter nicht erforderlich)</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! STIKO-Beratung zur Impfung der 12-17-Jährigen am Mittwoch erfolgt, erneut am folgenden Mittwoch zu Modellierungen ihres möglichen Impacts auf den Pandemieverlauf</li> <li>! Zulassung von Moderna für 12-17-Jährige für heute oder Montag erwartet, nach BioNTech/Pfizer zweite Zulassung</li> <li>! Genauere Beobachtung der Impfdurchbrüche bei Jansen, derzeit unauffällig und keine Hinweise auf Waning, Kontakt zu PEI und Rückmeldung bei Veränderung</li> <li>! Anm.: Waning der Immunität in Modellierung ggf. zu berücksichtigen, da neutralisierende AK mehr Schutz vor Transmission vermitteln als T-Zellen; STIKO-Modellierung allerdings basierend auf Evidenz aus klinischen Studien, daher noch kein Waning berücksichtigt</li> </ul>	FG33 (Harder)
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Mittwoch ausführlich berichtet, derzeit v.a. Rhinoviren und Parainfluenzaviren im Sentinel</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>Von 149 Fällen 77 positiv (ca. 52 %), bei allen Positivproben Hinweise auf das Vorliegen der Delta-Variante Bislang 323 Proben von Impfdurchbrüchen, seit Anfang/Mitte Juni hier fast ausschließliches Vorliegen der Delta-Variante</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>



<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <i>(nur freitags)</i> Nicht berichtet	IBBS (Herzog)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> Nicht berichtet	Alle
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> Nicht berichtet	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> Desinfektion von Flugzeugen nach IATA Direktive (ZIKA-Erfahrung, Desinfektion nach 7 Tagen, Einflug nicht ohne Desinfektionsbescheinigung möglich), Diskussion anberaumt	FG38 (an der Heiden)
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> Internationale Kommunikation weiterhin sehr auslastend trotz Priorisierungsanstrengungen  Wochenbericht von gestern wurde sehr gut angenommen, vielfach zitiert, viele Berichte zu neuer Strategie	FG38 (an der Heiden)  Presse (Wenchel)
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> Keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:19 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 28.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| ! Institutsleitung     | ○ Walter Haas           |
| ○ Lothar H. Wieler     | ○ Silke Buda            |
| ! Abt. 1               | ○ Kristin Tolksdorf     |
| ○ Martin Mielke        | ! FG37                  |
| ! Abt. 3               | ○ Muna Abu Sin          |
| ○ Janna Seifried       | ! FG38                  |
| ○ Nadine Litzba        | ○ Ute Rexroth           |
| ! FG12                 | ! MF4                   |
| ○ Annette Mankertz     | ○ Martina Fischer       |
| ! FG14                 | ! ZBS7                  |
| ○ Mardjan Arvand       | ○ Michaela Niebank      |
| ○ Melanie Brunke       | ! P1                    |
| ! FG17                 | ○ John Gubernath        |
| ○ Djin-Ye Oh           | ! P4                    |
| ○ Ralf Dürrwald        | ○ Susi Gottwald         |
| ! FG21                 | ! Presse                |
| ○ Wolfgang Scheida     | ○ Marieke Degen         |
| ! FG25                 | ○ Ronja Wenchel         |
| ○ Christa Scheidt-Nave | ! ZIG                   |
| ! FG32                 | ○ Eugenia Romo Ventura  |
| ○ Michaela Diercke     |                         |
| ○ Claudia Sievers      | ! BZgA                  |
| ! <b>FG33</b>          | ○ Christoph Peter       |
| ○ Thomas Harder        |                         |
| ○                      |                         |
| ! FG34                 | Protokoll:              |
| ○ Viviane Bremer       | Maren Imhoff, ZfKD/FG38 |
| ! FG36                 |                         |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, (Folien <a href="#">hier</a>)                      SurvNet übermittelt: 3.761.169 (+2.768) Fälle, davon 91.586 (+21) Todesfälle                      Zunahme hat sich verlangsamt (s. Wochenvergleich)                      7-Tage-R-Wert = 1,07                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Aufspaltung alte/neue BL: Anstieg in neuen BL auf niedrigem Niveau; BL mit höchsten Inzidenzen: HH, BE, HB, SL                      Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz:                      Anteil Kreise mit niedriger Inzidenz sinkt; ca. 10 % &gt; 25/100.000; 2 Kreise (LK Lüneburg, SK Solingen) &gt; 50/100.000                      Trend-Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz:                      Inzidenzanstieg gegenüber Vorwoche teilweise um Faktor 5 und höher (LK Mecklenburgische Seenplatte: Faktor 21,0; LK Miltenberg: Faktor 8,3); Kreise mit bedeutendem Inzidenzanstieg über gesamtes Bundesgebiet verteilt; Küste mit deutlichem relativem Anstieg, absolute Fallzahlen gering                      Wochenvergleich der 7-Tage-Inzidenz:                      Zunahme um 21 % (aktuelle Woche: 15/100.000, Vorwoche: 12,4/100.000); Anstieg hat sich verlangsamt                      Todesfälle während der letzten 14 Tage nach Landkreis:                      Todesfälle weiter auf niedrigem Niveau, ca. 150/Woche                      7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap):                      deutliche Zunahme in Altersgruppen 15-30 J., höchste 7TI in AG 20-24 (45/100.000) und AG 15-19 (40/100.000).; in 2021 deutlich kürzere Phase mit niedriger Inzidenz als 2020 (in KW 30/2020 in allen AG 7TI &lt; 10)                      7-Tage-Inzidenz hospitalisierter COVID-19-Fälle nach LK:                      7TI insgesamt sehr niedrig; kleine absolute Fallzahländerungen bewirken Inzidenzsprünge                      Verlauf 7-Tage-Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle, Juni-Juli 2021:                      7TI in allen Altersgruppen &lt; 1/100.000                      Expositionsländer importierter Fälle:                      in den letzten 14 Tagen zunehmend Fälle mit Exposition im Ausland; Anteil an Fällen mit Angaben zum Expositionsort: 20 % (Anteil gesamt: 10 %); Länder mit den meisten Nennungen: ES (n=762), TR (220), GR (155), HR (153)</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)                      Anzahl Testungen -2 % im Vergleich zur Vorwoche  <b>Positivenanteil angestiegen:</b></p>	<p>AL3 (Hamouda)</p>



	<p>Testkapazität unverändert          Vergleich mit Vorjahr: in 2020 lag der Positivenanteil über einen Zeitraum von 13 Wochen &lt; 1 %, in 2021 lag er für einen wesentlich kürzeren Zeitraum von <b>2 (??) Wochen</b> &lt; 1 %          Anteil VOC: 95 %, Delta &gt; 90 %</p> <p><b>Diskussion</b>          Anstieg der Gamma-Variante in Nachbarregionen zu Luxemburg: kann auf umschriebene Ausbruchsgeschehen im Zusammenhang mit dem Nationalfeiertag zurückgeführt werden, Delta scheint sich hier wieder durchzusetzen (Information aus EpiLag)          Auswirkungen der Flutkatastrophe: schwer einzuschätzen entscheidend für Übertragungen ist nicht der Aufenthaltsort, sondern das Verhalten</p> <p><b>ARS-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)          seit KW26 Verdopplung der Positivenanteile (KW29: 1,5 %) in den letzten Wochen deutlicher Rückgang bei Testungen in Testzentren/GÄ (Kategorie „Andere“)          Personen in der AG &gt; 80 J. werden überwiegend in KH getestet, sie sind die am häufigsten getestete AG und die AG mit dem niedrigsten Positivenanteil          Anstieg des Positivenanteils in AG 15-34 J. (KW29: knapp 10/100.000)          Anteil Delta seit KW26 &gt; 50 %, in KW29 knapp 90 %          Ausbrüche in Alten-/Pflegeheimen und KH: leichte Zunahme im Vergleich zur Vorwoche (med. Einrichtungen: 8; Pflegeeinrichtungen: 3)</p> <p><b>Diskussion</b>          Ist der Impfstatus der Betroffenen bei Ausbrüchen in Pflegeheimen bekannt? - kann nachgereicht werden; aktuell ist nichts über vermehrte Impfdurchbrüche in Heimen bekannt</p> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. COVID-19-Intensivpflichtige             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 28.07.21: 363 COVID19-Patient*innen auf ITS</li> <li>2. weiterhin niedriges Belegungsniveau, aber es zeichnet sich eine Trendwende ab</li> <li>3. leichte Beatmungsfälle anteilig zunehmend</li> </ol> </li> <li>2. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: überwiegend &lt; 3 %, auffälliger Anstieg in HH</li> <li>3. Altersstruktur: Verschiebung in jüngere AG, Zunahme der absoluten Zahlen in AG 30-39 J. und AG 18-29 J.; anteilig AG 60-69 J. (ca. 32 %) und AG 50-59 J. (ca. 22 %) am stärksten betroffen</li> </ol>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--





	<p>4. Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Fälle (SPoCK): es wird eine (geringe) Zunahme des Belegungsniveaus prognostiziert, v. a. in Kleeblatt Nord und Kleeblatt Süd-West</p> <p><b>Diskussion</b> Ist etwas darüber bekannt, ob leichter erkrankte Personen jetzt früher auf ITS behandelt werden? – Anstieg der ITS-Fälle bei jüngeren Personen häufig darauf zurückzuführen, dass sie die Normalstation „überspringen“ und sofort auf ITS behandelt werden.</p> <p><b>Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) GrippeWeb: ARE-Rate in KW29 stabil i. Vgl. zur Vorwoche (Vorwoche: ca. 3.500/100.000; aktuelle Woche: ca. 3.200/100.000), Anstieg der vergangenen Wochen hat sich nicht weiter fortgesetzt ARE-Konsultationen: Anstieg hat sich nicht fortgesetzt, in KW29 ca. 780 Konsultationen/100.000; in AG 5-14 J. im Vergleich zum Vorjahreszeitraum (ca. KW25/26) deutlich mehr Konsultationen (2020: ca. 1.000/100.000; 2021: ca. 1.500/100.000) ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Zahlen mit Ausnahme der AG 0-4 J. auf niedrigem Niveau; verantwortliche(r) Erreger in AG 0-4 J. unklar SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 bis KW 29: Anteil COVID-19 an SARI in stat. Behandlung steigt an (8 %); Anteil COVID19 an SARI-ITS-Fällen in KW 29 bei 20 % Ausbrüche in Kitas: seit Mitte Juni &lt; 15 Ausbrüche/Woche Ausbrüche in Schulen: viele nachträgliche Übermittlungen; aktuell wenige Ausbrüche; zunehmend betroffene Altersgruppe: 11-14 J.</p> <p><b>Diskussion</b> regionale Verteilung der SARI-Fälle bekannt? kann über PLZ des Wohnortes ermittelt werden, bei der Interpretation zu beachten: insgesamt sehr kleine absolute Zahlen</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>) Ferienzeit macht sich bemerkbar: 97 Einsendungen in KW 29 (33 weniger als in der Vorwoche, Rückgang einsendender Arztpraxen um -19) 77 % positive Virusnachweise (-3 %), kein SARS-CoV-2, keine Influenzaviren; mehrere Mehrfachinfektionen nachgewiesen, verteilt über unterschiedliche Altersgruppen PIV in KW29: PIV macht erstmals höchsten Anteil der Nachweise aus (knapp 50 %); ausschließlich PIV3 fehlende Basisimmunität Altersverteilung KW29: in AG 16-34 J. bei &gt; 60 % der Einsendungen HRV nachgewiesen, bei &lt; 10 % PIV</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>saisonale Coronaviren: „größter Zug ist durch“, OC43 und NL63 jeweils &lt;5 %</p> <p><b>Diskussion</b>          Von einigen Beteiligten wird das Bedürfnis geäußert, die am RKI vorhandenen Daten und das Lagebild transparenter und zielgerichteter an politische Entscheidungsträger und andere Externe (u. a. Journalisten, Landesbehörden) zu kommunizieren, beispielsweise in Form einer Webinar-Reihe.          Hintergrund: Beklagt wird u. a. die häufige Fokussierung in politischen Diskussionen und medialer Berichterstattung auf nur einen Indikator zur Bewertung der Lage.          Einwände: Die für eine Webinar-Reihe erforderlichen Kapazitäten sind nicht vorhanden (Organisation, Einladung, Moderation usw.). Erfahrungsgemäß werden solche Angebote/Hilfestellungen ausgenutzt und ziehen negative Folgen nach sich („Wenn der kleine Finger gereicht wird, wird der Arm ausgekugelt.“). Das RKI erklärt und ordnet ein, muss sich aber auch damit abfinden, dass nicht alle erreicht/überzeugt werden können.          Der Vorschlag ausgewählte Journalisten in die Krisenstabssitzung einzuladen wird mit Hinweis auf den Schutz der Mitarbeiter und auf die journalistischen Interessen (häufig nicht: sachliche Information) abgelehnt.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht besprochen)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht besprochen)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Der leichte Fallzahlenanstieg wird in der aktuellen Version (Stand: 16.07.2021) noch nicht reflektiert („<i>Nach einem Anstieg der Fälle im 1. Quartal 2021 und deutlich rückläufigen 7-Tage-Inzidenzen und Fallzahlen im Bundesgebiet seit Ende April in allen Altersgruppen stagniert die Fallzahl.</i>“).</p> <p>Dokument mit angepasster Formulierung („...<i>steigen die Fallzahlen langsam wieder.</i>“) liegt <a href="#">hier</a>.</p>	FG38 (Rexroth)
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblatt zur Corona-Schutzimpfung ist in verschiedenen Sprachen erschienen:  <a href="https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/materialienmedi en/informationen-in-anderen-sprachen.html">https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/materialienmedi en/informationen-in-anderen-sprachen.html</a> &gt;&gt; Merkblätter &gt;&gt;          Die Corona-Schutzimpfung – sicher und wirksam! (barrierefreies</p>	BZgA (Peter)



	<p>PDF)</p> <p><b>Presse, P1</b></p> <p>Anfragen zu Risikogebieten: RKI verweist auf AA, AA verweist auf RKI, das stiftet Verwirrung – kann das RKI offensiver kommunizieren, dass es nicht über die Ausweisung von Risikogebieten entscheidet? demnächst Tweet mit Visualisierung von Impfquoten nach Altersgruppen</p> <p><b>Coronavirus-Einreiseverordnung vom 21.07.21</b></p> <p>viele Anfragen zu Änderungen in § 4 (Änderungsverordnung <a href="#">hier</a>), danach erfolgt durch das RKI eine Feststellung und Bekanntmachung der „hinreichenden Wirksamkeit“ von Impfstoffen gegen Virusvarianten; diese Feststellung ist maßgeblich für die Einreisebestimmungen für vollständig geimpfte Einreisende aus Virusvariantengebieten</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Verantwortlichkeit: Feststellung der Wirksamkeit ist nicht Aufgabe des RKI; Verlagerung der Verantwortung auf das RKI ist nicht tragbar; Frage der Wirksamkeit berührt unmittelbar AM-Recht, pharmazeutischer Hersteller muss Wirksamkeit belegen, ist Voraussetzung für die Zulassung; dies muss dem BMG unter Einbindung des Rechtsreferats vermittelt und die Verordnung geändert werden</p> <p>Fachliche Beurteilung: Feststellung der variantenspezifischen Wirksamkeit auf Basis von Studiendaten ist schwierig bis unmöglich (Schwellenwert „hinreichender“ Wirksamkeit? relevante Endpunkte?)</p> <p>Bekanntmachung auf der Internetseite unter <a href="http://www.rki.de/covid-19-risikogebiete">www.rki.de/covid-19-risikogebiete</a>, dass RKI keine Feststellung im Sinne der Verordnung getroffen hat; genaue Sprachregelung wird noch diskutiert (?)</p> <p><i>TODO: Bericht an BMG (FF: FG33, Einbindung Rechtsreferat); Sprachregelung für Internetseite und Anfragen (FF: Presse?)</i></p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>
<p>6</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Diskussion zu Dokument der AGI UAG „Strategiewechsel“ (nicht alle Beteiligten sind mit dem Dokument vertraut): E-Mail von BMG/Korr mit Arbeitsauftrag an AGI, ein Dokument zum „Strategiewechsel“ (d. h. weg von der Inzidenz als alleinigem Indikator für Maßnahmen) abzustimmen; RKI-ControlCOVID-Papier wird in der E-Mail als gute Grundlage genannt, deshalb wird kein direkter Arbeitsauftrag an das RKI gesehen, das Strategiewechsel-Dokument zu koordinieren oder abzustimmen; RKI beteiligt sich durch fachliche Beratung (Leitindikatoren: 7Tage-Inzidenz/100.000, 7Tage-Hospitalisierungsinzidenz, Anteil COVID-19-ITS-Fälle an</p>	<p>AL3 (Hamouda)/ alle</p>



	<p>Gesamtzahl der betreibbaren ITS-Bettenkapazität, s. ControlCOVID-Papier); aktueller Entwurf des Strategiewechsel-Dokuments liegt dem RKI nicht vor; Auftrag des BMG und Einwände des RKI werden schriftlich fixiert; ursprüngliches Papier wird dem Erlassbericht beigefügt; Berichtsfrist endet am 30.07.; Schlusszeichnung im Haus bis 29.07., 18:30 Uhr; heute (28.07.) 17:00 Uhr erneute Diskussionsrunde in AGI UAG</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht besprochen)</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG17/ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht besprochen)</p>	ZBS7
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht besprochen)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b> (keine)</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b> (keine) Nächste Sitzung: Freitag, 30.07.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



**Ende: 13:05 Uhr**

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 30.07.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG38
! Institutsleitung	o Ute Rexroth
o Lothar H. Wieler	o Ulrike Grote
! Abt. 1	! MF1
o Martin Mielke	o Stephan Fuchs
! Abt. 2	! P1
o Thomas Ziese	o Ines Lein
! Abt. 3	! Presse
o Osamah Hamouda	o Ronja Wenchel
o Janna Seifried	! ZBS1
o Nadine Litzba	o Marica Grossegesse
! FG12	! ZBS7
o Annette Mankertz	o Christian Herzog
! FG14	! ZIG1
o Melanie Brunke	o Eugenia Romo Ventura
! FG17	o Angela Fehr
o Djin-Ye Oh	! ZIG4
! FG21	o Heinz Ellerbrok
o Wolfgang Scheida	! BZgA
! FG32	o Martin Dietrich
o Michaela Diercke	Protokoll:
! FG33	Nadine Litzba, Abt. 3
o Ole Wichmann	
! FG34	
o Viviane Bremer	
! FG36	
o Walter Haas	
! FG37	
o Sebastian Haller	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle:                      Knapp 196 Mio Fälle, Anstieg 2,6%, im Vgl. zu Anstieg von 8% in letzter Woche geringeres Wachstum; Todesfälle &gt; 4 Mio, CFR 2,14%, ebenfalls geringer als letzte Woche                      Anstieg in 6 Ländern, in 5 Ländern gehen Fallzahlen zurück, UK (-37%) im Vgl. zur Vorwoche                      7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit                      Höchste 7TI in Amerika, insbes. Mittelamerika, Zentralasien, Südeuropa und südliches Afrika                      WHO AFRO meldete Ende Juni eine 3. Welle für afrik. Kontinent, seit Anfang der Woche geht Anzahl der Fälle zurück, Fälle v.a. in Südafrika, Namibia, Botswana, Simbabwe; Gründe für Anstieg waren Ermüdung der Bevölkerung bzgl. NPI, Delta in 21 afrik. Ländern nachgewiesen, beste Daten aus Namibia und Südafrika, Delta dominierende Variante in Namibia, Beta inzwischen Anteil von 5%, Südafrika ebenfalls großer Anteil Delta, Beta 22%.                      Fall- und Todeszahlen weltweit, WHO SitRep:                      Ältere Daten als Folie 1, höchste 7TI in Amerika und Europa, höchsten Anstieg Todesfälle in Nord- und Südamerika und Südostasien</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.766.765 (+2.454) Fälle, davon 91.637 (+30) Todesfälle                      Kontinuierlicher Anstieg der 7TI, Anzahl der Hospitalisierten ganz leichter Anstieg zur Vorwoche                      DIVI Intensivregister niedriges Niveau, leichter Rückgang, Anzahl der Impfungen nimmt weiter zu, &gt;50% mit vollst. Impfung</li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Durchschnitt 7TI bei 17, Verdreifachung, Anstieg in allen BL, mehr oder weniger stark, v.a. nördliche BL betroffen, HH und Berlin höchste 7TI, SH war sonst immer niedrig, nun auch hohe 7TI</li> <li>○ Nachfrage zu Anstieg der 7TI und Hochwasser in RP und NW: RM aus RP, dass kein Anstieg der 7TI in Zusammenhang mit Hochwassergebieten sichtbar</li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz:                      LK Ahrweiler relativ hohe 7TI, laut LK haben die aufgetretenen Fälle aber keinen Bezug zu Hochwassergebieten, höchste 7TI (&gt;50/100.000 EW) in Wolfsburg, Lüneburg und Berchtesgadener Land</li> <li>○ Verbreitung VOC in Deutschland, 29. KW:                      Delta dominierende Variante, beachten: Legende der Abb. zu versch. Dominaten unterschiedlich</li> </ul>	<p>ZIG1 (Romo Ventura)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sterbefallzahlen Deutschland: Niveau der Vorjahre, weiterhin niedrige Sterbefallzahlen</li> </ul> <p><b>Diskussion</b> Gibt es Bezug zwischen den Zahlen der Verstorbenen und den Verstorbenen auf ITS? Kein direkter Bezug möglich da ggf. nicht zeitgleich gemeldet, ITS-Zahlen von DIVI Könnten wir einen Ausbruch in den Katastrophengebieten erkennen? GA fragt die Fälle nach dem möglichen Infektionsort, dabei würden ggf. andere LK aufgeführt. Aber Erfassung nicht systematisch, wird in EpiLag erwähnt und Herdkennung vergeben.</p> <p><b>Modellierungen (nur freitags)</b> 1. Nicht besprochen</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Projektantrag zur ad hoc Unterstützung von Namibia bis 31.12. gewährt, 790.000 € Projektantrag zur Unterstützung des Africa CDC: Aufstockungsantrag für laufendes Projekt, Staff Exchange zur Unterstützung der Response, 10.08.2021 – 12.2022</p>	<p>ZIG (Ellerbrok)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p><b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Version 2.6 seit Mittwoch verfügbar: CWA kann nun lokale 7TI für bis zu 5 Kreise anzeigen Man kann überprüfen, ob Zertifikat für ausgewähltes Land zum Zeitpunkt der Reise gültig ist CWA kann Teststellen anzeigen, die an CWA angebunden sind, zudem Editionsfunction verfügbar</li> <li>○ Evaluation der CWA: Der 2. Teil der wissenschaftlichen Evaluation ist fertiggestellt. Kernergebnis: 80% der Nutzer waren von der Warnung der CWA überrascht, Hinweis auf Nutzen, Bericht der Evaluation ist fertiggestellt kann geteilt werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG21 teilt den Bericht zur Evaluation mit Krisenstabsverteiler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CovPass App: 80 Mio Impfzertifikate ausgestellt, Apotheken werden nun langsam wieder angebunden</li> <li>○ DEA: 10 Mio Anmeldungen</li> </ul> <p><b>Vorstellung des Projekt mit der Firma Netcheck</b> 2. Aktuelle Schätzungen der effektiven Reproduktionszahl von SARS-CoV-2 anhand von Massenkontaktdaten seitens der Firma Netcheck 3. Kooperation mit Firma Netcheck, Firma sammelt Bewegungsprofile, GPS-basiert, bilden Kontaktnetzwerke ab, Kontakte innerhalb von 8qm für mind. 2 min, genauer als es CWA über Bluetoothprotokoll kann. 4. Daraus wird Kontaktindex ermittelt und Frühwarnsystem entwickelt, bildet auch Freundschaftsparadox ab. 5. Kontaktindex stimmt gut mit dem Verlauf des R-Werts von</p>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>MF1 (Fuchs)</p>



	<p>vor 17 Tagen überein</p> <p>6. Kontaktindex musste für stärkere Übertragung der Delta-Variante angepasst werden, zusätzlich Effekt der Impfung eingebaut und Teststrategie, UV-Index hatte nicht viel Einfluss, derzeit hat Kontaktindex noch rohe Fassung, Anpassung noch nicht abgeschlossen</p> <p>7. Aber Frühwarnsystem hat am letzten WE angeschlagen, sehr hoher Kontaktindex: Vermutet wurde zunächst Effekt von CSD, aber größerer Einfluss durch Fußballspiele am WE (z.B. in Kaiserlautern) und schlechtes Wetter. Unklar, ob sich das auch nun im R-Wert in den nächsten Tagen niederschlagen wird. Seit Dienstag fällt der Kontaktindex wieder.</p> <p>8. Firma Netcheck arbeitet auch eng mit Hr. Brockmann zusammen.</p> <p>9. Datenerhebung durch verschiedene Handyapps als Opt-in-Option (u.a. Autonavigations-App). Zustimmung der Weitergabe von zeitlichen und räumlichen Daten. Daten von 1,4 Mio Deutschen werden derzeit genutzt, vermutlich eher junges bis mittleres Alter (20-50-Jährige). Aber MF1 nicht bekannt welche Apps dies sind – daher weiteres derzeit schwer zu bewerten: Fußballspiele scheinen sehr gut abgebildet zu werden, ggf. haben mehr Fussballfans die App.</p> <p>10. Opt-in-Verfahren grds. nicht repräsentativ</p> <p>11. Datenschutz: Daten dürfen nicht in voller Auflösung geteilt werden, aber räumliche Darstellung z.B. in Form von Landkarten möglich (welches Fußballstadium).</p> <p>12. MF1 nimmt Kontakt mit Max von Kleist auf zur Kalibrierung mit Sequenzdaten/Inzidenzschätzer</p> <p>13. Hintergrund-Paper von Netcheck:  <a href="https://www.pnas.org/content/118/31/e2026731118/tab-article-info">https://www.pnas.org/content/118/31/e2026731118/tab-article-info</a></p> <p>14. Kontakt zu Abt.3 auch von Netcheck gewünscht. Auch CWA an Kontakt interessiert</p> <p><i>ToDo: Abt.3 prüft wer aus Abt.3 für das Projekt mit Netcheck zur Verfügung stehen wird.</i></p>	
--	---	--



4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Die Risikobewertung soll an die aktuelle Lage angepasst werden. Einschätzung des Risikos unverändert. Änderungen (siehe auch <a href="#">hier</a>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. „Insgesamt nimmt die Anzahl der Fälle weltweit ab“ wird gestrichen</li> <li>16. „...seit Ende April in allen Altersgruppen stagniert die Fallzahl.“ zu „...zwischen Ende April und Anfang/Mitte Juli in allen Altersgruppen steigen nun die Fallzahlen wieder an.“ geändert</li> <li>17. Hinweis auf Reisen bei Häufungen aufgenommen</li> <li>18. Hinweis zu Impfstoffverfügbarkeit und Impfpriorisierung gestrichen, ergänzt: „Da genügend Impfstoff zur Verfügung steht, konnte die Impfpriorisierung aufgehoben werden...“.</li> <li>19. Bei VOC wird Hinweis auf Länder gestrichen. In anderen RKI-Texten meistens 2 Namen: WHO-Benennung und Pangolin-Bezeichnung, daher auch hier beides.</li> <li>20. Text zu schweren Verläufen bei Delta ergänzt: „Internationale Studien weisen darauf hin, dass die inzwischen in Deutschland dominierende VOC B.1.617.2 (Delta) zu schwereren Krankheitsverläufen mit mehr Hospitalisierungen und häufiger zum Tod führen kann.“</li> <li>21. Der letzte Satz zur Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems wurde angepasst: „Da die verfügbaren Impfstoffe einen guten Schutz vor der Entwicklung einer COVID-19-Erkrankung (insbesondere vor schweren Erkrankungen) bieten, ist davon auszugehen, dass mit steigenden Impfquoten auch eine Entlastung des Gesundheitssystems einhergeht.“</li> <li>22. Einige redaktionelle Änderungen</li> </ol>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>„Hello Again“-TV-Spot läuft Heute wird Schulpaket versendet– digitales Informationspaket für Schulen, da in ersten BL Schulanfang Semesterstart: für Unis soll ähnliches digitales Info-Paket vorbereitet werden</p> <p>Diskussionen zu nächsten Studien: Aspekt Migration: Informationsbedarfe und Informationskanäle sollen in nächsten Studien berücksichtigt werden</p> <p>Bitte, dass AHA+L-Maßnahmen weiterhin beworben werden, in TV-Spots werden Massenveranstaltungen ohne Maske gezeigt. Eine kommunikative Linie wäre wichtig! Fachlich eindeutig, auch CDC betont, alle AHA-Maßnahmen auch für Geimpfte.</p> <p>BZgA hält AHA + L für weiterhin wichtig, Aber Widerspruch in Erzählsträngen: Impfansporn sollte nicht gedämpft werden. Daher Entscheidung der BZgA beide Stränge zu teilen. Im Anschluss soll wieder AHA + L beworben werden (weitere Diskussion unter allgemeinen RKI-Strategie Fragen)</p> <p><b>Presse, P1</b></p> <p>Personen werden immer mit Maske dargestellt, es sei denn sie</p>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>FG36</p> <p>Presse (Wenchel)/P</p>



	<p>werden getestet.          Threat für VOC auf Fr. verlegt, da Daten erst Do im Wochenbericht veröffentlicht werden          Impfquotenmonitoring: dies Woche erstmalig Grafiken nach Altersgruppen</p>	1 (Lein)
6	<p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kommunikation AHA+L-Regeln, CDC Papier (siehe <a href="#">hier</a>):             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verzicht auf Masken sollte nicht Incentive für die Impfung sein, da AHA+L noch länger gelten muss.</li> <li>○ Kommunikationsstrategie: Propagieren der AHA + L Regeln sollte jetzt passieren, denn jetzt finden die Übertragungen schon statt</li> <li>○ BZgA: Wichtiger Hinweis. Fernsehspot ist im Umlauf, jedoch war Weglassen von Masken nicht als Hauptmotiv zur Impfung gedacht</li> <li>○ Auch BZgA steht dahinter, dass AHA+L weiterhin gilt</li> <li>○ BZgA nimmt den Punkt mit in Steuerungskreis und es wird Kommunikationsstrategie überlegt, dass die AHA+L-Regeln gezielt dazugespielt werden.</li> <li>○ Abnutzung von AHA+L vorhanden, ggf. muss andere Linie dazu entwickelt werden.</li> <li>○ CDC-Daten: mRNA-Impfung schützt nur bedingt vor asymptomatischer Infektion, höhere Übertragbarkeit auch bei Geimpften, Schutzwirkung Durchschnittswerte und individueller Schutz abweichend</li> <li>○ Impfdurchbrüche nicht überraschend. Was will man verhindern? Was will man erreichen? Will man etwas Transmission zulassen, v.a. schwere Fälle verhindern?</li> <li>○ Effizienz ist und bleibt populationsbezogen. Wir haben 3 Säulen, die alle 3 bestehen bleiben müssen, ergänzen sich gegenseitig, kein Ersatz:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfungen, Basismaßnahmen, TTI.</li> <li>○ Massenveranstaltungen müssen vermieden werden und es darf nicht alles gelockert werden.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Update Strategiepapier und Inzidenzberechnungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Strategiepapier ging gestern an AGI-Verteiler und BMG, Versendet an Krisenstab, noch nicht der endgültige Stand</li> <li>○ Es wurde von Gruppe akzeptiert, dass das RKI nicht als Autor, sondern nur als beratende Einrichtung genannt werden möchte.</li> <li>○ AHA+L bleibt: Einigkeit, dass Basismaßnahmen gelten müssen</li> <li>○ Aber Impfquote soll berücksichtigt werden, Indices sollen eingefügt werden</li> <li>○ Es gab Diskussionen in Gruppe, dass nur Haushaltangehörige quarantänisiert werden, wird sich aber höchstwahrscheinlich nicht durchsetzen lassen. Aber unklar wie Kontaktnachverfolgung noch gewährleistet werden soll.</li> <li>○ Es wurde Strategiewechsel von Containment zu</li> </ul>	<p>FG36/Alle</p> <p>FG38/AL3/ Alle</p>



	<p>Protection propagiert. Dies zeigt, dass das Gesamtkonzept nicht verstanden wurde, nämlich, dass alle Schienen benötigt werden (mit versch. Priorisierungen je nach Belastung des Systems)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Höhere tolerable Grenzwerte nur auf den ersten (intuitiven) Blick korrekt: Indikator Inzidenz ist abgeschwächt und die gleichen Werte stellen ein höheres Transmissionsgeschehen dar: Erhöhung der Inzidenzschwellenwerte führt zu hohem Infektionsdruck auf nicht geimpfte, empfängliche Bevölkerung, insbesondere der Kinder unter 12 J. und Ältere. Unklar wie hoch der tolerable Infektionsdruck ist.</li> <li>○ Schwierigkeit von einer bevölkerungsweiten Inzidenz auf Maßnahmen in Schulen etc. zu schließen. Gibt es Möglichkeit mit Inzidenzen in Altersgruppen zu arbeiten (unter 12, 12-60, über 60)? Es wurde in Gruppe auch über altersdiff. Abstufungen gesprochen, aber Papier soll in Verordnung auf Landesebene übersetzt werden, dies macht es schwierig.</li> <li>○ In Papier nun 3 Indikatoren: Übertragung, Schwere und Belastung. Im RKI Sinn, dass Hospitalisierung und Intensivbettenbelegung auch betrachtet werden. Vorschlag, dass 2 Werte erhöht sein müssen, um nächste Stufe auszulösen. Allerdings Belastung als Indikator ggf. schwierig für einige LK mit Maximalversorgungs-KH.</li> <li>○ Heatmap und Dynamik des Geschehens sind wichtige ebenfalls zu bedenkende Parameter; sollten differenziert dargestellt werden.</li> <li>○ Auch Influenza muss bedacht werden: Bei normaler Influenzasaison leicht Überlastung mit zusätzlichen COVID-Fällen.</li> <li>○ Frage, ob Schwellenwerte in ControlCOVID-Papier angepasst werden müssen?</li> <li>○ RM aus Politik: Anpassung erwartet, wenn Inzidenzwerte gleichbleiben, wird die Akzeptanz nicht da sein.</li> <li>○ Vielleicht an Grenzwerten festhalten, aber Änderung der Maßnahmen bei den Grenzwerten? Z.B. Schließen des Einzelhandels nicht schon bei Stufe 2. Aber in jedem Fall Vermeiden von Massenveranstaltungen.</li> <li>○ Eine Anpassung der Schwellenwerte und Maßnahmen des ControlCOVID-Papiers sollte vorbereitet werden. Eine Veröffentlichung sollte ggf. auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden.</li> <li>○ Fortsetzung der Diskussion dazu in der nächsten Woche.</li> </ul> <p>! Coronavirus-Einreiseverordnung vom 21.07.21:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Satz zur Feststellung der hinreichenden Wirksamkeit der Impfstoffe gegen die Virusvarianten weiterhin in Einreiseverordnung.</li> <li>○ Es gibt viele Anfragen dazu, unklar wie wir damit umgehen.</li> </ul>	<p>FG38/Presse</p>
--	--	--------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nachfrage an BMG-Erlasspostfach und Antwort von Hr. Sangs, dass es bei der Ausweisung durch das RKI bleibt</li> <li>○ Es handelt sich jedoch nicht um eine Aufgabe des RKI, soll in Erlassbericht formaler formuliert werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG33 und AL3 bereiten bis Anfang nächster Woche einen Erlassbericht vor.</i></p> <p>! Antikörperstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Befürchtung, dass in Herbst durch zeitlich begrenzten Impfschutz von Hochbetagten erneut viele Erkrankungen</li> <li>○ Studie zu AK-Prävalenz in HCW v.a. in Alten- und Pflegeheimen? Auch um Problembewusstsein zu befördern</li> <li>○ AK kein gutes Schutzkorrelat, aber ggf. bei gut angelegten Studien gut zu diskutieren.</li> <li>○ STIKO befasst sich mit dem Thema, betrachtet auch internationale Studien (siehe auch Update Impfen).</li> </ul>	<p>AL1/FG33</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht besprochen)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>STIKO diskutiert derzeit über die Impfempfehlung für Kinder:                  Moderna wird auch für 12-17-Jährige mit Risiko empfohlen                  Überlegungen, ob die Empfehlung auch auf gesunde Kinder ausgedehnt wird, Treffen dazu nächste Woche, Impfziel muss neu definiert werden: bisher Ziel Verhinderung von schweren Fällen/Todesfällen und Überlastung des Gesundheitssystems.                  Wenn auch Verhinderung von leichten Fällen, psycholog. Folgen etc. als Ziel aufgenommen werden, würde das die Bewertung ändern</p> <p>Modellierung: durch Impfung der Jugendlichen keinen Einfluss auf Verlauf der 4. Welle, stattdessen ist Impfung der 18-65jährigen jetzt wichtig</p> <p>Empfehlungen zu Booster stellen sich als komplex dar (versch. Grundimmunisierungen, Immundefiziente, Ältere etc.), wird auch in WHO/SAGE Arbeitsgruppe COVID-19 Vaccination diskutiert, bisher nur bei Sinovac/Sinopharm empfohlen, v.a. von Politik und Pfizer gefordert, bisher nicht ausreichend Daten vorhanden, Israel bildet Ausnahme mit Booster-Empfehlung, ggf. durch sehr enges Impfschema</p> <p>Nächste Woche Veröffentlichung der monatlichen Erhebungen der Impfakzeptanz: Erstmals Diskrepanz zw. Erhebungsinstrument und DIM, ggf. durch Impfungen in Betrieben, hier viel nicht berichtet und im DIM-System eher Untererfassung, d.h. bei 18-60jährigen möglicherweise Untererfassung der Zahl der Geimpften.</p> <p><u>Weitere Diskussionspunkte zu Boosterimpfungen:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <u>Israelische Boosterempfehlung für über 60-jährige vor dem Herbst basiert auf neuen Studiendaten. Diese zeigen in der Altersgruppe &gt; 60 einen Abfall des Schutzes vor schwerer Erkrankung von 97 auf 81%.</u></li> <li>2. <u>Diese Daten sollte man sehr ernst nehmen, sie passen zur</u></li> </ol>	<p>FG33 (Wichmann)</p> <p>FG17</p>



	<p><b>Immunseneszenz (=abgeschwächte Immunfunktion mit zunehmendem Lebensalter)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Die israelische Impfkampagne war eine der ersten und effektivsten Impfkampagnen der Welt, es kamen ausschließlich mRNA Impfstoffe zum Einsatz. Das zuvor erwähnte enge Impfschema (Dosierungsintervall 3 Wochen) fand auch bei vielen Pflegeheimbewohnern in Deutschland Anwendung, v.a. zu Jahresbeginn</li> <li>4. In Deutschland sind Menschen &gt;60 häufig mit Astra Zeneca geimpft, einem Impfstoff, dessen Effektivität per se bereits unter der Effektivität von mRNA-Impfstoffen liegt.</li> <li>5. Es besteht deswegen Anlass zur Sorge, dass ein substantieller Teil von Menschen &gt;60 auch in Deutschland unzureichend vor schwerer Erkrankung geschützt sein wird.</li> </ol> <p>In Kürze sollen Ergebnisse einer Modellierung veröffentlicht werden, um zu verdeutlichen was man bisher erreicht hat: Verhinderung von bis zu 40.000 Todesfällen Im Paper soll auch die Wirkung der NPI erwähnt werden, da die Maßnahmen zusammen zur Verhinderung von Todesfällen geführt haben.</p> <p><i>ToDo: Ole Wichmann gibt diese Info an die Gruppe der Autoren weiter</i></p>	<p>FG36/FG38</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG17/ZBS1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht besprochen)</p> <p><i>ToDo: Thema für nächste Sitzung: Bewertung der derzeitigen Empfehlung einer 10-tägigen Isolation bei Daten zur verlängerten Virusausscheidung von Delta bis zu 13 Tagen</i></p>	<p>ZBS7 FG36 (Haas)</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG14</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG32</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG38</p>
<p><b>14</b></p>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> (nicht besprochen)</p>	<p>FG38</p>



<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> VC mit Holtherm und Karagiannidis zu Quotient Hospitalisierung/ITS-Belegung (TN: Wieler, MF4, FG33, FG36)	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> (keine) Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:15 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 04.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Janna Seifried
  - Nadine Litzba
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG 33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG 38
  - Ute Rexroth
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - John Gubernath
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
  - Katharina Lang
- ! ZIG1
  - Angela Fehr
  - Regina Singer
- ! BZgA
  - Christoph Peter



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.777.446 (+3.571), davon 91.704 (+25) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 18,5/100.000 Einw.</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 51.423.707 (61,8%), mit vollständiger Impfung 43.708.441 (52,6%)</li> <li>○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leichter Anstieg der Inzidenz</li> <li>▪ Hamburg, Berlin, SH und NRW haben relativ hohe Inzidenzen.</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im LK Ahrweiler und LK Berchtesgadener Land liegen die Inzidenzen fast bei 50, dies ist nicht auf Ausbrüche unter Helfern zurückzuführen.</li> <li>▪ Im Trend sind mehr Anstiege als Abnahmen zu sehen.</li> <li>▪ Im Wochenvergleich ist die Karte geringfügig dunkler geworden.</li> </ul> </li> <li>○ Todesfälle während der letzten 14 Tage nach Landkreis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Innerhalb der letzten 14 Tage wurden 291 Todesfälle übermittelt.</li> <li>▪ Viele LK mit 0 Todesfällen.</li> <li>▪ Einige LK stechen hervor: LK Greiz, LK Hohenlohekreis, LK Ludwigslust-Parchim.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlich schnellerer Anstieg der Inzidenzen als im Sommer letzten Jahres.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter Fälle nach Landkreis <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geringe Inzidenzen, manche LK sind etwas auffällig.</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach</li> </ul>	FG32 (Rexroth)

	<p>Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt niedrig. Die meisten Hospitalisierten gehören zur Altersgruppe der 80+ Jährigen.</li> <li>○ Expositionsländer importierter Fälle             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In der Grafik sind sehr viele Pfeile dazugekommen.</li> <li>▪ Am häufigsten wurden Reiseländer genannt: Spanien, Türkei, Niederlande, Kroatien, Griechenland.</li> </ul> </li> <li>○ Exposition im Ausland             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil sinkt etwas.</li> </ul> </li> <li>○ Entwicklung Trend             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nur beim 7-Tage-R-Wert pos. Entwicklung, dieser nimmt leicht ab.</li> </ul> </li> <li>○ Warum wird Indikatorbericht nicht veröffentlicht?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird an die BL weitergegeben.</li> <li>▪ Problem: anderer Stichtag als im Lagebericht, deshalb unterscheidet sich der R-Wert.</li> <li>▪ R-Wert aus Lagebericht soll genommen werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Prüfen, wann der Indikatorbericht veröffentlicht werden kann, als pdf ist ausreichend.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Warum bewegt sich R-Wert nach unten?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fallzahlen steigen weniger stark als in den Wochen davor. Bei kleinen Fallzahlen und starkem Anstieg reagiert R-Wert sehr stark. Dynamik hat geringfügig abgenommen.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testzahlen und Positivquote             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weitere Abnahme der Testzahlen</li> <li>▪ Positivenanteil auf 2,96 gestiegen.</li> </ul> </li> <li>○ Auslastung der Kapazitäten             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kapazitäten sind nach wie vor vorhanden. Auslastung</li> </ul> </li> </ul>	<p>Abt.3 (Seifried)</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	---

	<p>bei &lt; 30%.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Sommer 2020 war der Positivenanteil 13 Wochen &lt;1%, in diesem Jahr nur 2 Wochen.</li></ul> <p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückgang der Anzahl Testungen, Positivenanteil z.B. in NRW gestiegen.</li></ul></li><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In allen AG Rückgang Anzahl Getesteter auch bei &gt;80 Jährigen, die jedoch weiterhin am häufigsten getestet werden.</li><li>▪ In alle AG Anstieg der Positivenanteile am stärksten bei 15-34 und 5-14 Jährigen.</li></ul></li><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort und Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In Arztpraxen konstanter Anteil an Testungen, Positivenanteil ist am höchsten.</li><li>▪ Auch in KH leichter Anstieg des Positivenanteils auf niedrigem Niveau.</li><li>▪ In anderen Abnahmeorten Abnahme der Anzahl Testungen, Anstieg des Positivenanteils.</li><li>▪ Auch in älteren AG Anstieg der Positivenanteile.</li></ul></li><li>○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ In KW30 11 aktive Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen.</li><li>▪ 8 aktive Ausbrüche in med. Einrichtungen.</li><li>▪ Ob Ausbrüche vermehrt unter Geimpften stattfinden, kann aus diesen Daten nicht abgeleitet werden.</li></ul></li></ul> <p><b>! Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ GrippeWeb<ul style="list-style-type: none"><li>▪ ARE-Rate im Bereich der Vorjahre.</li><li>▪ Rückgang bei Kindern</li></ul></li></ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Insgesamt stabil geblieben, bei 0-4 Jährigen noch Anstieg.</li><li>▪ Rate bei Kindern höher als in Vorsaisons.</li></ul></li><li>○ ICOSARI-KH-Surveillance<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bei Kindern sehr leichter Anstieg im Rahmen der Fallzahlen aus den Vorjahren.</li><li>▪ Bei Älteren niedrigere Fallzahlen als in Vorjahren.</li><li>▪ Anteil COVID an SARI-Fällen: leichter Anstieg hat sich nicht fortgesetzt.</li><li>▪ Anteil COVID an SARI-Fällen mit Intensivbehandlung: Anstieg aus letzter Woche setzt sich nicht fort, auch letztes Jahr Schwankungen zu dieser Jahreszeit.</li></ul></li><li>○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 13 neue Ausbrüche, seit Mitte Juni weniger als 15 Ausbrüche pro Woche.</li><li>▪ 53 neue Schulausbrüche trotz hoher Feriendichte, viele Nachmeldungen für KW 29.</li><li>▪ Vorwiegend 11-14 Jährige involviert.</li></ul></li><li>! <b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ 114 Einsendungen aus 28 Praxen in KW 30, leichte Steigerung gegenüber Vorwoche. An der Altersverteilung hat sich wenig verändert.</li><li>○ 80% positive Virusnachweise (+3%), keine Influenzavirusnachweise, kein SARS-CoV-2, kein HMPV.</li><li>○ Rhinoviren:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ am häufigsten, knapp &gt; 40%</li><li>▪ über alle AG verteilt</li></ul></li><li>○ Parainfluenzaviren:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Rückgang, hat noch nichts zu sagen</li><li>▪ alle PIV-3</li><li>▪ vor allem Kinder betroffen</li></ul></li></ul></li></ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ RSV:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ leichter Anstieg</li><li>▪ Berichte aus einigen Regionen, dass RSV bereits deutlich zirkuliert, üblicherweise ist dies erst Ende des Jahres der Fall.</li></ul></li><li>○ SARS-CoV-2:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 2 Wochen in Folge kein Nachweis</li></ul></li><li>○ Saisonale Coronaviren:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ NL63: kein Nachweis in KW 30</li><li>▪ OC43: leichter Anstieg</li><li>▪ 229E: nur sporadisch</li><li>▪ HKuV1: nicht nachgewiesen</li></ul></li></ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ COVID-19-Intensivpflichtige<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 387 werden aktuell behandelt, 24 mehr als in Vorwoche.</li><li>▪ Schweregrad: Der Anteil leichter Beatmungsfälle nimmt zu.</li><li>▪ In allen BL auf niedrigem Niveau, nur Hamburg und Berlin in Stufe 1 der Rest liegt darunter. Hamburg hat sich nach Anstieg wieder stabilisiert.</li></ul></li><li>○ Altersstruktur<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Daten von 92% aller gemeldeten Fälle</li><li>▪ Verschiebung in junge AG, 46% sind &lt; 60 Jahre.</li><li>▪ Anstieg bei 80+, 30-39 und 40-49 Jährigen</li><li>▪ Relativ stabil bei 50-79 Jährigen</li></ul></li><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stagnierung oder marginale Anstiege prognostiziert.</li></ul></li></ul> <p><b>! Hat sich der Fall-Verstorbenen-Anteil über die Monate verändert?</b></p>	
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Wird am Freitag betrachtet.</li> <li>! Grund für Rückgang Testungen und Anstieg Positivenanteil?<ul style="list-style-type: none"><li>○ Evtl. liegt es an der zunehmenden Anzahl Geimpfter, die nicht mehr getestet werden.</li><li>○ Jüngere und Geimpfte gehen bei leichten Symptomen vermutlich seltener zum Arzt.</li><li>○ Das Verständnis, dass man sich bei Symptomen testen lassen soll, auch wenn man geimpft ist, fehlt in der Bevölkerung.</li><li>○ Dieses Jahr sind Antigentests verfügbar, evtl. suchen Symptomatische eher ein Testzentrum als den Arzt auf.</li><li>○ Verschiebung durch breit aufgestellte Testzentren mit Antigentests, interessant zu betrachten, wenn die kostenlosen Schnelltests auslaufen.</li><li>○ Schwierig zu interpretieren aufgrund der Reisezeit.</li><li>○ Letztes Jahr massive Testung von Reiserückkehrern.</li><li>○ Vermutlich auch geringere Bereitschaft von Ärzten zur Testung.</li><li>○ ARE-Rate ist zurzeit niedrig.</li><li>○ Bei Aufnahme in Krankenhäuser gehört Testung zur Routine. Deshalb ist dort die Testzahl weiter hoch und die Positivenrate niedrig.</li><li>○ Labore fahren Kapazitäten zurück. Es sollte empfohlen werden Kapazitäten stattdessen für besonders vulnerable Gruppen in Pflege und Bildungseinrichtungen zu nutzen.</li><li>○ Ärzte sollten umfangreich niederschwellig testen, Testung von Mitarbeitern im Gesundheitswesen sollte aufrechterhalten werden.</li><li>○ Diese Empfehlungen wären ein gutes Thema für die nächste Pressekonferenz. Es ist unklar, wann eine PK geplant ist, vor der Bundestagswahl vermutlich nicht.</li><li>○ Zu überlegen ist, ob das RKI dann wieder selbst eine PK durchführt.</li></ul></li></ul> <p><i>ToDo: Presse formiert sich bei BMG, ob weitere PK geplant sind.</i></p> <p><i>ToDo: Tweet mit Fr. Seifried zu diesem Thema abstimmen. Sollte vorher in AG Diagnostik angesprochen werden.</i></p>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag: Nutzung der Testzentren für PCR-Testung. Antigenteste dürfen Laien durchführen, PCR ist ärztliche Angelegenheit, Testzentren müssten mit Laboren zusammenarbeiten.</li> <li>○ Zur Aufteilung wurde im Epid.Bull. Stellung genommen. Was soll im professionellen Rahmen und was kann von Laien durchgeführt werden?</li> <li>○ Welche Informationen aus Diagnostik und welche Datenquellen sind für die Beantwortung dieser Frage nötig?</li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i> ! (nicht berichtet)	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i> ! (nicht berichtet)	FG21
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! (nicht berichtet)	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Nichts Neues</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Vom Deutschlandfunk Lob für Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Botschaften können im Wochenbericht gut verbreitet werden. Message wird besser wahrgenommen als bei täglichen Berichten.</li> <li>○ Bis zum Ende der Pandemie sollte dieses Format (ein ausführlicher Bericht pro Woche) beibehalten werden.</li> </ul> <p>! Viele Anfragen zu Einreisebestimmungen: Gibt es Bestrebungen zur Vereinheitlichung von Bestimmungen auf europäischer Ebene und der Anerkennung heterologer Impfungen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Noch gibt es keinen Konsens hinsichtlich heterologer Impfungen.</li> </ul> <p>! Es wird häufig nach Daten zum Impfstatus bei Verstorbenen und Hospitalisierten gefragt. Können und wollen wir diese Daten bereitstellen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Könnten diese entweder im Wochenbericht genannt oder erklärt werden, warum dies nicht sinnvoll ist?</li> </ul>	<p>BZgA (Peter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>Wieler</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erklärung zu Impfdurchbrüchen gewünscht</li> <li>○ Bei Todesfällen ist eine Sprachregelung vorhanden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Im Wochenbericht Grund nennen, warum es schwierig ist, entsprechende Zahlen auszuweisen, Hr. Harder klärt dies mit Hr. Michaelis und Hr. Wichmann.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Am Montag findet ein Interview von Hr. Steingart mit Hr. Wieler statt. Das sollte gut vorbereitet werden.</li> <li>! Impfen: Demnächst erscheint ein neuer Report zur COVIMO-Befragung. Erstmals wird es eine große Diskrepanz zwischen den DIM- und den COVIMO-Daten geben.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Woher kommt das? Wird in der Befragung der Anteil überschätzt? COVIMO ist Grundlage für Prognosen.</li> <li>○ Unterschätzen die DIM-Daten den Anteil der Geimpften? Betriebsärzte sind nur zum Teil an DIM angeschlossen. Impfstoff von Johnson und Johnson verfälscht die Statistik.</li> </ul> </li> <li>! Diskrepanz muss erklärt werden, eine gute Sprachregelung ist notwendig, wenn COVIMO-Report veröffentlicht wird.</li> </ul> <p><i>ToDo: Klärung der Diskrepanz, Suche nach Möglichkeit der Validierung. FF FG33</i></p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! VOC und Teile des Wochenberichts werden in Kommunikation aufgenommen.</li> <li>! Weiter Themen: Kinder und Jugendliche, Impfen</li> </ul>	<p>P1 (Gubernath)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Masken bei Geimpften in Innenräumen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2 Probleme bei Verzicht auf Masken bei Geimpften: Vernachlässigung der Risikogruppen und es ist nicht einfach festzustellen, ob jemand geimpft ist oder nicht.</li> <li>○ Formulierung soll angepasst werden: In Innenräumen sollten grundsätzlich alle Masken tragen, es sei denn alle sind geimpft und keine Risikogruppen anwesend.</li> <li>○ Alle Papiere sollen entsprechend angepasst werden.</li> <li>○ Fachliche Meinung soll mit guter Kommunikation einhergehen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle / FG33 + FG36</p> <p>VPräs</p>

	<p><i>ToDo: Alle prüfen Papiere und passen Formulierung an.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Bitte an BZgA dies in alle Materialien zu übernehmen. Hr. Peter nimmt die Bitte mit. <u>FG14 steht der BZgA als Ansprechpartner zur Verfügung.</u></li></ul> <p>! Indikatoren: Auftrag des Bundeskanzleramts</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hr. Schaade hat Werbung für Lolli-Pool-PCR Tests gemacht. 1/3 der Länder sieht diese kritisch, der Rest hat sie bereits eingeführt oder plant dies.</li><li>○ Aus der Runde der Testkoordinatoren: Pooltestung wird aufgrund von Kosten hinterfragt. Testung wird vom Bund nicht übernommen, muss aus Ländermitteln finanziert werden.</li><li>○ Kultusministerkonferenz: Mittel sind nicht vorhanden.</li><li>○ Wenn im Herbst Zahlen steigen, könnte Testkapazität wieder an Grenze kommen.</li><li>○ Fr. Seifried steht in regem Austausch mit Laboren und Verbänden. Diese wären in der Lage bei Planungssicherheit die Kapazitäten zu steigern.</li><li>○ Aufgabe RKI: anregen, begründen, in Foren einbringen</li></ul> <p><i>ToDo: Thema soll für Interview mit Hr. Wieler auf Sprechzettel.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Arbeitsgemeinschaft Infektionsschutz würde, basierend auf einer Studie, die Quarantäne gerne durch tägliches Testen mit Antigen tests ersetzen.</li><li>○ Auftrag aus Bundeskanzleramt: Quarantäneempfehlungen für Schulbereich zu ändern, Quarantäne nur 2 Sitzreihen davor und dahinter.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Aufgrund von Delta werden die aktuellen Regelungen beibehalten.</li><li>▪ Es wäre sinnvoll, die für Alpha durchgeführte Studie für Delta in Schule und Kita zu wiederholen.</li><li>▪ Es handelte sich um eine vom GA initiierte Ausbruchsuntersuchung.</li></ul></li><li>○ Kontaktpersonenmanagement war sehr differenziert formuliert, zurzeit kein Anpassungsbedarf.</li></ul> <p><i>ToDo: Mit in AGI nehmen, in Ausbruchssituationen sollten Untersuchungen zu Delta gemacht werden, RKI unterstützt gerne.</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Die Modifizierung der Indikatoren wurde gestern an BMG</li></ul>	<p>FG38 / Alle</p>
--	---	--------------------

	<p>und Kanzleramt geschickt. Das Kanzleramt möchte aber einen einzigen Indikator, die Hospitalisierungsinzidenz. Dies könnte in Zukunft den Cut Off für Maßnahmen darstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Kann RKI diese Daten liefern? Einordnung notwendig, dass ein Indikator nicht optimal ist</li></ul> <p>! Info zu GMK-Beschlüssen und Bitte aus AGI zum KP-Management</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Wunsch einer Überarbeitung des Kontaktpersonenmanagements aus AGI.</li><li>○ Es wird berichtet, dass ÖGD eine 4.Welle nicht stemmen kann. Die Menschen haben wieder viele Kontakte. Der ÖGD muss sich auch wieder auf seine anderen Aufgaben fokussieren.</li><li>○ Länder würden gerne Containment aufgeben. Ist eine grundsätzliche und eine Ressourcenfrage.</li><li>○ RKI bleibt dabei, wurde so auch kommuniziert. RKI kann keine Convenience-Empfehlung machen.</li><li>○ Im Moment sind schon Priorisierungskriterien gesetzt. Zunächst keine Änderungen, Abwarten der Entwicklung.</li><li>○ Ergebnisse vom Schulministerium NRW: flächendeckende Pooltestungen in Schulen und Kitas, keine Übertragungen in Bildungseinrichtungen.</li><li>○ Zeichen dafür, dass wenn Maßnahmen durchgeführt werden, Infektionen mit PCR-Testung frühzeitig erkannt werden. Deshalb sehr geringe Ausbreitung, zeigt Effektivität der Pooltestung.</li><li>○ Vorschlag: Erfahrung sollte publiziert werden. Interpretation sollte nicht sein, dass Delta ist nicht ansteckender als Alpha ist, sondern dass mit PCR-Testung frühzeitig Infektionen erkannt werden können.</li></ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Info zur Einreiseverordnung: Impfeffektivität bei Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Wenn es eine FAQ dazu gibt, sollte diese regelmäßig überarbeitet werden. Bisher in FAQ nur ein Satz.</li><li>○ Tabelle zu P1 (Gamma) soll auf Reisesite veröffentlicht werden. Kann das RKI Änderungen selbständig vornehmen?</li></ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ BMG ist hoheitlich, schicken komplette Seite.</li> <li>○ Statt „nicht ausreichend wirksam bzw...“ sollte die Formulierung: „für die Feststellung keine ausreichenden Daten vorhanden“ verwendet werden.</li> <li>○ Insgesamt nur 7 Studien, davon nur 1 Studie mit Biontech und Moderna mit sehr kleinen Fallzahlen.</li> </ul> <p><i>ToDo: Wird BMG vorgeschlagen, FF Fr. Rexroth</i></p> <p>! Bitte vom Kanzleramt: Wie viele Personen gibt es in Deutschland, die sich aus medizinischen Gründen nicht impfen lassen können oder keine ausreichende Immunantwort bilden. Ist eine Abschätzung möglich?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kinder unter 12 sollten mitgezählt werden. Beantwortung der Frage erst nächste Woche, wenn STIKO-Empfehlung vorliegt.</li> </ul> <p><i>ToDo: FG33 hält Rücksprache mit Geschäftsstelle, Antwort über BMG an Kanzleramt</i></p>	
<b>7</b>	<b>Dokumente (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nichts zu berichten ! Gibt es Daten zu einer längeren Virusausscheidung bei Delta? <i>ToDo: Fr. Lang nimmt Frage mit ins Fachgebiet.</i> <i>ToDo: Evtl. könnte sich ZBS1 das ansehen. Klärung, ob eine retrospektive Betrachtung aus klinischen Proben möglich ist.</i>	ZBS7 (Lang)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG37
<b>12</b>	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG38

<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 06.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:36 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 06.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                    |                                     |
|--------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung | o Thomas Harder                     |
| o Lothar H. Wieler | ! FG36                              |
| o Lars Schaade     | o Walter Haas                       |
| ! Abt. 1           | o Barbara Hauer                     |
| o Martin Mielke    | ! FG37                              |
| o Annette Mankertz | o Muna Abu Sin                      |
| ! Abt. 2           | ! FG38                              |
| o Thomas Ziese     | o Ute Rexroth                       |
| ! Abt. 3           | o Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| o Janna Seifried   | ! ZBS7                              |
| o Nadine Litzba    | o Christian Herzog                  |
| ! FG12             | ! ZBS1                              |
| o Annette Mankertz | o Livia Schrick                     |
| ! FG14             | ! P1                                |
| o Mardjan Arvand   | o Ines Lein                         |
| o Melanie Brunke   | ! Presse                            |
| ! FG17             | o Maud Hennequin                    |
| o Barbara Biere    | ! ZIG1                              |
| ! FG21             | o Angela Fehr                       |
| o Wolfgang Scheida | o Regina Singer                     |
| ! FG32             | ! BZgA                              |
| o Michaela Diercke | o Martin Dietrich                   |
| ! FG33             |                                     |

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datenstand: WHO, 06.08.2021</li> <li>○ Fälle: 220 Mio.-Grenze überschritten (+6,3%) im Vgl. zur Vorwoche), CFR 2,1%</li> </ul> <p>! Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Platz 1 USA, Anstieg um fast 50%, überwiegend südl. Staaten betroffen: Georgia, Louisiana, Florida</li> <li>○ Platz 4 Brasilien, Rückgang</li> <li>○ Platz 5 Iran, starker Anstieg (20%) Brasilien und Indien auf Platz 1 und 2 mit sinkendem Trend</li> <li>○ Platz 7 Türkei, neu in den Top Ten, Anstieg um 53%, R-Wert 1,46, CFR niedrig (vermutlich Untererfassung)</li> <li>○ Platz 10 Thailand, Anstieg um 20%</li> </ul> <p>! Fall- und Todeszahlen weltweit (WHO SitRep):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiterhin weltweit Anstieg der neuen Fälle um 3%</li> <li>○ Todesfälle: Rückgang um 8%</li> <li>○ Regionen Eastern Mediterranean und Western Pacific mit Anstiegen &gt;30%</li> <li>○ Europa: neue Fälle -9%, Todesfälle -2%</li> <li>○ Länder mit starker Zunahme im Juni und aktueller Abnahme: Niederlande, UK, Spanien, Portugal, Malta, Zypern</li> </ul> <p>! COVID-19/Niederlande</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abnahme der Fälle: -44%</li> <li>○ Ende 06/2021 weitreichende Öffnungen</li> <li>○ Anfang 07/2021 Anstieg der Fallzahlen, u.a. Festival mit &gt;1000 assoziierten Fällen in den NL, 10.07.2021 Rücknahme der Öffnungen, ab 17.07.2021 sinkende Fallzahlen</li> <li>○ Zahl der Hospitalisierungen niedrig, 80+Jährige und 90+Jährige am stärksten betroffen</li> </ul> <p>! COVID-19/ UK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuell Abnahme der neuen Fälle um 21 %</li> <li>○ Niedrige neue Fallzahlen nach Step1 und Step2 der Roadmap (08.03 bzw. 12.04), nach Step3 (17.05) Anstieg der neuen Fälle, hierbei viele Jüngere (SuS) betroffen, in dieser Zeit auch Fußball-EM Events</li> </ul>	ZIG1 (Singer)





	<p><i>systematische Aufarbeitung aller Begleitumstände und Bedingungen der Öffnung in den o.g. Ländern, Auswirkungen auf Inzidenz und Hospitalisierung, Deadline: Im Lauf der nächsten Woche</i></p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.784.433 (+3.448), davon 91.754 (+24) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 20,4/100.000 EW. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin kontinuierlich ansteigend</li> </ul> </li> <li>○ Hospitalisierungsinzidenz deutlich &lt;1, kein Anstieg der schweren Verläufe</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 51.643.732 (62,1%), mit vollständiger Impfung 44.567.060 (53,6%)</li> <li>○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Juli noch homogenes Bild aller BL</li> <li>▪ Aktuell höchste Inzidenzen im Norden: HH, BE, SH &gt;30/100.000 EW, dort Ferienende</li> <li>▪ TH, SN, SA mit den niedrigsten Inzidenzen</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 4 LK ohne Fälle (allerdings zwei davon mit techn. Übermittlungsproblemen)</li> <li>▪ Zahl der LK &lt;25/100.000 EW nimmt zu</li> <li>▪ 8 LK &gt; 50/100.000 EW</li> <li>▪ HH, BE (z.B. Kreuzberg), Köln stärker betroffen</li> <li>▪ Regionen im Süden und Südosten weniger betroffen</li> </ul> </li> <li>○ Verbreitung von VOC in Deutschland 30. KW <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Delta in fast allen BL über 90%, bundesweit bei 95%, kaum Fälle mit anderen Varianten</li> </ul> </li> <li>○ Fall-Verstorbenen-Anteil im Verlauf im Vgl. zur Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zu Beginn der Pandemie am höchsten (wenig Diagnosemöglichkeiten, nur schwerere Fälle wurden erkannt), in der 2. Welle bei max. 5%, in der 3. Welle sinkt der FVA (Impfschutz in Altenheimen etc. bemerkbar)</li> </ul> </li> </ul>	<p>Diercke</p>
--	--	----------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sterbefallzahlen Deutschland (Destatis)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeit keine Übersterblichkeit in Deutschland</li> </ul> </li> <li>! Diskussion             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: München zeigt auf der Deutschlandkarte im Gegensatz zu anderen Ballungsräumen geringe Inzidenzen, ist das korrekt?</li> <li>○ Tabelle der epidemiolog. Situation in Großstädten wird gezeigt: Hier liegt München auf Platz 8 von 12 mit einer Inzidenz von 23,1/100.000 EW (Platz 1 Düsseldorf mit 42,8)</li> </ul> </li> <li>! <b>Testkapazität und Testungen</b> (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! <b>Virologische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>! <b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (<i>nur mittwochs</i>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktuelle Aktivitäten: Labortrainings in Namibia und Montenegro</li> </ul>	<p>ZIG 1 (Fehr)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! CWA             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 32 Mio. Downloads bisher</li> <li>○ 490.000 positive Testergebnisse wurden geteilt</li> <li>○ Derzeit im Vordergrund: Evaluationsbericht, wurde getwittert</li> <li>○ Heatmap mit Hinweis auf Fallzahlenanstieg in jüngeren Altersgruppen wurde gepostet</li> <li>○ Zusammen mit P1 geplant: Aufforderung, Kontaktpersonen zu informieren bzw. ein Kontakttagebuch zu führen</li> </ul> </li> <li>! DEA             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 10 Mio. Anmeldungen sind eingegangen</li> </ul> </li> <li>! CovPass-App             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 30 Mio. Downloads</li> </ul> </li> <li>! CovPassCheck-App             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geringe Download-Zahlen</li> <li>○ Veranstaltende müssen mehr dafür sensibilisiert werden, dass erst nach Scan des QR-Codes und PA-Kontrolle</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG21 (Scheida)</p>

	<p>Sicherheit besteht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Digitales Impfzertifikat <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ausstellung über Apotheken wieder möglich (zumindest liegt keine gegenteilige Information vor)</li> <li>o Bisher wurden 85 (?) Mio. Zertifikate ausgestellt</li> <li>o Frage: sind das nur abgeschlossenen Impfungen?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Detaillierte Aufgliederung der Zahlen zum Digitalen Impfzertifikat, Federführung FG 21, Kooperation mit FG 33</i></p>	<p>FG21 Scheida, FG33 Harder</p>
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht besprochen</li> </ul>	<p>FG36</p>

5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Digitalpaket Schule wurde versendet</li> <li>! Weiteres Digitalpaket zur Kommunikation an Hochschulen ist in Arbeit, da Semestervorbereitung der Hochschulen begonnen haben</li> <li>! Frage/Hinweis: Werden hierbei auch die digitalen Produkte, inbes. CWA erwähnt?</li> <li>! Informationsmaterialien für Menschen mit Migrationshintergrund wurden vervollständigt</li> <li>! Thema „Maskentragen“ wurde im Steuerungskreis aufgenommen, wird abhängig von der Evidenzlage in die künftige Motivwahl einbezogen, im aktuellen Spot steht Impfmotivation als Zielsetzung im Vordergrund</li> <li>! ! Angebot von Melanie Brunke (FG14) zum bilateralen fachlichen Austausch zum Thema MNS</li> <li>! Frage zu den nachlassenden Impffzahlen (Knick): Könnte hier ein Sättigungsprozess im Sinne einer logistischen Funktion eine Rolle spielen (der Anteil derer, die nicht zum Impfen bereit sind an den Ungeimpften nimmt mit der Zahl der Geimpften zu)? Und ist bei der Modellierung der erwarteten Impfquote von 85% ein Sättigungsmodell (bzw. biomathematisches Regressionsmodell) einbezogen worden? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Daten der COVIMO -Studie zeigen einen kontinuierlichen Abfall der verimpften Dosen auf ca. 400.000 /Tag, könnte an Ferien/Reisezeit liegen, Modellierung (genügend Impfstoff und Termine vorhanden) zeigt, dass diese Quote erreichbar ist</li> <li>o Was kann eine Sättigungsfunktion über das</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Brunke</p>
---	---	--



	<p>Angebot/Nachfrage -Verhältnis hinaus zeigen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medien stellen Impfkampagne als nicht funktionierend dar - wäre eine Möglichkeit zu erkennen, an welcher Stelle des erwartbaren Verlaufs man sich befindet und wann/an welchen Stellen man eingreifen/nachsteuern sollte</li> <li>○ Einwand: Sehr theoretischer Ansatz, Kommunikation der drohenden 4. Welle an die Bevölkerung ist effektiver und sollte im Vordergrund stehen, Vorhersagen wegen sich ständig ändernden Bedingungen nicht möglich</li> </ul> <p><i>ToDo: Herr Harder stellt einen Kontakt zwischen Herrn Dietrich (BZgA) und Herrn Scholz und Frau Waize (RKI, gesundheitsökonomische Expertise, Modellierungen) her, um die Möglichkeiten dieses Ansatzes zu eruieren</i></p> <p>! Frage: Gibt es Daten zum Effekt aufsuchender Impfangebote?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BZgA arbeitet an einer Anleitung zur Organisation aufsuchender Impfangebote, zur Unterstützung derjenigen, die Impfkationen organisieren wollen, Konzept ist in Ausarbeitung, soll bei dieser eigentlich kommunalen Aufgabe unterstützen (bspw. Landessportbund im Saarland)</li> <li>○ Aus den DIM-Zahlen sind aufsuchende Angebote nicht abzubilden, möglicherweise gibt es in den COVIMO -Daten Angaben dazu, über welche Angebote eine Impfung erfolgte</li> </ul> <p>! Frage: Gibt es schriftliche Einladungen von Bürgermeistern? Persönliche Ansprache würde einige Menschen motivieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BZgA kann Bürgermeister nicht ansprechen, ist auch nicht Inhalt des Digitalpakets, weist in kommenden Diskussionen aber gern darauf hin</li> <li>○</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Neue Heatmap wurde getweetet</p> <p>! Tweet zu Testung ist in Vorbereitung</p> <p>! Auf die heutige online-Vorabveröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin „Die Impfung gegen COVID-19 in Deutschland zeigt eine hohe Wirksamkeit gegen SARS-CoV-2-Infektionen, Krankheitslast und Sterbefälle (Analyse der Impfeffekte im Zeitraum Januar bis Juli 2021) wurde</p>	<p>FG 33 (Harder)</p> <p>Dietrich</p> <p>Harder</p> <p>Dietrich</p> <p>(Hennequin)</p> <p>(Lein)</p>
--	--	--

	<p>hingewiesen</p> <p>! Tweet zur erwarteten STIKO-Empfehlung zur Impfung von Kindern und Jugendlichen ist in Vorbereitung</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Hinweis auf heutige Veröffentlichung im Epidemiologischen Bulletin wurde platziert</p> <p>! Zwei Grafiken zum Thema „Flatten the curve“ werden gezeigt</p> <p>! Aufforderung, sich impfen zulassen, um Kinder im Umfeld zu schützen, wurde veröffentlicht</p> <p>! Letzte Woche wurde ein Tweet zum Führen eines Kontakttagebuchs veröffentlicht</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p><b>7</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dokument soll als ergänzende Handreichung zu den vorhandenen Empfehlungen eine Entscheidungshilfe bieten</li> <li>○ Gleichzeitig wird noch einmal dargestellt, welche Aspekte für die Entscheidungsfindung relevant sind</li> <li>○ Hinweis nach Vorstellung des Dokuments: Formulierung „Schutzmaske“ sollte vermieden werden, besser einheitlich als MNS bezeichnen</li> <li>○ Als Fußnote empfehlenswert: Hinweis darauf, dass FFP-2 Masken keinen Unterschied in der Bewertung der Kontaktsituation machen</li> <li>○ Tragen eines MNS „reduziert das Infektionsrisiko“ anstatt „schützt vor Infektion“</li> <li>○ Einwand: Entscheidungsspielraum für GÄ ist grundsätzlich gut, laut AGI-Diskussion besteht jedoch der Wunsch nach pauschalen, standardisierten, einfachen, schnellen und rechtssicheren Vorgaben</li> <li>○ Pauschale Beurteilung ist nicht möglich, Einschätzung kann nur individuell und vor Ort stattfinden und muss dort begründet werden</li> <li>○ Das Dokument betont, dass keine pauschale Entscheidung möglich ist. Haltung: Es sollen keine Klassen geschlossen werden um Non-COVID-Folgen zu vermeiden, dennoch werden Ausbrüche stattfinden, auf die individuell reagiert</li> </ul>	<p>FG36 (Hauer)</p> <p>Alle</p>



	<p>werden muss</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Manche GÄ reagieren bereits sehr differenziert und brauchen keine pauschale Empfehlung</li> <li>○ Einrichtungsspezifische Gefährdungsbeurteilung vorab sollte empfohlen werden (GÄ können sich mit den Schulen im Vorfeld in Verbindung setzen)</li> <li>○ Was bedeutet „Liegen <u>überwiegend</u> Faktoren vor“? Die Tabelle lässt das offen, schwierig für GÄ</li> <li>○ Ein Score/eine Checkliste mit Gewichtung wäre Überoperationalisierung, setzt wissenschaftliche Erfassung und Begleitung voraus, ist komplex</li> <li>○ Besser Primärprävention in den Vordergrund rücken: Impfung von Erwachsenen schützt Kinder, symptomatische Kinder nicht zur Schule schicken</li> <li>○ Frage: Angenommen ALLE Erwachsenen im Umfeld der SuS sind geimpft, könnte man bei Ausbrüchen dann auf alle Maßnahmen verzichten?</li> <li>○ Dagegen sprechen Long-COVID-Verläufe, kognitive Defizite, die nach Infektion festgestellt wurden, vulnerable Personen im Umfeld der Kinder mit eingeschränktem Immunschutz</li> <li>○ Dafür spricht, dass die STIKO den Nutzen einer Impfung nach wie vor nicht höher bewertet, als das Risiko durch die Erkrankung</li> <li>○ Die Quarantäneempfehlungen werden in den Grundschulen wahrscheinlich nicht dauerhaft in der derzeitigen Strenge angewendet werden</li> <li>○ Wie ist das Vorgehen bei Influenzaausbrüchen?</li> <li>○ COVID-19 gleicht nicht der Influenza, Wissen zu Folgen bei Kindern ist begrenzt, Maßnahmen sollten beibehalten werden, um Schulöffnung aufrecht zu erhalten, Kindergesundheit sollte auf einer Ebene mit Erwachsenengesundheit betrachtet werden</li> <li>○ Die (psycho)sozialen Folgen und daraus entstehenden Defizite bei Kindern durch wiederholte Schulschließungen müssen gleichzeitig mit der Erkrankungsfolgen betrachtet werden</li> <li>○ Hinweis: Pool-PCR-Tests sollten im Dokument propagiert werden, aus relativer Viruslast in der Probe etc. könnten Algorithmen für den Umgang mit Ausbrüchen/Quarantäne entwickelt werden</li> <li>○ Das Testkonzept in dieses Dokument aufzunehmen würde zu Kleinteiligkeit führen, passt besser in die „Grundsatzbewertung sichere/unsichere Schule“</li> <li>○ Vorsitzende der KMK hat darauf hingewiesen, dass Pooltestungen nicht bezahlt werden können und Kohortierung am Personalmangel scheitert</li> <li>○ Schaden durch psychosoziale Folgen ist hoch, durch die geringeren Krankheitslast bei Kindern ist schwer dagegen zu argumentieren</li> </ul> <p>! Fazit: Das Dokument kann so veröffentlicht werden, als geeigneter Zeitpunkt wird nächste Woche (nach der Besprechung mit den Ländern in der AGI, in der auch das BMG</p>	
--	---	--

	informiert wird) festgelegt. Fachlicher Input wird weiterhin angenommen, ohne erneute Abstimmung	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Online-Veröffentlichung zur Diskrepanz der DIM und COVIMO-Zahlen in Vorbereitung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vier potentielle Quellen werden benannt: COVIMO überschätzt Impfquote durch Selektionsbias, nur Personen mit ausreichenden Deutschkenntnissen werden befragt, Betriebsärzte werden nicht korrekt abgebildet, im DIM werden J&amp;J-Impfungen nicht korrekt abgebildet</li> <li>○ Die Wahrheit liegt wahrscheinlich zwischen den beiden Datenquellen</li> <li>○ Heutige Veröffentlichung im EpiBull zum bisherigen Erfolg der Impfkampagne beschreibt, dass etwa 70.000 Meldefälle, 77.000 stationäre, etwa 19.600 intensivmedizinische Fälle sowie mehr als 38.000 Sterbefälle verhindert wurden</li> <li>○ Vermittelt eine gute Impfmotivation nach außen</li> </ul> </li> <li>! Heute findet die STIKO-Sitzung zur Kinder- und Jugendlichenimpfung statt, Ergebnisse werden erst nach Beendigung kommuniziert <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist dort thematisiert, dass die Entscheidung nicht durch den öffentlichen und politischen Druck beeinflusst sein, bzw. als Reaktion darauf erfolgen sollte?</li> <li>○ Ja, wurde von Prof. Mertens eingebracht</li> </ul> </li> <li>! Wichtig für die Diskussion zur Booster-Impfung: Erste Publikation mit Hinweisen auf klinisches Waning erschienen (Fortführung einer Zulassungsstudie) <p><a href="https://doi.org/10.1101/2021.07.28.21261159">https://doi.org/10.1101/2021.07.28.21261159</a>, Alle 8 Wochen nimmt die Wirksamkeit von Biontec/Pfizer um etwa 6% ab, insgesamt aber gute Wirksamkeit von 85%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird es bei weiter zirkulierenden Infektionen zu eine natürlichen Boosterung der Impfung kommen?</li> <li>○ Ist möglich, aber aus dieser Studie nicht abzulesen</li> <li>○ Führte steigender Infektionsdruck zum Nachlassender Wirkung?</li> <li>○ Inzidenzlage im Studienbereich war eher niedrig, trotzdem wurde der Effekt beobachtet</li> </ul> </li> <li>! Seit gestern wird das STIKO-Geschäftsstellen-Postfach von Querdenker -Mails geflutet <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ! Ute Rexroth bietet Unterstützung an, es gab ähnliche Probleme im Lagezentrum, automatisches Verschieben kann eingerichtet werden.</li> </ul> </li> </ul>	FG33 (Harder)





<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in der letzten Woche 42 positive Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ¾ von Kindern</li> <li>○ Einige für Rhinovirus</li> <li>○ Einige für saisonale Coronaviren (NL-63 und OC43)</li> <li>○ 21 für Parainfluenzavirus (Typ3)</li> <li>○ Kein Sars-CoV-2 Nachweis, kein Influenzanachweis</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! In KW 30 bisher 141 Proben, davon 48% positiv auf SARS-CoV-2 getestet.</p> <p><b>Bericht aus AG-Diagnostik</b></p> <p>! Hinweise für Praxen: Häufig wird bei Geimpften zurückhaltender getestet, hier soll gegengesteuert werden, Schwelle zum Test sollte bei Symptomatik für Geimpfte und Ungeimpfte gleich hoch sein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweis: Bitte an das Flussschema zur Testung denken und ggf. mit aktualisieren</li> </ul> <p>! Aktualisierung zur Testung von Mitarbeitern in Alten- und Pflegeheimen geplant, da nicht alle Mitarbeiter dort geimpft sind, sollte die Teststrategie aufrechterhalten werden, Daten werden derzeit zusammengestellt, federführend FG 37, begleitend FH14 und AG-Diagnostik</p> <p>! Frage: Für Immunsupprimierte und andere vulnerable Gruppen ist diese Empfehlung klar. Sollten sich aber Geimpfte vor bspw. Restaurantbesuch testen lassen?</p> <p>! Daten werden gerade gesammelt, Frage des neg. prädiktiven Werts eines negativen Tests bei Geimpften ist komplex, Evidenz muss gesucht werden, die Faktenlage ist nicht eindeutig</p> <p>! Impfquote, Testung, Masking und Impfwirkung spielen eine Rolle, fachlich komplex</p> <p>! Nächste Woche kann dazu, nach Diskussion in der AG-Diagnostik, mehr berichtet werden</p> <p>! Derzeitige Haltung: Geimpfte Mitarbeiter in Alters- und Pflegeheimen sollten Teil der Teststrategie sein, Test vor</p>	<p>FG17 (Biere)</p> <p>ZBS1 (Schrick)</p> <p>(Abt1) Mielke</p>
----------	--	--

	<p>Restaurantbesuch für Geimpfte nicht nötig</p> <p>! Hinweis auf Publikation: Übertragung von Sars-CoV-2 einer vollst. geimpften HCW auf Partner</p> <p>! Einzelfälle sind immer möglich</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Vorstellung eines Flusschemas für Hausärzte zum therapeutischen Einsatz monoklonaler AK</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll nächste Woche nach Abstimmung mit STAKOB und FG COVRIIN zirkuliert werden</li> <li>○ MAK werden bisher nicht ausreichend angewendet</li> </ul> <p>! Wie ist das Setting für <b>MAK (PEP ?)</b> Im Bereich vulnerabler Gruppen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt noch keine Empfehlungen von ZBS7/RKI dazu</li> <li>○ Frage wird mitgenommen und beim nächsten Mal beantwortet</li> </ul>	ZBS7 (Herzog)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! KoNA gestaltet sich zunehmend schwierig</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Großzügigkeit beim Platzwechsel</li> <li>○ Ungenaue Listenführung</li> <li>○ Sehr personalintensiv: 10 Personen/Tag</li> </ul> <p>! Wegfall der Risikogebiete erforderte die Anpassung zahlreicher Dokumente, es werden nur noch Hochrisikogebiete (ab Inzidenz 200, in Drittstaaten auch ab Inzidenz 100 möglich) und Virusvariantengebiete ausgewiesen</p>	FG38 (Rexroth)
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Erlassbeantwortung weiterhin fordernd</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wird von RKI-Seite weiter freundlich hartnäckig darauf hingewiesen, dass Mitarbeiter nicht direkt angesprochen werden</li> </ul>	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Keine angekündigt</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 11.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende:** 13:01 Uhr

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 11.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37	
!	Institutsleitung	○ Tim Eckmanns	
○	Lars Schaade	○ Sebastian Haller	
!	Abt. 1	!	FG 38
○	Martin Mielke	○	Ute Rexroth
!	Abt. 2	!	MF4
○	Thomas Ziese	○	Martina Fischer
!	Abt. 3	!	P1
○	Nadine Litzba	○	Ines Lein
!	FG12	!	P4
○	Annette Mankertz	○	Susanne Gottwald
!	FG14	!	Presse
○	Melanie Brunke	○	Ronja Wenchel
!	FG17	○	Marieke Degen
○	Ralf Dürrwald	!	ZBS7
!	FG21	○	Katharina Lang
○	Wolfgang Scheida	!	ZIG1
!	FG 32	○	Sofie Gillesberg Raiser
○	Michaela Diercke	!	BZgA
!	FG34	○	Christoph Peter
○	Viviane Bremer		
○	Andrea Sailer (Protokoll)		
!	FG36		
○	Stefan Kröger		
○	Kristin Tolksdorf		







	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die Anzahl positiver Testungen /100.000 Einw. ist bei 15-34 Jährigen am höchsten.</li> <li>▪ Dieser Anstieg ist überraschend, da noch in vielen BL Schulferien sind.</li> <li>○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Noch kein starker Anstieg, aber Ausbrüche nehmen tendenziell zu.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate ist im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben.</li> <li>▪ Bei Kindern (0-14 Jahre) und bei Erwachsenen (35-59 Jahre) Rückgang bzw. leichter Rückgang.</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei Kindern ist der Konsultationsindex leicht zurückgegangen.</li> <li>▪ In etwa die Hälfte der BL Rückgang der ARE-Raten bei Kindern.</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt stabile Werte in den letzten Wochen.</li> <li>▪ Sehr leichter Anstieg, jedoch nicht in den ältesten Altersgruppen, hier sind die Fallzahlen eher niedriger als in Vorsaisons.</li> <li>▪ Anteil COVID unter SARI-Fällen: nach Plateau (7 Wochen &lt; 10%) in KW 31 schon wieder über 10%.</li> <li>▪ COVID-Fälle in Intensivbehandlung sind vergleichbar mit letztem Jahr.</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 27 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte, Anzahl bleibt aber niedrig.</li> <li>▪ Anzahl Ausbrüche in Schulen relativ niedrig, nur 2 Ausbrüche in KW 31.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur</b></p>	<p>MF4 (Fischer)</p> <p>Schaade</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	--

	<p><b>mittwochs</b>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 83 Einsendungen (-31) aus 25 Praxen in KW 31</li> <li>○ Niedrigste Einsenderate in diesem Jahr.</li> <li>○ 73% positive Virusnachweise (-7% im Vergleich zur Vorwoche), Rückgang der Rhinovirusnachweise, kein Influenzavirus, kein HMPV</li> <li>○ Rhinoviren: Rückgang vor allem bei 35-60 Jährigen</li> <li>○ Parainfluenzaviren: wurden am häufigsten nachgewiesenen, vor allem bei Kindern und Jugendlichen</li> <li>○ RSV: leichter Anstieg ausschließlich bei 0-4 Jährigen, stärkerer Anstieg zu erwarten</li> <li>○ SARS-CoV-2: gestern ein positiver Nachweis</li> <li>○ Saisonale Coronaviren: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ NL63: 2.Woche in Folge nicht nachgewiesen</li> <li>▪ OC43: aktiv sporadisch aktiv über mehrere Altersgruppen verteilt</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 448 behandelt, 61 mehr als letzte Woche</li> <li>▪ Leichte Beatmungsfälle steigen an, invasiv beatmete nehmen langsam wieder zu.</li> </ul> </li> <li>○ Anteil der COVID-Patienten an Gesamtzahl ITS-Betten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besonders auffällig: NRW, Anstieg von 24 auf 122 Patienten</li> <li>▪ Im Saarland und RP steilere Anstiege</li> </ul> </li> <li>○ Anteil Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von Seiten der Politik Interesse an Daten auf Kreisebene</li> <li>▪ Es handelt sich um Standorte der KH nicht Wohnorte der Patienten. Zwar hohe Korrelation zwischen Patienten-Wohnort und Standort, jedoch nur Aussagen für Versorgungscluster (von Bedeutung für Rettungsstellen) möglich.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Schaade</p> <p>Presse Fischer</p> <p>Diercke</p> <p>Eckmanns</p> <p>Mielke</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Altersstruktur<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Von 92% aller gemeldeten Fälle übermittelt</li><li>▪ Verschiebung in die jüngeren Altersgruppen.</li><li>▪ Die AG der 60-69 Jährigen nimmt prozentual ab, jüngere AG zu.</li><li>▪ Absolute Anstiege bei 30-59 und bei 80+ Jährigen</li><li>▪ 60-79 Jährige stabil</li></ul></li><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vor allem Anstiege in Nord, Süd-West und West prognostiziert, Lage insgesamt moderat stagnierend.</li></ul></li> <li>! <b>VOC/Delta-Variante (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Trend bei Genomseq. hat sich fortgesetzt. Delta liegt bei knapp 98%, Alpha nur noch bei knapp 2%.</li><li>▪ Es gibt eigentlich nur noch eine Variante, die das Geschehen beherrscht.</li><li>▪ Gleiche Entwicklung auch in Testzahlerfassung und IfSG-Daten</li></ul></li><li>○ Verteilung aller VOC und VOI<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vielfalt der Virusvarianten nimmt rapide ab, in KW 30 nur noch 7 Varianten detektiert.</li></ul></li><li>○ Anteil der Genomsequenzierungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Liegt bei &gt; 20%, in KW 29 bei knapp 30%</li></ul></li></ul></li> <li>! Trendumkehr ist zu sehen. Sollte im Wochenbericht deutlich gemacht werden, sachlich nicht alarmistisch.<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nicht Schulen, sondern Freizeitverhalten in den Ferien ist Treiber der Pandemie. Eltern mit schulpflichtigen Kindern sollten deshalb möglichst durchgeimpft sein.</li></ul></li> <li>! Häufig Fragen zum Anteil von Impfdurchbrüchen auf Intensivstationen. Geht das aus DIVI-Daten hervor?<ul style="list-style-type: none"><li>○ DIVI würde das gerne erfassen, laut</li></ul></li></ul>	
--	--	--



	<p>Intensivregisterverordnung ist Impfstatus nicht vorgesehen. Frage kam jedoch auch schon vom BMG, demnächst Verordnungsanpassung.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Daten zu Impfdurchbrüchen werden im Wochenbericht veröffentlicht. Daten stammen aus Meldewesen. Nächste Woche sollen ausführliche Analysen veröffentlicht werden.</li><li>○ Die Definition von Impfdurchbrüchen ist relativ kompliziert. Schwierige Analyse, kann im Intensivregister nicht in der nötigen Tiefe erfasst werden.</li><li>○ Im DIVI-Register könnte abgefragt werden, wer von den COVID-Patienten, die auf ITS aufgenommen werden, geimpft ist. Hier handelt es sich um eine etwas andere Information als bei Impfdurchbrüchen.</li><li>○ Im Meldewesen wird mitgeteilt, wenn ein Patient auf Intensivstation kommt. Dieser Meldeinhalt ist in der Verordnung enthalten. Im Moment ist unklar, wie vollständig die Daten sind. Die Kommunikation soll gestärkt werden.</li><li>○ Zunächst wird die Publikation aus den Meldedaten nächste Woche abgewartet. Nach der Publikation kann mit BMG in Dialog getreten werden, ob eine Erfassung im DIVI gewünscht wird.</li><li>○ Meldung ans DIVI ersetzt nicht die Meldung im Rahmen des Meldesystems (gesetzliche Verpflichtung).</li><li>○ Deshalb evtl. besser keine Doppelerfassung, damit Compliance nicht leidet.</li></ul> <p>! Dass in Arztpraxen mehr getestet werden soll, sollte breit kommuniziert werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Morgen kommt ein Tweet dazu.</li><li>○ Abbildung zu Arztpraxen wird morgen in Lagebericht aufgenommen. Aufruf an Praxen mehr zu testen.</li></ul> <p>! Wie kommt es, dass Alpha von Delta ersetzt wurde?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Konkurrenzprinzip, welches Virus ist schneller.</li><li>○ Ausdruck einer epidemischen Potenz, virulenterer, zur Persistenz besser befähigte Variante setzt sich durch.</li><li>○ Prävalenz eines Erregers in der Population, die im Übertragungsgeschehen am bedeutendsten ist. Anteil in Population der Hochaltrigen geht zurück. Die Variante, die</li></ul>	
--	--	--

	<p>in der Population, die am aktivsten ist, verbreitet ist, breitet sich aus.</p> <p>! Erlass zu Influenza bis nächste Woche: Was ist im nächsten Herbst zu erwarten, wie kann das eingeordnet werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FG17 kann nicht einschätzen, ob schon in diesem Jahr mit einem verstärkten Auftreten von Influenza zu rechnen ist.</li> <li>○ In einer der nächsten Saisons ist damit sicher zu rechnen. Wann ist schwer einzuschätzen.</li> <li>○ Influenzaimpfungen sollten nicht vernachlässigt werden.</li> <li>○ Ist genug Influenzaimpfstoff vorhanden?</li> </ul> <p><i>ToDo: Zahl für nächste Krisenstabsitzung ermitteln.</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! auf Freitag verschoben</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Planen Themenseite zum Thema Long Covid, soll diese Woche noch veröffentlicht werden.</p> <p>! Hierzu viel aus FAQ vom RKI übernommen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Bei Twitter wurde die halbe Million Follower überschritten.</p> <p>! Geplant Wochenberichte mit Tweet zu begleiten.</p> <p>! Im Krisenstab soll jeweils mittwochs besprochen werden, was Hauptbotschaft ist.</p> <p>! Erweiterung des Schulpapiers ist bereit zur Veröffentlichung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll dazu getwittert werden? keine neue Empfehlung</li> <li>○ Wenn „zur bestehenden Quarantäneempfehlung“ dazu geschrieben wird, dann ja.</li> </ul>	<p>BZgA (Peter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>

	<p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tweets werden zum Wochenende retweetet. Heatmap erscheint sinnvoll.</li> <li>! Bespricht Presse nochmal intern. Ein Tweet jede Woche könnte dazu führen, dass sich die Botschaft abnutzt.</li> </ul>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einordnung MPK-Beschlüsse <ul style="list-style-type: none"> <li>○ RKI hat ganz gut Gehör gefunden.</li> <li>○ Formel soll präsentiert werden. Weiter Inzidenz, aber auch Anzahl Impfungen und Hospitalisierungsinzidenz?</li> <li>○ Noch hat das RKI keinen Auftrag über das, was schon geliefert wurde, hinaus. RKI hat sich schon mit konkretem Vorschlag geäußert.</li> <li>○ Es sollte kommuniziert werden, dass das RKI nicht davon ausgeht, dass das komplexe Geschehen in einer Formel abgebildet werden kann. Verschiedene Möglichkeiten mit einem Indikatorenset werden mit dem BMG erörtert.</li> </ul> </li> <li>! Quarantänedauer und KoNa-Anlässe <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus der AGI kommt der Wunsch, im Zusammenhang mit den Schulöffnungen (und demnächst Großveranstaltungen) das Containment zu überdenken. Es gibt sehr starke Widerstände, die Infektionsketten weiterhin nachzuverfolgen.</li> <li>○ Eine Aufgabe des Containments sollte das RKI durch Empfehlungen nicht auch noch stützen, ist nicht im Interesse des RKI.</li> <li>○ In welchen Settings sollen Kontaktpersonen noch nachverfolgt werden? Kann Quarantänedauer verkürzt werden?</li> <li>○ Es gibt Hinweise, dass die mediane Inkubationszeit bei Delta kürzer sein könnte. FG36 sichtet zurzeit die Daten zur Inkubationszeit bei Delta. Gibt es evidenzbasierte Hinweise, dass die Quarantäne verkürzt werden könnte?</li> <li>○ Das akzeptierte Restrisiko muss nicht das RKI festlegen.</li> <li>○ Es wäre sinnvoll an Dingen, die festgelegt wurden, festzuhalten oder sie aufzugeben und sie nicht immer</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle Schaade</p> <p>Rexroth</p>

	<p>wieder zu modifizieren. Ob es sinnvoll ist, variantenspezifisch nach zu justieren, sollte geprüft werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Könnte die Quarantänezeit wie im Kontext Reisen verkürzt werden? In die Diskussion in FG36 soll mit aufgenommen werden, ob auch innerhalb Deutschlands eine Verkürzung auf 5 Tage mit Test möglich wäre.</li> <li>○ Hintergrund der Diskussion ist, die Akzeptanz der Maßnahmen zu verbessern.</li> <li>○ Eine Quarantänezeitverkürzung würde das Signal senden, dass die aktuelle Situation doch nicht so schlimm ist.</li> <li>○ Wer würde eine Freitestung bezahlen und wer würde sie durchführen?</li> <li>○ RKI sollte in sich stimmige Empfehlungen machen, die Umsetzung ist nicht Problem des RKI.</li> <li>○ Frage: Wird am Konzept des Containments festgehalten, und wenn ja, welche Modifikationen sind unter Delta möglich?</li> <li>○ Aufgabe von Containment wäre politische Entscheidung. Es gibt keinen fachlichen Grund an den Maßnahmen etwas zu ändern.</li> <li>○ Länder haben sich dafür stark gemacht, KoNa fallen zu lassen. Haltung der Bundesregierung ist zurzeit, die KoNa soll aufrechterhalten werden. Muss von GA vor Ort unter Berücksichtigung der Ressourcen entschieden werden.</li> <li>○ Kann im Moment nicht abschließend diskutiert werden. Quarantänedauer 5 Tage + Testung wäre sinnvoll, wenn dies fachlich begründet werden kann.</li> <li>○ Zu rigide sollte das RKI nicht sein, wird nochmal diskutiert.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! „Immunisierungsquote“ in der Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anfrage von Hr. Kubicki nach der Immunisierungsquote der Bevölkerung: Für die Antwort wurden Impfungen + Genesene und Ergebnisse der SeBluCo-Studie herangezogen. Gibt es Modellierungen dazu? Laut den letzten Ergebnissen aus SeBluCo ist die Antikörperquote sehr niedrig.</li> <li>○ Soll sich das RKI mit dem Thema weiter auseinandersetzen? Laut BMG handelt es sich um eine Frage, die untersucht werden sollte.</li> </ul>	<p>Bremer</p> <p>Ziese</p>
--	---	----------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eine weitere Welle SeBluCo durchzuführen wäre sinnvoll.</li> <li>○ Ende des Jahres werden Daten der 2. Welle des RKI-SOEP vorliegen (repräsentativer Stand).</li> <li>○ Wäre bis dahin eine mathematische Hochrechnung sinnvoll?</li> <li>○ Eine konservative Rechnung dürfte zeigen, dass noch keine Bevölkerungsimmunität vorhanden ist.</li> <li>○ Seroprävalenzen werden aufgrund von Studien ermittelt. Bei Genesenen ist der Infektionszeitpunkt unbekannt und nicht klar, ob sie noch geschützt sind. Richtig belastbar sind nur Zahlen zur vollständigen Impfung.</li> <li>○ Was ist der Mehrwert einer Modellierung, wenn keine Aussagen zur protektiven Potenz der Antikörper gemacht werden können.</li> <li>○ Würde man davon ausgehen, dass alle Genesenen immun sind und von einer Untererfassung um den Faktor 3, käme man auf ca. 12 Mio. Genesene. Der Anteil der Genesenen mit Impfung kann nicht rausgerechnet werden. Die Dunkelziffer-Fälle sind zum Teil vermutlich auch geimpft.</li> <li>○ Muss konservativ gerechnet werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Mit FG33 besprechen, ob Modellierung sinnvoll ist.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Limitationen der Interpretation liegen vor. In FG33 werden zurzeit die Unsicherheiten eines Antikörpernachweises zusammengetragen (Erlass bis 18.08.). Abt. 1 hat hierzu Text für FG33 erarbeitet.</li> </ul>	
<b>7</b>	<b>Dokumente (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>8</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nicht besprochen	ZBS7
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG37
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schlussfolgerungen: In Altenheimen ist weitergehende Vorsicht angebracht.</li> <li>○ FG37 steht in intensivem Austausch mit BMG: Maske + AHA gehört nach wie vor dazu, sowie Impfungen bei Bewohnern</li> </ul>	FG37 (Eckmanns)

	<p>und Personal. Mitarbeiter dürfen befragt werden (Hr. Sings).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Argument für weitere Testungen in Heimen</li> <li>○ Warum steigt Kurve wieder?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachlassende Impfeffektivität? Hängt möglicherweise mit Delta zusammen, sehr vorsichtig zu interpretieren.</li> </ul> </li> <li>○ Flyer zum Schutz von Bewohnern im Heim wird nochmal überarbeitet. Sinnvolle Teststrategie noch zu integrieren.</li> </ul> <p>! Zur Information: Erhebung zur Kindergesundheit geplant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es ist geplant, an die laufende GEDA-Studie eine Kindererhebung für 2-17 Jährige anzuhängen.</li> <li>○ Befindet sich noch in Konzeptionsphase, Finanzierungsmöglichkeiten werden gesucht.</li> </ul>	
		Abt2 (Ziese)
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 13.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:55 Uhr





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 13.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                      |          |                           |
|----------------------|----------|---------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG37   | ○ Stefan Kröger           |
| ○ Lars Schaade       |          | ○ Tim Eckmanns            |
| ○ Esther-Maria Antão | ! FG38   |                           |
| ! Abt. 1             |          | ○ Ute Rexroth             |
| ○ Annette Mankertz   |          | ○ Ariane Halm (Protokoll) |
| ! Abt. 2             | ! ZBS1   |                           |
| ○ Thomas Ziese       |          | ○ Livia Schrick           |
| ! Abt. 3             | ! ZBS7   |                           |
| ○ Ute Rexroth        |          | ○ Christian Herzog        |
| ○ Nadine Litzba      |          | ○ Claudia Schulz-Weidhaas |
| ! FG14               | ! P1     |                           |
| ○ Melanie Brunke     |          | ○ Ines Lein               |
| ! FG17               | ! P4     |                           |
| ○ Barbara Biere      |          | ○ Susanne Gottwald        |
| ! FG21               | ! Presse |                           |
| ○ Wolfgang Scheida   |          | ○ Ronja Wenchel           |
| ! FG32               | ! ZIG    |                           |
| ○ Michaela Diercke   |          | ○ Heinz Ellerbrok         |
| ! FG33               | ! ZIG1   |                           |
| ○ Ole Wichmann       |          | ○ Sofie Gillesberg Raiser |
| ! FG34               | ! BZgA   |                           |
| ○ Viviane Bremer     |          | ○ Oliver Ommen            |
| ! FG36               |          |                           |







	<p>Diskussion geografische Verteilung                  Inzidenz in Städten immer höher                  5 östliche BL (außer Berlin) aktuell niedrigste Inzidenzen                  Umkehrung des Geschehens in der 3. Welle                  SN: niedrigste Impfquote und sehr niedrige Inzidenz                  SH: Warum ist die Inzidenz hier aktuell so hoch, wie könnte dies erklärt werden?                  Hypothesen: Gesamtdurchseuchung, Tourismusbewegungen/ Urlaub, Ferienende                  SH war bisher relativ wenig stark betroffen, Akzeptanz der Maßnahmen ggf. gesunken                  Überlagerung vieler Aspekte ist möglich, dies sollte genauer untersucht werden, wird in Meldedatengruppe eingebracht                  Rückmeldung aus SH zu Inzidenzhöhe nennt drei Gründe                  Schulferien/ Urlaubsreisen                  Schulbeginn                  Sondersituation in besonderen Umfeldern                  Kollegen berichten, dass eine Verlangsamung des Anstieges sich andeutet</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Letztes Wochenende wurde ein gemeinsamer Einsatz mit der SEEG im Nordirak beendet, ZBS1 und ZIG4 haben diesen unterstützt, es ging um die Typisierung von VOC                  Diese Woche Einsatz zur Stärkung der Laborkapazitäten in Montenegro                  Heute beginnt ein Einsatz nach Namibia zur Fortführung der Stärkung regionaler Laborkapazitäten, inkl. Personalschulung</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p> <p>Folie <a href="#">hier</a>                  CWA                  Wird weiterhin beworben                  32 Mio. Downloads, 490.000 geteilte positive Ergebnisse                  Nächste Woche wird neue Version herausgegeben                  Weiterer Schritt in der Vereinbarung mit Luca zur Interoperabilität                  Heatmap wurde sehr erfolgreich 3-mal gepostet (Twitter)                  CWA-Twitter-Account                  Erreicht insgesamt viele und ist wichtige Plattform                  Nicht nur auf CWA bezogen, auch Möglichkeit RKI-Berichte sichtbarer zu machen (&gt;70.000 Views)                  In 2 Monaten 18.000 Follower                  Vorteil der Retweets durch große Accounts                  Stimmung in der community ist positiv, wenig negative Stimmen                  CovPass -App: 14 Mio. Downloads                  DEA                  ~45.000 Anmeldungen pro Tag                  Anpassung an Reise-VO wurde eingebaut, nächste Woche erneut Kommunikation hierzu</p>	<p>FG21</p>



<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Dokument <a href="#">hier</a>                  Anpassung der Risikobewertung, u.a. angesichts des raschen Anstiegs der Fallzahlen (30% pro Woche)                  Todesfallzahlen weiterhin niedrig, jedoch Anstieg intensivmedizinisch betreuter KKH-Aufenthalte                  Infektionsketten sind zunehmend weniger nachvollziehbar                  Noch stets gibt es Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen                  Anpassung der Formulierung zu den Varianten                  Verweis auf die unzureichende Impfquote                  Neuformulierung des Impfschutzes durch aktuelle Impfstoffe im Sinne von „guter Schutz auch vor schwerer Erkrankung (&gt;90%)“                  Wichtiger Schutz durch generelles Maskentragen</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Nichts zu berichten</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Wochenbericht gestern wurde durch Tweet zum Testen begleitet und positiv aufgenommen, Ansatz wird fortgesetzt                  RKI Social Media Team erfährt mehr negative Kommentare über Twitter als das CWA-team</p> <p><b>P1</b></p> <p>Nichts zu berichten</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Aktualisierung von zwei FAQs und zu FFP2  FAQ zu FFP2 <a href="#">hier</a>  Streichung missverständlicher Passage zum Dichtsitz  FAQ zu Masken <a href="#">hier</a>  Anpassung der Passage zur Übertragung in öffentlichen Innenräumen bezogen auf das Zusammentreffen von Personen mit unbekanntem Status  Geimpfte, die trotz Impfung infiziert sind (Impfdurchbrüche bei ca. 79%), scheiden Delta fast so aus wie ungeimpfte nicht alle geimpften die exponiert sind scheiden Delta aus, nur die, die Infektion erleiden, nur Impfdurchbrüche, wurde auch von PHE so dargestellt  STIKO empfiehlt 1 Dosis für Genesene, es sei denn, es sind immundefiziente Personen, die voraussichtlich nicht gut auf die Impfung ansprechen  Arbeitsplatz wird als öffentlicher Raum betrachtet, jedoch ist hier Risikobewertung möglich(er)  Neue Formulierung sowie weitere kleinere Anpassungen wurden abgestimmt</p>	FG14/alle
8	<p>Wenn ein Restrisiko bei Geimpften akzeptiert wird, sollte an anderer Stelle auch großzügiger mit Maßnahmen umgegangen werden (z.B. Schulklassen in Quarantäne)  Viruslast kommt von virologischen Daten, epidemiologische Daten stehen noch aus, aus KKH-Sicht besteht die Sorge, dass Geimpfte nach Delta-Kontakt ggf. auf medizinisch vulnerable Personen treffen, wie wird hiermit umgegangen, werden sie getestet auch wenn geimpft, oder nicht?  Bei Arbeit im KKH/ in diesem Setting sollte (generell mehr) getestet werden  Können Geimpfte/Genesene (in Bezug auf Delta) ohne Test ins Stadion, in den Club usw.  FG33 soll dies bitte anhand der vorhandenen Daten bewerten, bis Mittwoch den 24.08.</p> <p><i>ToDo: FG33 Bewertung der vorhandenen Daten bezüglich Maßnahmen bei Delta-Kontakt bei Geimpften/Genesenen</i></p> <p>Impfauffrischung  Wenn Nebenwirkungen der 3. Impfung nicht bedenklich sind, lieber früher als später Impfung um Transmission zu reduzieren  Menge Bestellter Influenza-Impfstoffe [ID4122]  Letztes Jahr war nicht genug Impfstoff verfügbar  Kontakt mit PEI, denen Bestellmengen gemeldet werden  25 Mio. Impfdosen, von welchen 10 Mio. Hochdosisimpfstoff, der vor allem für &gt;60-jährige indiziert ist, ca. 20 Mio. &gt;60-jährige! zu wenig Impfstoff  Bundesreserve ist geplant, aber deren Größe unbekannt  Impfkampagne wird intensiviert, diese soll im Herbst starten</p>	FG33



und auch zu COVID-19-Impfung aufrufen, BZgA ist involviert  
Bis dahin wird ggf. auch Ko-Administration anvisiert (aktuell  
wird zeitlicher Abstand empfohlen)

### **Impfstoffe**

RCT Biontech zu waning immunity, **Folien gerne noch hier ablegen**

Beobachtungszeitraum 6 Monate, Datenschluss Ende März,  
also vor Delta-Zirkulation

Gesamteffektivität von 92% bei  $\geq$  und  $<$  65-jährigen, inklusive  
Risikogruppen

Ergebnisse legen keine Unterschiede nach Alter oder  
Risikogruppen nahe

Stratifizierung nach Zeit: 6% Rückgang im Impfschutz alle 2  
Monate, bei 6 Monaten noch 84%

Schutz vor schwerem COVID-19 bei Delta-Variante war bei  
Biontech hoch bei zwei Impfungen

Schutz durch natürlich Infektion liegt bei ~73%, niedriger als  
bei Impfung

USA Kohorten-Studie

20.000 TN mit Biontech, 20.000 mit Moderna geimpft

Auswertung von Schutz vor Infektion

Dominanz im Juni-Juli war Delta

Schutz vor Infektion war bei Biontech geringer als bei  
Moderna, und generell niedriger als bei Alpha, Verhinderung  
von Infektion bei 50% (Biontech) bzw. 75% (Moderna)

Moderna hat höhere Dosierung, durch höhere Titer ggf.  
höherer Schutz

Schutz vor Hospitalisierung war bei beiden sehr hoch, 75-80  
(nach anderen Daten um die 90%)

Leichtes Waning ist zu beobachten, dies betrifft zunächst den  
Schutz vor Infektion

Moderna scheint etwas überlegen bezüglich der Erhaltung des  
Schutzes vor Infektion – passt auch zu israelischen Daten, UK-  
Daten lagen höher (79%)

Keine Daten zur waning immunity bei heterologem  
Impfschema (Astra und dann mRNA-Impfstoff), generell  
scheint dies gut zu funktionieren, in UK und Israel war dieses  
Schema eher eine Ausnahme

Fraglicher ist der Umgang mit 1-mal mit Jansen Geimpften  
Studien noch keine zum Waning und klinischer Wirksamkeit  
mit harten Endpunkten

Können wir noch sagen „bei Impfung keine Testung z.B. für  
Restaurantbesuche“? Bei der aktuellen Datenlage ja

### **STIKO**

Neues Stellungnahmeverfahren wird Montag geöffnet  
Impfung von Jugendlichen, da manche Impfstoffe ab 12  
zugelassen sind, wird abschließend diskutiert

Auffrischimpfung, hierzu viele Rückfragen aus den BL wegen  
GMK Beschluss, vieles ist noch zu klären (welche Gruppen,  
welcher Impfstoff, ab 80 Jahren?, in Alten- und Pflegeheimen?,  
zeitlicher Abstand)



	Evidenz wurde noch nicht aufgearbeitet, Indikation sollte klar stehen und sinnvoll sein (z.B. nicht auf drohendem Verfall von Impfstoff basieren)	
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte 51 Proben 2 weitere SARS-Nachweise aus 3 BL (kein Link vermutet) Rhinoviren und 0 Influenzaviren Influenza Update Südhalbkugel Es zirkuliert vor allem B Victoria Generell mehr Influenza als im Vorjahr Analysen durch WHO stehen noch aus Influenza scheint nicht so unterdrückt zu sein, dass die Daten nicht interpretierbar sind, diese liegen im 3-stelligen Bereich und ermöglichen Rückschlüsse</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>222 Proben, davon 54% positiv Außerdem 541 Proben über BECOSS-Studie (Corona Schulstudie Berlin) Aufdeckung der Übertragungswege im Schulkontext 3 Zeitpunkte sind zur Probenahme geplant Federführung durch Charité</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Delta-Variante (VL, Shedding) [Antwort auf Frage Krisenstab 04.08.2021, ID4089] Müssen die Empfehlungen angepasst werden, abhängig davon, wie lange relevante Ausscheidung von Delta belegt ist? Virus hat nach vorhandenen Daten initial eine höhere Viruslast aber generell keine höhere Ausscheidung im Vergleich zu herkömmlichen Varianten Empfehlungen werden so belassen, es besteht kein Grund, von den 14 Tagen als Entlasskriterium abzuweichen</p>	ZBS7
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Letzte Woche wurde berichtet, nichts Neues diese Woche</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG38





	Erlasse werden weiterhin auch von diversen Personen vom BMG (und nicht ausschließlich der dedizierten Email-Adresse) im RKI-LZ angenommen	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  Keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:47**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 18.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37	
!	Institutsleitung	o	Tim Eckmanns
o	Lars Schaade	!	FG 38
!	Abt. 1	o	Ute Rexroth
o	Martin Mielke	o	Claudia Siffczyk
!	Abt. 2	o	Petra v. Berenberg (Protokoll)
o	Thomas Ziese	!	MF4
!	Abt. 3	o	Martina Fischer
o	Nadine Litzba	!	P1
!	FG14	o	John Gubernath
o	Melanie Brunke	o	Esther-Maria Antão
!	FG17	!	P4
o	Barbara Biere	o	Susanne Gottwald
!	FG21	!	Presse
o	Wolfgang Scheida	o	Ronja Wenchel
!	FG 32	o	Marieke Degen
o	Michaela Diercke	!	ZBS7
!	FG 33	o	Claudia Schulz-Weidhaas
o	Thomas Harder	!	ZIG
!	FG34	o	Johanna Hanefeld
o	Viviane Bremer	!	BZgA
!	FG36	o	Heide Ebrahimzadeh- Wetter
o	Stefan Kröger		
o	Kristin Tolksdorf		
o	Silke Buda		







	<p>häufigsten getestet, mit dem geringsten Postivenanteil, dies scheint in Arztpraxen stattzufinden, da in Pflegeheimen PCR nicht erstattet wird</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die niedrigsten Testzahlen und der höchste Positivenanteil zeigen sich bei 5-14Jährigen, möglicherweise bedingt durch POCT- Testungen an Schulen, die dann erst zur PCR-Bestätigung kommen</li> <li>▪ Der Positivenanteil nach Altersgruppe und Woche liegt am höchsten bei 5-14Jährigen, gefolgt von 15-34Jährigen</li> <li>▪ Die Anzahl positiver Testungen/100.000 Einw. ist bei 15-34Jährigen am höchsten, gefolgt von den 5-15Jährigen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der VOC-&gt;Nachweise (ohne B.1.1.7)             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg von B.1.351 (Beta) auf mehr als 50 Nachweise (8%)</li> <li>▪ B.1.617 (Delta) überwiegt bei weitem</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg auf niedrigem Niveau</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Syndromische Surveillance (nur mittwochs) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang der ARE-Rate ist im Vergleich zur Vorwoche</li> <li>▪ Gesamtzahl jetzt &lt; 2 Mio (Vorwoche 2,2 Mio)</li> <li>▪ Hauptrückgang bei Kindern (5-14), aber auch Rückgang bei 15-34 und 35-59Jährigen, stabil bei &gt;60Jährigen</li> <li>▪ Anstieg bei 0-4Jährigen</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang der Rate auf 545/100.000 Einw. (450.000 Konsultationen)</li> <li>▪ Feriendichte ist weiterhin hoch</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niveau entspricht dem der Vorjahre</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (Biere)</p> <p>MF4 (Fischer)</p> <p>FG36</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg bei den 35-59jährigen</li> <li>▪ 15-34jährige befinden sich im oberen Bereich des erwarteten sommerlichen Niveaus</li> <li>▪ Anteil COVID unter SARI-Hospitalisierungen: Anstieg auf 20% aller Hospitalisierungen, bei ITS sogar auf 27%</li> <li>▪ SARI-Fälle mit/ohne COVID-19: 2.Woche in Folge Anstieg des SARI-Fälle mit COVID-Diagnose, insbesondere bei den 35-59jährigen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 neue Ausbrüche in Kindergärten/Horte, relativ ruhig in diesem Bereich</li> <li>▪ 32 neue Ausbrüche in Schulen, relativ niedrig, noch hohe Feriendichte</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 92 Einsendungen aus 25 Praxen in 13 BL</li> <li>○ 75% von &lt;15jährigen</li> <li>○ Virusnachweise in 65 Proben (71%)</li> <li>○ In KW 32 1 Sars-CoV-2 Nachweis (Baby)</li> <li>○ Kein Influenzanachweis</li> <li>○ Rhinoviren: 30% der Proben</li> <li>○ PIF 3: 30% der Proben</li> <li>○ RSV: Einige Nachweise (ggf. Beginn einer Welle)</li> <li>○ Endemische Coronaviren: OC43 sporadisch, kein Nachweis von NL 63</li> </ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19-Intensivpflichtige             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 597 Behandelte, 149 mehr als letzte Woche</li> <li>▪ Anstieg bin vielen BL</li> <li>▪ Anstieg in allen Behandlungsgruppen</li> </ul> </li> </ul>	<p>(Kröger)</p> <p>Kröger/Eckmanns</p> <p>Fischer</p> <p>Diercke</p> <p>Diercke</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Anstieg bei Erstaufnahmen: Ende Juli 20 pro Tag, jetzt 35-40 pro Tag</li> <li>○ Anteil der COVID-Patienten an Gesamtzahl ITS-Betten             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Besonders auffällige Anstiege: HH, HB, BE, NRW, RP</li> <li>▪ Anteil in 12 BL &lt; 3%, in 4 BL &gt; 3% (HH 5%)</li> </ul> </li> <li>○ Anteil Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg breitet sich von Westen her aus</li> </ul> </li> <li>○ Altersstruktur             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Von 91% aller gemeldeten Fälle übermittelt</li> <li>▪ 52,7% der Behandelten aus der Gruppe der &lt;60jährigen (letzte Woche 48%)</li> <li>▪ Altersmedian ist erstmals in die Gruppe der 50-59jährigen gesprungen</li> <li>▪ Die AG der 60-80jährigen nimmt prozentual ab</li> <li>▪ Relativ steiler Anstieg bei 40-49jährigen und &gt;80jährigen</li> <li>▪ 0-29jährige konstant niedrig</li> </ul> </li> <li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient:innen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg für Gesamtdeutschland prognostiziert</li> <li>▪ Deutlicher für Nord, West und Südwest, aber auch Aufwärtstrend für Süd und Ost</li> </ul> </li> <li>! <b>VOC/Delta-Variante (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trend bei Genomsequenzierung hat sich fortgesetzt. Delta liegt bei 98, 5%, Alpha nur noch bei 1,2%, Gamma 0,1 %, im Unterschied zu ARS-Daten keine Nachweise von Beta</li> <li>▪ Auch RKI-Testzahlerfassung und IfSG-Daten zeigen ähnliche Zahlen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Abgleich mit ARS-Daten und Klärung: Beta-Varianten müssten ja gemeldet werden, warum liegt hier eine Diskrepanz vor?</i></p>	<p>Schaade</p> <p>Mielke</p> <p>Mielke/ Schaade</p> <p>Rexroth/Siffc zyk</p>
--	--	--



- Verteilung aller VOC und VOI
  - Von Pangolin wurden 13 Delta-Sublinien (AY.1-13) definiert (nach Auftreten, nicht nach Eigenschaften)
  - Delta und Subvarianten dominieren
  - Vielfalt der Varianten nimmt weiterhin ab: nur 2 nicht VOC/VOI Varianten
  - B.1.621: von ECDC als VOI, von WHO bisher als „Alerts for Further Monitoring“ geführt, seit Januar in DE 74 Nachweise, max. 3/Woche, letzte Woche kein Nachweis
- Anteil der Genomsequenzierungen
  - Im globalen (12,62%) Vergleich ganz gut (4,69%)

**! Diskussion**

- Zahlen zeigen eindrücklich, wie weit RKI im Voraus ist, was die Indikatoren betrifft. Positivenrate hat letztes Jahr gut mit ITS-Belegung korreliert, ist das dieses Jahr auch so, ggf. früher durch stärkeren Eintrag aufgrund geringerer Hygienemaßnahmen beim Reisen?
- Zeichnen sich die 80+Jährigen, deren Zahl auf Intensivstationen zunimmt, durch bestimmte Eigenschaften aus?
- DIVI: Keine Details aus DIVI-Daten zu entnehmen, nur Alter, keine Informationen zum Grund der Aufnahme. Es wäre spannend, die DIVI-Zahlen mit den Meldedaten abzugleichen, dort müssten 40 ITS Fälle/Tag vorliegen
- M. Diercke zeigt Tabelle für den Wochenbericht vorab: In den letzten 4 Wochen wurden bei den >60Jährigen 1.555 Fälle mit vollständiger Impfung gemeldet, >1000 davon waren symptomatisch, 148 (14%) wurden hospitalisiert, 12 von 148 auf ITS, 14 verstarben
- Von insgesamt 3000 gemeldeten Fällen wurde also etwa 1/3 als Impfdurchbruch gewertet
- Frage: Wäre es sinnvoll darzustellen, welcher Anteil von den Ungeimpften hospitalisiert wurde, um zu zeigen, dass die Impfung Einfluss auf den Erkrankungsverlauf nimmt?

*ToDo: Nach Abstimmung des Wordings mit FG 33 (Harder) soll die*

	<p><i>Information zur Hospitalisierung Ungeimpfter in den Text zur Tabelle aufgenommen werden</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie könnte zur Erhöhung der Testzahlen in Arztpraxen aufgerufen werden? Bisher gute Presseresonanz über öffentlichen Hinweis (Tweet), würde Ansatz bei Berufsorganisation (Brief an die KBV/A. Gassen) darüber hinaus etwas bewirken?</li> <li>○ Vorschlag: Thema könnte (über Wochenbericht) zunächst auf Referentenebene angegangen werden, auf dieser Ebene könnte ggf. eine Einbindung von Herrn Gassen ebenfalls angesprochen werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Textentwurf durch M. Mielke, Abstimmung mit L. Schaade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bericht aus EpiLag-Telko zu Ausbruch in Hessen (hohe attack rate) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Altenheim im LK Bergstraße</li> <li>▪ 90% der Bewohner und 75% der Mitarbeiter vollständig geimpft</li> <li>▪ 14 Bewohner erkrankt, 2 verstorben</li> <li>▪ 4 von 86 Mitarbeitern positiv getestet, PCR-Bestätigungen stehen noch aus</li> <li>▪ Hauptsächlich Hochaltrige von Erkrankung betroffen</li> <li>▪ GA erbittet Amtshilfe, Verfahren ist angelaufen, detaillierte Untersuchung des Ausbruchs ist geplant</li> <li>▪ Weitere Berichterstattung folgt</li> </ul> </li> </ul>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen</p>	
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i> ! Nicht besprochen</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! Nicht besprochen</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p>	

	<p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In Vorbereitung sind ein Infoblatt zu Long COVID und ein Infoblatt für Jugendliche zur Impfung</li> <li>! Infoblatt für Eltern zur Impfung von Kindern liegt vor und wird abhängig von der Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung veröffentlicht.</li> <li>! Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung ist für diese Woche, spätestens Freitag geplant</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Welche Botschaften sind für den Tweet zum morgigen Wochenbericht wichtig? Vorschlag: Anstieg der Fallzahlen auf ITS und Hinweis darauf, dass die 4. Welle an Fahrt aufnimmt</li> <li>! Beides soll thematisiert werden</li> </ul> <p><i>ToDo: Kontaktaufnahme von Presse mit Silke Buda und Martina Fischer (bitte über Funktionspostfach) bzgl. Daten und Grafiken zu diesen Themen</i></p> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Geplant ist in Kooperation mit Testzahlerfassung ein Flyer mit Argumenten für die PCR-Pooltestung, Kapazitäten dafür sind vorhanden (Modellrechnung), Kosten übersteigen nicht die Kosten für Antigen-Testung, Implementierung ist (mit Motivation und Willen) machbar</li> <li>! Informationen und Hinweise dazu werden gern noch entgegengenommen</li> </ul> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie kann, ohne das Vertrauen in die Impfwirkung zu mindern, zur Testung auch vollständig Geimpfter aufgefordert werden?</li> <li>! Für symptomatische Geimpfte gibt es bereits die Testempfehlung</li> <li>! Wichtiger Anstoß, aber: Eine Testempfehlung auch für asymptomatische Geimpfte würde eine Anpassung des KoNa-Papiers nach sich ziehen, auch für den Zugang zu bestimmten Settings ist derzeit nicht Impfung plus Testung vorausgesetzt</li> <li>! Sollten nicht zumindest geimpfte Kontaktpersonen, die nicht in Quarantäne gehen müssen, getestet werden?</li> <li>! Ist eine Anpassung der KoNa-Empfehlungen bezüglich Delta</li> </ul>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Harder</p> <p>Wenchel</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>Kröger</p> <p>FG 36 (Buda)</p>
--	--	--

	<p>(Quarantänezeiten) nötig?</p> <p>! Hinweis aus AG-Diagnostik: Auf aktueller Datenbasis keine Evidenz für Quarantäneverkürzung, oder Änderung der Entlasskriterien, Daten zeigen bisher diesbezüglich keinen relevanten Unterschied zwischen Alpha und Delta</p> <p><i>ToDo: Überlegung, inwiefern eine Überarbeitung des KoNa- Dokuments bzgl. Testung von geimpften Kontaktpersonen notwendig ist</i></p> <p>! Vorschlag, den Auftrag auf Meldedatengruppe auszuweiten</p> <p>! Inkubationszeiten sind jedoch aus den Meldedaten schwer zu eruieren, da nur Erkrankungsbeginn, jedoch nicht Datum des Kontakts mit Quellfall erhoben wird</p> <p>! Könnte eine Subgruppe mit bekanntem Kontaktdatum herausgefiltert werden?</p> <p><i>ToDo: Klärung, inwiefern eine Information zur Inkubationszeit aus den Meldedaten zu entnehmen ist</i></p> <p>! Frage an die Modellierungsgruppe: Gibt es Kontaktdaten (nicht Mobilitätsdaten), die Unterschiede in den Kontakten für Ferien- und Schulzeiten zeigen?</p> <p>! Ein „Kontaktindex“ wird verwendet, er zeigt die Anzahl von Kontakten auch in kleinräumigen Zellen, jedoch ohne Information, ob die Personen sich kennen, es ist unklar, ob daraus valide Aussagen gemacht werden können</p> <p>! Mobilitätswerte unterscheiden sich in Ferien- und Schulzeiten, auch hier ist nicht bekannt, ob die Mobilität zu Unbekannten oder sich Kennenden stattfindet</p> <p>! Frage: Wie ist die Haltung des RKI zum Genesenen-Status?</p> <p>! Die Definition entsprechend der Ausnahmereverordnung (COVID-19- SchAusnahmV) gilt und dies sollte so oft wie möglich kommuniziert werden:</p> <p>„Eine genesene Person ist eine asymptomatische Person [...] im Besitz eines Nachweises hinsichtlich des Vorliegens einer vorherigen Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 in deutscher, englischer, französischer, italienischer oder spanischer Sprache in verkörperter oder digitaler Form, wenn die zugrundeliegende Testung durch eine Labordiagnostik mittels Nukleinsäurenachweis (PCR, PoC-PCR oder weitere</p>	<p>FG 32 (Diercke)</p> <p>Gottwald</p> <p>FG 33 (Harder)</p>
--	--	--

	<p>Methoden der Nukleinsäureamplifikationstechnik) erfolgt ist und mindestens 28 Tage sowie maximal sechs Monate zurückliegt“</p> <p>! Zeitabhängigkeit sollte weiterhin betont werden, dafür liegen Daten vor, anamnestische Hinweise und AK-Nachweise reichen nicht aus</p> <p>! Derzeitige STIKO-Empfehlung ermöglicht eine Impfung bereits 4 Wochen nach Ende der Symptomatik, empfiehlt jedoch „in der Regel 6 Monate nach der Infektion“. Langfristig sollte der Genesenen-Status dadurch abgeschafft werden, dass frühzeitiger geimpft wird</p> <p>! Dies würde auch einen Arztbesuch/PCR-Testung bei Symptomatik fördern, um den Vorteil einer vollständigen Impfung durch eine zeitnahe einmalige Impfung zu erlangen</p> <p><i>ToDo: Einbringen des Themas „Empfehlung eines kürzeren Zeitabstands zwischen Infektion und einmaliger Impfung“ in die Diskussion der STIKO (bei Gelegenheit, ohne Deadline)</i></p>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
7	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
9	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZBS7
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37

<b>12</b>	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG37
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Keine vermerkt	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 20.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:09 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 20.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Tim Eckmanns
o Lars Schaade	! FG38
! Abt. 1	o Ute Rexroth
o Martin Mielke	o Maria an der Heiden
! Abt. 2	o Ulrike Grote
o Thomas Ziese	o Claudia Siffcyk
! Abt. 3	o Renke Biallas (Protokoll)
o Nadine Litzba	! ZBS7
! FG14	o Michaela Niebank
o Melanie Brunke	! ZBS1
! FG17	o Janine Michel
o Janine Reiche	! P1
! FG21	o Ines Lein
o Wolfgang Scheida	! Presse
! FG32	o Marieke Degen
o Michaela Diercke	o Ronja Wenchel
! FG33	! ZIG1
o Ole Wichmann	o Luisa Denkel
! FG34	! BMG
o Viviane Bremer	o Niklas Kramer
! FG36	! BZgA
o Silke Buda	o Martin Dietrich
o Udo Buchholz	







TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Überwiegend gleiche Länder wie letzte Woche; anstatt Türkei nun Malaysia in Top 10 Steigerung der Fallzahlen in USA, Iran, Thailand, UK Fall- und Todeszahlen, weltweit: Hohe Inzidenzen auf allen Kontinenten/in allen WHO-Regionen Anzahl der Fälle stagniert, aber Zunahme in den Regionen Western Pacific (+14%) und Americas (+8%) Anzahl der Todesfälle stagniert, aber Zunahme in Western Pacific (+3%) und Eastern Mediterranean (15%) Entscheidung in der Schalte zu den Risikogebieten 19.08.2021: Virusvariantengebiete (Gamma) Brasilien und Uruguay ab kommenden Sonntag, 0 Uhr entlistet COVID-19 / Neuseeland: Am 17.08.2021 ein bestätigter Fall der Delta-Variante; nun zunehmendes Ausbruchsgeschehen. Stand 19.08.2021 waren 21 Folgefälle bestätigt und es werden weitere Fälle erwartet, &gt;2.400 KP. Mindestens 1 Fall hat keine Verbindung zum Indexfall. Ein landesweiter Lockdown bis mind. 24.08.2021, 23:59 wurde verhängt Weiterhin befinden sich die Region Auckland und The Coromandel für 7 Tage in einem Lockdown Es gibt auch eine Verbindung zu den neu auftretenden Fällen in Australien COVID-19 / Israel: Anstieg der Fälle mit Delta Variante seit Ende Juni, damit einhergehend ein Anstieg von Krankenhausaufnahmen (Stand 19.08.2021: 603 schwere und 103 kritische COVID-19 Fälle) Der sogenannte „Green Pass“ (3G) sowie eine Ausweitung der Testpflicht auf 3-11-Jährige wurden (erneut) eingeführt Die Kosten für Test müssen von Personen ohne Impfung selbst übernommen werden Anstieg der Fallzahlen wird auf mehrere Gründe zurückgeführt u.a. Anstieg der Delta Variante, Reduktion der Impfstoffeffektivität und Nachlassen der Impfbereitschaft. Booster Impfung: Israel: Eine Booster-Impfung wird bei Personen &gt;50 Jahren, Personen mit Grunderkrankungen und Gesundheitspersonal durchgeführt USA: CDC Advisory Committee on Immunization Practices kündigt Booster-Impfungen ab 20.09.2021 für alle Personen, 8 Monate nach Gabe der 2. Impfdosis an (Mitarbeitende im Gesundheitswesen, Bewohner / Bewohnerinnen von Pflegeeinrichtungen, Ältere Menschen)</p>	ZIG 1 (Denkel)

*Diskussion:*

Beindruckend, wie hoch die Testraten sind. Deutschland hat im Vergleich zu anderen Ländern eine niedrigere PCR-Testrate. Cave: bei den Daten geben Länder teilweise auch Antigentest mit an, Deutschland meldet nur PCR-Tests.

**National**

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

SurvNet übermittelt: 3.853.055 (+9.280) Fälle, davon 91.956 (+13) Todesfälle

7-Tage-Inzidenz 48,8/100.000 Einw.

Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 53.066.487 (63,8%), mit vollständiger Impfung 48.652.173 (58,5%)

Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer

1. Weiterhin steigende Inzidenz
2. Anstieg in HH, BE und SH hat sich verlangsamt, steiler Anstieg in NW, SL. Insgesamt West-Ost Gefälle.
3. Regionale Unterschiede wahrscheinlich durch unterschiedliche Schulferien/Teststrategie begründet

Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz

4. Anzahl LK mit Inzidenz >50 steigt weiter an (+28)
5. Anzahl LK mit Inzidenz >100 steigt weiter an (+11)

Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe

6. Bei >60 Jährigen 1,45/100.000 Einw.
7. Insgesamt 1,3/1000.000 Einw.

Neuer Bericht „[COVID-19 Trends im Überblick](#)“ ist nun online und wird nun immer am Donnerstag veröffentlicht

8. Daten unterstützen den Wochenbericht und können interaktiv genutzt werden
9. Ergänzungen zum Dashboard
10. Stratifizierung nach BL und Altersgruppen möglich

Derzeit kann keine Übersterblichkeit beobachtet werden

*Diskussion:*

Es wird angemerkt, dass der unter der Überschrift „Krankheitsschwere“ nicht alle Indikatoren direkt Aufschluss auf die Schwere der Krankheit geben, aber eher die Belastung des Gesundheitswesens darstellen (v.a. ITS Auslastung).

FG32  
(Diercke)

FG 38



führen. Unter der derzeitigen personellen Belastung und akuten Situation, sowie rechtlicher Anforderungen (Ethikvotum) wurde dies jedoch in der jetzigen Situation als nicht angebracht oder durchführbar befunden. Es kann weiterhin überlegt werden, ob eine grundsätzliche Empfehlung zur Bestimmung von AK bei vergleichbaren Ausbruchsgeschehen machbar ist

### **Überarbeitung ControlCOVID Strategie (21.07.21)**

Aktueller Stand 20.08.2021

Folien zur Präsentation [hier](#)

In Kapitel 6. wird ein aktualisiertes Stufenkonzept präsentiert. Es werden die drei Leitindikatoren (7-Tage Inzidenz, 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz, % COVID-IST Fälle) und entsprechende Grenzwerte in der jeweiligen Stufe (Basis, 1, 2) präsentiert. Zur Aufstufung müssen bei mind. zwei der drei Leitindikatoren die jeweiligen Kriterien / Werte über 3 aufeinander folgenden Tagen beobachtet werden. Wichtig: Basismaßnahmen (z.B. CWA, AHA-Regeln) gelten in jeder Stufe und in jedem Setting

Maßnahmenoptionen in verschiedenen Settings und Stufen werden in Abbildung 2 aufgeführt. Die Berücksichtigung der 3-G Regelung in fast allen Stufen und Settings integriert Hoch-Risiko Settings (z.B. Alten- und Pflegeeinrichtungen) benötigen möglicherweise zusätzliche Maßnahmen (z.B. NAT Tests trotz vollständiger Impfung)

Annahme des Plans: Nicht jede Infektion kann verhindert werden, aber die Vermeidung schwerer Krankheitsverläufe, sowie die Reduktion der Ansteckung bei Personen mit hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf können erreicht werden

#### **Zusätzlich Hinweise:**

Leitindikatoren sollten nicht auf Land- oder Stadtkreisebene betrachtet werden, da z.B. die Hospitalisierungsrate oder ITS Belegung von den Standorten der Krankenhäuser abhängt. Eine Betrachtung auf Bundeslandebene wird jedoch als sinnvoll erachtet.

Sollten die 3G Regeln nicht gewährleistet werden können, sollten Personen durch weitere Maßnahmen geschützt werden (z.B. Lüftung, Reduktion der Personenzahl etc.). Auch bei der Einhaltung der 3G Regeln sollten sich bei zunehmenden Infektionsdruck Personen nur mit negativen Testergebnis treffen.

Grundlage der Empfehlungen der STIKO zu Impfungen von Kindern und Jugendliche (Modellierung) werden noch im Text integriert. Diese finden sich in dem noch nicht veröffentlichten Anhang.



	<p><i>Diskussion:</i></p> <p>Es wird angemerkt, dass ein 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz-Grenzwert von 2 möglicherweise nicht ausreichend sensitiv für eine Eskalation der Maßnahmen ist.</p> <p>Die Einschätzung zu den Maßnahmen in Pflegeeinrichtungen sollte mehr ausgeführt werden, da im Moment auch die Pflegenden selbst vermehrt von der Erkrankung betroffen sein können. Eine Sensibilisierung zu dem Thema, um auch auf sinnvolle Testregimes hinzuweisen, wird als wichtig erachtet.</p> <p>In einer ausgiebigen Diskussion zu Maßnahmen und Eskalationsstufen in Bars &amp; Clubs sowie beim Singen in Gruppen in Innenräumen haben sich die Teilnehmenden auf eine Anpassung der Maßnahmen in Stufe 2 geeinigt. Es wurde – vor dem Hintergrund des höheren Infektionsgeschehens in diesen Settings – darauf hingewiesen, dass als endgültige Eskalation eine Schließung erwogen werden sollte. Daher wurde die Maßnahme in Stufe 2 dementsprechend angepasst. Anschließend wurde über weitere Aspekte diskutiert. Die daraus entstandenen Änderungen bzw. umzusetzenden Änderungen sind unter „To Do“ aufgeführt.</p> <p>Das Ziel des Strategieplans wird kurz wiederholt und darauf hingewiesen, dass sich dieses im Absatz 3 der Einleitung wiederfindet.</p> <p>Es wird auf wichtige Rolle des ÖGD hingewiesen und betont, dass das Containment und die KoNa weiterhin wichtige Elemente im Infektionsschutz sind.</p> <p>Es wird in der Diskussion verdeutlicht, dass der Anstieg der Fallzahlen auf bestimmte Verhaltensweisen in bestimmten Personengruppen zurück geht (z.B. Reisen, Großveranstaltung, Feiern), während andere da eher weniger Relevanz haben (z.B. Einzelhandel, KiTas).</p> <p>Es wird darauf hingewiesen, dass Entscheidungen und Empfehlungen stets werteneutral und evidenzbasiert sein sollten. Der ÖGD verlässt sich stark auf die Empfehlungen des RKI und nutzt diese auch zur externen Rechtfertigung</p> <p><i>To Do für FG36:</i></p> <p>Die Corona Warn App (CWA), wird zwar als Basismaßnahme in dem Strategieplan aufgeführt, könnte aber auch in der Tabelle zu den Maßnahmen in Settings aufgenommen werden (z.B. durch Bulletpoint). Hier soll auch auf die CheckIn Funktion der App hingewiesen werden.</p> <p>Unter den generellen Empfehlungen bitte darauf eingehen, dass Erkrankte auch ohne typische COVID-19 Symptome sich testen lassen und daheim bleiben sollen.</p> <p>Der Aspekt „Reisen“ sollte weiter ausgeführt bzw. sichtbarer gemacht werden.</p>	<p>FG 32 &amp; 33 (Diercke)</p>
--	---	-------------------------------------

	<p>Bitte in der Einleitung darauf hinweisen bzw. ausführen, dass das Infektionspotential unterschiedlich hoch in unterschiedlichen Settings ist. Daraus ergibt sich auch die „Härte“ der gewählten Maßnahmen. KoNa-Management Papier kritisch auf eine Revision prüfen und ÖGD zur Priorisierung ermutigen, sowie weitere Unterstützungsmöglichkeiten prüfen. Nächste Schritte: FG36 finalisiert das Dokument. Anschließend schickt Herr Schaade es an das BMG.</p> <p><b>Impfeffektivität im Wochenbericht:</b></p> <p>Vermeehrt Anfragen aus Politik und Medien zu Impfdurchbrüchen bei hospitalisierten bzw. auf ITS liegenden Patient:innen. Anzahl Impfdurchbrüche in den letzten Wochen gestiegen, wobei der Anteil der Impfdurchbrüche derzeit unterschätzt sein könnte Finale Abstimmung mit FG 33 ist erfolgt. Der aktualisierte Wochenbericht wird am Nachmittag (20.08.2021) mit einem Abschnitt zur Infektiosität veröffentlicht</p> <p><i>To Do:</i> Vergleich Daten DIVI Register und RKI; Austausch initiiert</p>	
2	<p><b>Internationales</b></p> <p>Sonntag beginnt eine Unterstützungsmission nach Usbekistan. Hauptsächlich unter der Beteiligung der Charité, aber auch eine ZIG 1 Mitarbeitende. Die Mission unterstützt bei der COVID-19 Situation vor Ort. In Namibia wurde in einem Labor in Walvis Bay die PCR Diagnostik etabliert. Hier waren Mitarbeitende auf ZIG 1 und ZIG 4 aktiv. In Montenegro wurde durch Unterstützung von ZIG4 das Whole Genome Sequencing Verfahren etabliert. <i>Erste Analysen detektierten alle die Delta Variante.</i></p>	ZIG (Denke)
3	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Vermehrte Nutzung und Interesse an den digitalen Tools / Apps. Downloads steigen weiterhin und auch die Nutzung der DEA nimm zu (derzeit 90k Anmeldungen pro Tag). Eine neue Version der CWA ist nun verfügbar und ein Podcast zur Klärung von Fragen und der Erläuterung von neuen Funktionen (z.B. Warnung kurz vor Ablauf des Zertifikats) wird organisiert (TN aus FG32, FG23 und SAP)</p>	FG21 (Scheida)
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p>	



	<p><b>Presse</b></p> <p>Begleitend zum Wochenbericht wurde zur Belegung auf den Intensivstationen gewittert Es wurde der neue Trendbericht angekündigt</p> <p><b>P1</b></p> <p>Kein Bericht</p>	<p>Pressestelle</p> <p>P1 (Lein)</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Nicht besprochen</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! Kein Bericht</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>STIKO Empfehlung zur Kinder- und Jugendimpfung wurde veröffentlicht (<a href="#">hier</a>) Eine Empfehlung zur Booster-Impfung wird erarbeitet. Es gibt derzeit mehr Publikationen / Daten zur Wirksamkeit - bei Dominanz der Delta-Variante - der vorhandenen Impfstoffe. Diese scheint abzusinken, aber ein Schutz ist weiterhin gegeben (z.B. Comirnaty auf ca. 80%) BMG plant Aktionswoche zum Impfen im September. Konzept wurde bereits erstellt und liegt dem Corona-Kabinett vor.</p>	<p>FG33 (Wichmann)</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologische Surveillance von Influenza hatte 69 Proben erhalten und untersucht (Stand KW. 33) Davon: 1 SARS-CoV positiv; weibl. 10 Jahre alt 0 Nachweise auf Influenza 3 Nachweise RSV 2 HMPV</p>	<p>FG17</p>

	<p>7 Nachweise auf OC434 18 Nachweise auf Parainfluenza 21 Nachweise auf Rhinovirus</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>353 Proben, davon 136 positiv (38,5%) Anzahl der Proben nimmt zu und die GÄ wurden darüber informiert, dass nun nicht mehr routinemäßig auf Varianten untersucht wird</p> <p><b>Kommentar AL1:</b></p> <p>KV wurden kontaktiert: Es soll einen Infobrief für niedergelassene Ärzt:innen zum Thema Herbst/Winter und Testung von Geimpften.</p>	ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Das BMG versucht die Information zur Anwendung von monoklonalen AK zu verbreiten</p>	Niebank
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>! Kein Bericht</p>	FG37
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>! Kein Bericht</p>	FG37
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>! Die großen Flughäfen (BER, FFM) befassen sich derzeit mit den Flügen aus Afghanistan. In Frankfurt werden Tests durchgeführt, aber auch Überlegungen bezüglich weiterer Faktoren (z.B. medizinische Versorgung, Mental Health) werden angestellt.</p>	FG38 (an der Heiden)
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>Weiterhin hohe Arbeitslast; IK weiterhin Schwierigkeiten die Schichten zu besetzen (weiterhin Urlaubszeit im Haus) Große Anzahl an Anfragen zu ähnlichen Themen aus dem BMG für FG32, FG33 &amp; FG36; oft sind die Anfragen vom BMG aus unkoordiniert</p>	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>! Keine vermerkt</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:58 Uhr**





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 25.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG33
! Institutsleitung	o Thomas Harder
o Lars Schaade	! FG34
	o Viviane Bremer
! Abt. 1	o Andreas Hicketier
o Martin Mielke	! FG36
! Abt. 2	o Silke Buda
o Thomas Ziese	o Stefan Kröger
! Abt. 3	! FG37
o Osamah Hamouda	o Tim Eckmanns
o Tanja Jung-Sendzik	! FG38
o Janna Seifried	o Ute Rexroth
! FG11	! ZBS7
o Sangeeta Banerji (Protokoll)	! P1
! FG14	o Christina Leuker
o Marc Thanheiser	! Presse
! FG17	o Marieke Degen
o Barbara Biere	! ZIG
! FG21	o Johanna Hanefeld
o Wolfgang Scheida	! BZgA
! FG32	o Heide Ebrahimzadeh- Wetter
o Michaela Diercke	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.889.173                      (+11.561), davon 92.061 (+39) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 61,3/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 53.530.526 (64,4%),                      mit vollständiger Impfung 49.408.003 (59,4%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Starker Anstieg in NRW, und Anstiege in Saarland, SH,                      Bremen, Fallend in Hamburg, Meck-Pom, Brandenburg und                      Berlin                      Geografische Verteilung: Höchste Inzidenz in SK Leverkusen                      (228,4/ 100.000 EW), höhere Inzidenzen im Westen und                      Süden Deutschlands                      Verlauf nach Alter: Höchste Inzidenz aktuell in der                      Altersgruppe 10-24 Jahre                      Inzidenz nach Hospitalisierung: a) Geografisch: im Süden                      jüngere Gruppen betroffen (10-19 und 20-29 Jahre), in NRW                      auch berufstätige Altersgruppen betroffen b) nach                      Altersgruppe: Anstieg der Hospitalisierungsrate in den                      Altersgruppen Ü80 und 35—49 und 15-34 Jahren.                      Testkapazität und Testungen, Folien <a href="#">hier</a> (nur mittwochs)                      2,2 Mio Testkapazität, 680000 wurden durchgeführt.                      Anstieg der Anzahl PCR Tests und der Positivenrate (nun bei                      7,9%)                      ARS-Daten, Folien <a href="#">hier</a>                      Länderspezifische Daten zur Anzahl durchgeführter Tests und                      der Positivenrate                      Hinweis darauf, dass bei deutlichem Rückgang der Testzahlen,                      ein Anstieg der Positivenrate nicht aussagekräftig ist, z.B. in                      Berlin                      In NRW gibt es einen deutlichen Anstieg der Positivenrate bei                      deutlich gesteigerten Testraten, wobei in erster Linie                      Schulkinder vermehrt getestet werden (Anmerkung aus                      Krisenstab: Es gab in NRW 3% positive PCR Pooltests, was die                      erhöhte Testrate erklären könnte)                      15% Postivenrate in Arztpraxen, Ü80 wird kaum in Arztpraxen                      getestet, sondern eher in Altenheimen                      Leichte Zunahme bei den Ausbrüchen in Altenheimen und                      Krankenhäusern                      Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a> (nur mittwochs)                      2,4 Mio ARE Fälle, betrifft alle Altersgruppen                      480000 Arztbesuche wegen ARE                      SARI: kontinuierlicher Anstieg bei der Altersgruppe 35-59</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Buda)</p>

	<p>Jahren  18% COVID bei SARI und 31% COVID bei den Intensivfällen  Kitaausbrüche: 50% sind Kinderbetroffen  Schulsausbrüche: Schleswig-Holstein übermittelt die meisten Ausbrüche  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)  Folien <a href="#">hier</a>  108 Einsendungen mit einer Positivenrate von 71%, davon 4% SARS, 30% Rhinoviren und 7% RSV  Relativ viele Mehrfachinfektionen: 11 Doppelinfectionen und 1 Tripleinfektion = 11% (letzter Saisondurchschnitt: 3%)  Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien <a href="#">hier</a> (<i>nur mittwochs</i>)  Anstieg der COVID-Intensivpatienten auf 807, fast alle Bundesländer vom Anstieg betroffen, z.B. Hamburg  50-59-Jährige haben den höchsten Anteil  Prognosen deuten auf starke Auslastung hin</p> <p>! VOC Bericht, Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 99,9% Delta Variante</li> <li>o Es wurden 15 Sublinien von Delta definiert, in Abhängigkeit von Verbreitungsaspekten</li> </ul> <p>! Inzidenz nach Impfstatus</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Höchste Inzidenz bei Population ohne vollständige Impfung (53,1 /100.000 EW)</li> <li>o Höchste Fallzahlen Hospitalisierung, ITS Fälle und Verstorbene ebenfalls bei Population ohne vollständige Impfung</li> </ul> <p><b>ToDo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Sonderauswertung für EpiBull oder anderes Format (1 Mal monatlich): Stratifizierung nach Impfstatus für 4. Welle (Thomas Harder, Andreas Hicketier)</b></li> <li>2. <b>Genauere Betrachtung der Altersgruppen der Kinder: Ergebnis in den Verteiler und am Freitag zur Diskussion (Diercke)</b></li> <li>3. <b>Ermitteln, warum wiederholt sehr hohe Inzidenz im LK Rosenheim. Dazu LGL Bayern nach Information anfragen (Rexroth)</b></li> </ol>	<p>FG 17 (Biere)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.</li> </ol>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	FG21



4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><i>ToDo:</i> Überarbeitung am Wochenanfang zirkulieren und am Mittwoch in den Krisenstab (Rexroth)</p>	Abt. 3
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Kein Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Themen zur Kommunikation angefragt. Ergebnis: Weiterhin hohe Wichtigkeit der Inzidenz hervorheben, da sie der Hospitalisierung vorangeht, dazu Heatmap und eine Grafik zur Steigenden Inzidenz nutzen</p> <p><b>P1</b></p> <p>Diskussion 1: Da aktuell angesichts ausreichendem Impfstoffangebot die Pandemie von einigen Meinungsbildnern für beendet erklärt wird, soll verdeutlicht werden, dass noch immer 40% der Bevölkerung ungeimpft und damit vulnerabel ist und daher mit einer hohen Hospitalisierungsrate zu rechnen ist, wenn alle Maßnahmen wegfallen sollten. Die Gruppe der Ungeimpften soll mit Hilfe einer Abbildung näher beschrieben werden.</p> <p>Diskussion 2: Da es Stimmen gibt, die sich für eine Durchseuchung der Kinder aussprechen, weil diese überwiegend einen milden Verlauf haben, sollte in einem Papier dargestellt werden, welche langfristigen Auswirkungen die Erkrankung auf Kinder haben kann. Es sollte auch kommuniziert werden, dass sehr wahrscheinlich in wenigen Monaten ein Impfstoff auch für die jüngsten Altersgruppen zur Verfügung stehen wird, so dass eine Weiterführung der aktuellen Beschränkungen nur noch für einige Monate notwendig sein wird bzw. ein Ende absehbar ist.</p> <p>Es wurde folgender Link zur Situation der Kinder in den USA vom Krisenstab geteilt:  <a href="https://edition.cnn.com/2021/08/07/health/children-covid-19-protection/index.html">https://edition.cnn.com/2021/08/07/health/children-covid-19-protection/index.html</a></p> <p><b>ToDo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Grafische Darstellung:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>der Zusammensetzung der ungeimpften Population (3,3 Mio. primäre Impfversager, Nicht-Impffähig: Einzelpersonen, Anteil Kinder unter 12 Jahren usw.)</b></li> <li>b) <b>Fallsterblichkeit, Komplikationsrate nach Altersgruppen bei den Ungeimpften</b></li> </ol> </li> </ol> <p><b>Botschaft der Grafik:</b>  <b>Noch immer große Gruppe Ungeimpfter führt zu hoher</b></p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Leuker)</p>

	<p><b>Hospitalisierungsrate &amp; impfen lassen, wenn möglich!</b>  <b>Umsetzung: Leuker (Federführung) in Zusammenarbeit mit Eckmanns, Mielke, Harder, Buda</b></p> <p>2. <b>Editorial/ Meinungsdarstellung, ca. 2-3 DIN A4 Seiten zu Burden of Disease von SARS-CoV-2 bei Kindern gemäß Diskussion im Krisenstab. Möglichst schnelle Umsetzung, da in einigen Monaten nicht mehr relevant</b></p> <p><b>Federführung: J. Seifried, Einbindung von FG36, Abt.2, Eckmanns und Oh</b></p>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>! Fokussierung der Kontaktpersonen- Nachverfolgung, da Länder aufgrund von Kapazitätsengpässen bereits eigene Anpassungen vornehmen</p> <p><b>ToDO:</b></p> <p>1. <b>Überarbeitung des KoNa-Papiers (Buda, Kröger: bereits zugesagt, es existiert wohl schon eine Deadline)</b></p> <p><b>RKI-intern</b>  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p><b>STIKO</b>  xxx</p>	<p>FG33</p>
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##  Proben, davon:  ## SARS-CoV-2  ## Rhinovirus  ## Parainfluenzavirus  ## saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63)  ## Metapneumovirus  ## Influenzavirus  Rest negativ</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



	<b>ZBS1</b> In KW ## bisher ## Proben, davon ## positiv auf SARS-CoV-2 (## %)	
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
12	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i>	FG38
14	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i>	FG38
15	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
16	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 27.08.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 27.08.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
! Institutsleitung	o	Tim Eckmanns
o Lars Schaade	!	FG 38
! Abt. 1	o	Maria an der Heiden
o Martin Mielke	o	Ute Rexroth
! Abt. 2	!	P1
o Thomas Ziese	o	Esther-Maria Antao
! Abt. 3	o	John Gubernath
o Osamah Hamouda	!	P4
o Tanja Jung-Sendzik	o	Pascal Klamser
o Janna Seifried	!	P5
! ZIG	o	Max von Kleist
o Johanna Hanefeld	!	Presse
! FG14	o	Jamela Seedat
o Marc Thanheiser	o	Susanne Glasmacher
! FG17	!	ZBS1
o Thorsten Wolff	o	Janine Michel
! FG21	!	ZBS7
o Wolfgang Scheida	o	Michaela Niebank
! FG 33	!	ZIG1
o Ole Wichmann	o	Sofie Gillesberg Raiser
o Thomas Harder	!	BZgA
! FG34	o	Heide Ebrahimzadeh- Wetter
o Andrea Sailer (Protokoll)		
! FG36		
o Stefan Kröger		
o Silke Buda		





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ USA ist weiterhin an 1. Stelle.</li> <li>○ Steigerung der Fallzahlen in USA, UK, Japan, Malaysia</li> <li>○ Neu auf Liste ist Japan mit sehr dynamischem Infektionsgeschehen           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ seit gestern fast alle Regionen in state of emergency</li> <li>▪ Testpositivitätsrate von 19%</li> <li>▪ fast 50% der Fälle zwischen 20 und 30 Jahre alt</li> <li>▪ Kontaminierung von Moderna-Impfstoff: mussten &gt;1 Mio. Dosen aus dem Verkehr nehmen</li> </ul> </li> </ul> <p>Fall- und Todeszahlen, weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Global Stagnierung der Fallzahlen, aber Zunahme in den Regionen Western Pacific (+20%) und Americas (+8%)</li> <li>○ Steigerung Todesfälle weiterhin in Europa (+11%) und Americas (+10%)</li> </ul> <p>! 7-Tages-Inzidenz weltweit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Afrika insgesamt Rückgang des Infektionsgeschehens</li> </ul> <p>! 7-Tages-Veränderung der Fallzahlen weltweit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In westafrikanischen Ländern Steigerung der Fallzahlen, dort auch Ebola, Marburg Fieber und Cholera Ausbrüche.</li> <li>○ In Europa: Steigerung der Fallzahlen in den Balkanländern und Norwegen.</li> </ul> <p>! Übersicht Virusvarianten, weltweit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 3 neue Länder, die Alpha und 7 neue Länder, die Delta berichtet haben.</li> </ul> <p>! Gibt es einen Grund für den Anstieg im Vereinigten Königreich?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg in Schottland: vor 2 Wochen Ferienende, in Schottland höchste Zahlen bisher überhaupt, in England in einer Woche Ferienende</li> </ul>	<p>ZIG 1          (Gillesberg Raiser)</p> <p>FG32          (Hamouda)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine klaren Hygienekonzepte in Schulen, Auswirkungen von Mobilität in den Ferien</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 3.913.828 (+12.029), davon 92.096 (+14) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 70/100.000 Einw.</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 53.719.354 (64,6%), mit vollständiger Impfung 49.659.889 (59,7%)</li> <li>○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am höchsten in NRW, am niedrigsten in Sachsen-Anhalt</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 52 LK mit Inzidenz &gt; 100 (13%), 182 LK mit Inzidenz zwischen 50 und 100</li> <li>▪ Höchste Inzidenz in Wuppertal, insg. 4 LK mit Inzidenz knapp unter bzw. über 200</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen in Großstädten in Düsseldorf, Dortmund, Köln, Essen; nur Dresden und Leipzig hat noch eine Inzidenz &lt; 50.</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesland             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Unruhiger Verlauf der Kurve</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In 2. Welle waren Hochaltrige stark betroffen.</li> <li>▪ Hospitalisierungsinzidenz bei Hochaltrigen steigt wieder etwas an.</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach Altersgruppe             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Am höchste bei &gt; 80 Jährigen, dann folgen die 40-49 und 30-39 Jährigen.</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl Hospitalisierte nach Meldewoche             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bei 40-49 Jährigen am höchsten, gefolgt von 30-39 und 50-59 Jährigen.</li> <li>▪ Betrachtet man nur die jüngeren AG ist die Anzahl der</li> </ul> </li> </ul>	<p>Schaade</p> <p>Schaade</p>
--	---	-------------------------------

	<p>30-39 Jährigen am höchsten.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Sterbefallzahlen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Moment noch keine bedeutsame Entwicklung.</li></ul></li></ul> <p>! Die meisten Krankenhausfälle in absoluten Zahlen sind im Moment unter den 30-49 Jährigen zu finden. Sollte das kommuniziert werden mit dem Ziel die Impfbereitschaft zu erhöhen?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Herdenimmunität als Argument ist gesättigt, stattdessen Impfen als Selbstschutz.</li><li>○ Absolute Zahlen sind allerdings nicht sehr groß.</li><li>○ Auf LK-Ebene: einzelne LK haben bei kleinen absoluten Zahlen bedeutsame Inzidenzen. Interpretation der Hospitalisierungsinzidenz ist nicht trivial.</li><li>○ Es sollte zeitnah gezeigt werden, dass ein Anstieg der 7-Tages-Inzidenz einen Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz nach sich zieht.</li><li>○ Für einige Regionen z.B. in NRW könnte dargestellt werden, inwieweit die Inzidenzen korrespondieren. Es sollten Regionen gewählt werden, die dies auch wollen.</li><li>○ In Hamburg kann man diesen Zusammenhang gut sehen. Dort besteht auch Interesse an einer Auswertung.</li></ul> <p><i>ToDo: Zusammenhang 7-Tages-Indzidenz – Hospitalisierungsinzidenz im Zeitverlauf in Hamburg, FF Fr. Rexroth bis Mitte nächster Woche</i></p> <p>! Anfrage Minister zu 2G/3G und Modellierung: Intensivbettenbelegung mit den entsprechenden Impfquoten.</p> <p>! Simulation zu 2G gegenüber 3G mit Schnelltest, Modellierung von Hr. Karagiannidis</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Einschätzung: Impfeffektivität gegen asymptomatische Infektionen ist etwas geringer als im Modell.</li><li>○ Dass nur bei 30% der Schnelltests Infektionen nicht erkannt werden, ist sehr optimistisch geschätzt. Es ist zu befürchten, dass gerade mit Wegfall der Kostenfreiheit billigere und qualitativ weniger gute Tests bevorzugt werden.</li><li>○ Eine Sensitivität von 60% von Antigentests wurde publiziert. Es soll darauf hingewiesen werden, dass Antigentests unterschiedliche Sensitivitäten (30-80%) haben, der Einfachheit halber wird 60% angenommen.</li></ul>	<p>P4 (Klamser)</p>
--	--	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenz fehlt in Grafik, Adhärenz der Maßnahmen.</li> <li>! Bitte um einfach zu verstehende Einschätzung: Ist 2G sicherer als 3G hinsichtlich des Ziels Fremdschutz bei Veranstaltungen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel einfache Berechnung, die leicht nachzuvollziehen ist.</li> <li>○ Der eigentliche Effekt von 2G ist nicht ein größerer Fremdschutz, sondern ein größerer Selbstschutz.</li> <li>○ Fremdschutzwirkung von Impfung und Testung vermutlich im ähnlichen Bereich, bei ca. 60-70%. 2G wird wegen Schutz vor schweren Erkrankungen überlegen sein.</li> <li>○ Man kann mit verschiedener Effektivität der Impfung und verschiedenen Raten der Nichterkennung von Infektionen durch Antigentests rechnen.</li> <li>○ Bei 2G fällt die Abstandsregel weg, dies müsste mit berechnet werden. Ein Wegfall der Abstandsregel bei 2G muss nicht sein und wird vom RKI nicht empfohlen.</li> <li>○ Ist 2G gegenüber 3G eine geeignete Eskalationsmaßnahme bei steigenden Inzidenzen?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja, wegen des Eigenschutzes. Bei 2G sind Personen von schweren Erkrankungen geschützt.</li> <li>▪ Das wäre dann aber eine Freiheitseinschränkung und damit eine juristische Fragestellung.</li> <li>▪ Es ist unklar, ob von Leuten, die nur getestet wurden, ein größeres Risiko im Sinne des Fremdschutzes ausgeht. Unklar, ob das mit der aktuellen Datenlage zu belegen ist.</li> </ul> </li> <li>○ Welches Konzept verhindert eher, dass es innerhalb einer Großveranstaltung zu Ansteckungen kommt?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2G vermutlich nicht viel effektiver als 3G; Schutz vor Transmission von 85% bei Geimpften und Genesenen.</li> <li>▪ Kommt auf Ziele an. Verhinderung schwerer Erkrankungen ist eher möglich, wenn keine Suszeptiblen auf einer Veranstaltung sind. Ist sehr paternalistischer Ansatz und nur dann gerechtfertigt, wenn KH wieder überlastet werden könnten.</li> </ul> </li> <li>○ Ohne Definition der Ziele kann Frage nicht geklärt werden.                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I. Ziel Infektionsschutz -&gt; kann berechnet werden</li> <li>▪ II. Ziel Schutz vor schwerer Erkrankung -&gt; kann qualitativ beschrieben werden</li> </ul> </li> <li>○ Längerfristig könnten mit einem Markov-Modell</li> </ul> </li> </ul>	<p>Scheida</p>
--	--	----------------

	<p>verschiedene Endpunkte berechnet werden.</p> <p><i>ToDo: Beantwortung der politischen Fragestellung: Ist 2G sicherer als 3G? Auswirkungen auf Infektionsrisiko und auf schwere Verläufe. Unterschiedliche Aspekte: Fremdschutz, Eigenschutz und Weiterverbreitung, FF Hr. von Kleist, Hr. Wichmann, Hr. Harder bis heute Abend</i></p> <p>! Modellierung (<i>nur freitags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Abschätzung des Kontaktverhaltens zwischen Fremden oder Bekannten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ist so hoch, wie nie zuvor in der Pandemie.</li><li>▪ Daten stammen aus Kontakt-Netzwerk von Netcheck (App, die Netzqualität abschätzt), wird aus GPS-Daten berechnet, 1,2 Mio. Nutzer</li><li>▪ Wie viele Kontakte hat ein Nutzer pro Tag, Verteilung der Anzahl von Kontakten -&gt; Contact Index</li><li>▪ Contact Index geht R-Wert ca. 17 Tage voraus.</li><li>▪ Kontaktverhalten war relativ konstant über Pandemie und steigt jetzt wieder stark an.</li><li>▪ Varianten und Impfungen dominieren den R-Wert.</li></ul></li><li>○ Vergleich mit Mobilitäts-Änderung: Bewegungsmuster im Vergleich zur normalen Mobilität<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bildet internationale Mobilität ab.</li><li>▪ Im Nord-Osten (nicht dicht besiedelte Regionen) zurzeit viel höher, da Ferienzeit; in anderen Regionen Rückkehr zur normalen Mobilität.</li><li>▪ Kontaktmuster ist komplementäre Information.</li></ul></li><li>○ Kann man das zum Monitoring der Kontakte verwenden?<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Daten werden regelmäßig zugeschickt. Idee, diese im Monitoring mit zu berücksichtigen.</li><li>▪ Objektives Maß für Kontaktmuster.</li><li>▪ Massenveranstaltungen wirken sich stark aus, deshalb ist Kontaktverhalten im Vergleich zur Situation vor der Pandemie noch viel niedriger.</li><li>▪ Sieht aus Sicht von Grippe-Web sehr plausibel aus.</li></ul></li></ul>	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spannend, sollte aber in Bezug auf Infektionsgeschehen vorsichtig angewendet werden, da es auch auf Qualität der Kontakte ankommt.</li> <li>○ Daten aus Corona-Warn-App             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mit Abklingen der letzten Welle stieg Anzahl der Warnungen deutlich an. Wurde so interpretiert: Lage entspannt sich und Leute haben wieder mehr Kontakte.</li> <li>▪ Im Lockdown: weniger Warnungen insgesamt und weniger pro Person.</li> <li>▪ Sinnvoll diese Daten zusammen zu betrachten.</li> </ul> </li> </ul>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Unterstützungsmision in Usbekistan läuft weiter.</li> <li>! Mission in Namibia wurde gestern abgeschlossen. Labor wurde in Betrieb genommen.</li> <li>! Für Montenegro wird Follow-up Mission vorbereitet.</li> <li>! Hilfesuchen aus Guatemala, liegt sehr im klinischen Bereich zu Medikamenten, RKI kann vermutlich nicht unterstützen.</li> </ul>	ZIG (Hanefeld)
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>CWA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Moment ca. 1 Mio. Downloads pro Monat, 32,8 Mio. insgesamt</li> <li>○ Podcast zur Corona-Warn App wird am Montag veröffentlicht</li> <li>○ Twitter Corona-Warn-App:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 500.000 geteilte Ergebnisse</li> <li>▪ Heatmap mit Link zum Wochenbericht: 90.000 Views</li> <li>▪ Umfrage: 95% nutzen Warn-App von Anfang an; 65% sind an News, 17% an Hintergründen interessiert.</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! <b>CovPass-App</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 16,7 Mio. Downloads</li> <li>○ CovPassCheck-App: 327.648 Downloads</li> </ul> </li> <li>! <b>DEA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;100.000 Anmeldungen pro Tag</li> <li>○ &gt; 12 Mio. Anmeldungen seit Beginn</li> </ul> </li> </ul>	FG21 (Scheida)
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nächste Woche</li> </ul>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>BZgA</p>	BZgA  Presse

	<p>! (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! 3 Ausgaben des Epid.Bull. diese Woche</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! Hospitalisierung bei mittlerer Altersgruppe soll nächste Woche mit Inzidenzen gepaart kommuniziert werden. Kommunikation zusammen mit Inzidenzen ist wegen der relativ kleinen Zahlen besser als zusammen mit Impfungen. (siehe auch nationale Lage)</p> <p>! Thema Lollitesting wird vorbereitet.</p> <p>! Covid-19 Impfung für Twitter-Account wird vorbereitet.</p> <p>! Beim Einbinden von Grafikdesignern sollte darauf geachtet werden, dass Grafiken gleichzeitig auch für Social Media aufbereitet werden.</p>	<p>(Seedat)</p> <p>P1 (Gubernath)</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <i>(nur freitags)</i></p> <p>! Impfeffektivität Delta, Zwischenergebnisse aus Living systematic review</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 16 Studien aus UK, USA, Qatar, Frankreich, Singapor, Kanada</li> <li>○ analysieren Comirnaty, Spikevax und Vaxzevria</li> <li>○ 4 Gruppen von Studien <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Direkter Vergleich: Alpha vs. Delta (sequenziert)</li> <li>▪ Indirekter Vergleich: Alpha vs. Delta (zeitlich-geographische Dominanz)</li> <li>▪ Nur delta (ohne Vergleich)</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG33 (Harder)</p>



<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Delta zu &gt;1 ZP nach Impfung (waning)</li><li>○ Direkter Vergleich: gegliedert nach Infektion, symptomatischer Infektion und Hospitalisierung<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bei Alpha ist die Effektivität relativ gleichbleibend, bei Delta Zunahme der Effektivität.</li><li>▪ Bei Hospitalisierung keine Unterschiede zwischen alpha und delta.</li></ul></li><li>○ Indirekter Vergleich<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ähnliche Tendenzen: geringere Effektivität bei Vermeidung von Infektionen im Vergleich zur Hospitalisierung.</li><li>▪ Höhere Effektivität von Spikevax als von Comirnaty.</li></ul></li><li>○ Impfeffektivität Delta<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Asymptomatische Infektion: bei Comirnaty deutlich schlechter als Spikevax (Studie aus Katar möglicherweise als Ausreißer zu bewerten)</li><li>▪ Hohe Effektivität gegen schwere Infektionen.</li></ul></li><li>○ Impfeffektivität über die Zeit: 2 Studien<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Abfall der Effektivität von 93% auf 53% innerhalb von 4 Monaten (populationsbezogen)</li><li>▪ Bzw. von 85% auf 73% über 5 Monate (bei HCW)</li></ul></li></ul> <p>! Zusammenfassung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ VE gegen schwere Infektion (Hospitalisierung) unverändert &gt;90%</li><li>○ VE gegen Infektion: 55-85%</li><li>○ VE gegen asymptomatische Infektion: 60-80%</li><li>○ Tendenz: VE Spikevax &gt; Comirnaty &gt; Vaxzevria (Infektion)</li><li>○ Waning: derzeit unklare Datenlage</li></ul> <p><i>ToDo: Zeitnahe Publikation, z.B. als Update zum bereits publizierten Artikel, FF Hr. Harder</i></p> <p>! Was wurde gegen was verglichen, Design der Studie?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Alle Studien basieren auf PCR-Tests; nur 3 Studien mit Aussagen über Ct-Werte: Ct-Werte bei Geimpften und Ungeimpften sind in etwa gleich.</li></ul>	
---	--

9	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b> ! Kein Update</p> <p><b>ZBS1</b> ! 366 Proben, davon 155 positiv auf SARS-CoV-2 (42,4%)</p> <p>! Dokument für Information der Ärzte zur Differenzialdiagnostik und Bewerbung der Testung wird vorbereitet.</p> <p>! Für eine intensive Einbindung der Apotheken zur Verbesserung der Qualität der Antigentests wird geworben.</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1 (Michel)</p> <p>Mielke</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG37</p>
12	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b> ! Neue Bevölkerungszahlen wurden eingespielt.</p>	<p>FG38</p>
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG38</p>
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Weiterhin sehr viel Personalbedarf bei internationaler Kommunikation, auch am Wochenende. Containment Scouts werden wieder ins Feld gerufen.</p> <p>! Rückmeldung von verschiedenen Seiten: Kontaktpersonenmanagement kann so nicht weitergehen, zum Teil Verzicht darauf in Schulen und Kitas.</p> <p>! Mit steigenden Inzidenzen und Hospitalisierungsraten gibt es keine fachliche Grundlage von der Gesamtstrategie abzuweichen.</p> <p>! Priorisierung wird nochmal geschärft, Quarantäne in Kitas und Schulen wird zurzeit besprochen.</p> <p>! Inzidenzen werden weiter steigen, wie wird damit kommunikativ umgegangen? In nächster Risikobewertung darauf hinweisen.</p> <p>! Herbst/Winterpapier ist veraltet, die Neufassung ist beim BMG. Minister möchte vor Veröffentlichung mit Leitung RKI sprechen und hat dafür noch keinen Termin genannt. Bisher ist 2G im Papier nicht enthalten.</p>	<p>FG38</p> <p>Buda</p>
15	<p><b>Wichtige Termine</b> !</p>	<p>Alle</p>
16	<p><b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



--	--	--

**Ende:** 13:07 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 01.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Silke Buda
○ Lothar H. Wieler	○ Stefan Kröger
○ Lars Schaade	○ Barbara Hauer
○ Esther-Maria Antão	○ Julia Schilling
	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 1	○ Uwe Buchholz
○ Martin Mielke	! FG37
! Abt. 3	○ Tim Eckmanns
○ Osamah Hamouda	! FG38
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth
○ Janna Seifried	! MF4
! FG11	○ Martina Fischer
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	! P1
! FG14	○ Ines Lein
○ Melanie Brunke	! P4
! FG17	○ Susanne Gottwald
○ Barbara Biere	! Presse
! FG32	○ Marieke Degen
○ Michaela Diercke	○ Jamela Seedat
! FG33	! ZIG
○ Thomas Harder	○ Johanna Hanefeld
○ Viktoria Schönfeld	! BZgA
! FG34	○ Heide Ebrahimzadeh- Wetter
○ Viviane Bremer	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 3.956.387            (+13.531), davon 92.223 (+23) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 75,7/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 54.297.654 (65,3%),            mit vollständiger Impfung 50.431.730 (60,6%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Unterschiedlicher Trend: Rückgang in NRW, Anstieg in            Bremen, Saarland, Plateau auf hohem Level (50/100.000 Eiw.)            in Schleswig-Holstein, niedrig in Brandenburg, Meck-Pom,            Sachsen, Sachsen-Anhalt.            Geografische Verteilung: höchste Inzidenzen in NRW,            Hamburg, Berlin, Hessen, Ba-Wü, Bayern,            Nach Kreis: SK Wuppertal (266,2), SK Rosenheim (199,7) die            höchsten Inzidenzen            Heatmap: Höchste Inzidenz in Meldewoche 34 bei den 10-14            und 15-19-jährigen, aber alle Kinder -Altersgruppen betroffen            und auch Anstieg bei den Älteren, daher sind auch vermehrt            schwerere Verläufe zu erwarten            Hospitalisierungsrate: Anstieg in allen Altersgruppen,            zahlenmäßig höchster Anteil an Hospitalisierung bei den 35-            49-jährigen            Importierter Fälle: 22%, Ursprungsländer: Türkei, Kosovo,            Kroatien, Spanien, Nordmazedonien, Griechenland, Italien,            Frankreich, Marokko, Bulgarien            Frage: Sind geringe Inzidenzen in Sachsen durch eine hohe            Anzahl an Genesenen zu begründen?            Antwort: Es liegen keine Daten dazu vor und es sind keine            Serostudien dazu bekannt.            Anregung: Es sollten vergleichende Daten von 7d-Inzidenzen            mit der Hospitalisierungs-Inzidenz angeschaut werden. Es            wurde dazu eine Deutschland-Karte der 7d-Hospitalisierungs-            Inzidenz der COVID19-Fälle von Abt.3 Leitung gezeigt.</p> <p><b>ToDo zu Freitag:</b>  <i>Vergleichende Darstellung der 7d-Inzidenz und der 7d-            Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer als geografische            Verteilung und als Heatmap (Diercke, Buda, Hamouda)</i></p> <p><b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b> Folien <a href="#">hier</a>            833.000 Testungen in KW 34, Positivenanteil (PA): 8,35, d.h.            weiterhin Anstieg, jedoch ist die Zunahme nicht mehr so stark            Testzahl in NRW stark gestiegen, daher geht dort der PA</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Hamouda und Seifried</p>

	<p>runter, in BL, wo Testzahl stabil, steigt PA weiter an, z.B. Thüringen und Sachsen Verteilung der PA auf Laborebene ergibt ein sehr heterogenes Bild</p> <p><b>ARS-Daten</b> Folien <a href="#">hier</a> Es wurde mehr getestet, insbesondere in NRW, wo der Positivenanteil rückläufig ist, Berlin und Bremen wurden aus den Daten ausgeschlossen. Testzahlen haben sich in der Altersgruppe der 5-14-Jährigen verdoppelt, das ist hauptsächlich auf Lolli-Testung in NRW zurück zu führen Bei den 5-14-Jährigen geht der Positivenanteil zurück, da die Anzahl der Tests/100.00 Einw. ansteigt Die Tests liegen z.T. 24h im Labor bis zur Verarbeitung Altenheim- und Krankenhausausbrüche nehmen leicht zu</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) Folien <a href="#">hier</a> GrippeWeb: Anstieg bei Kindern Konsultationsinzidenz steigt in allen Altersgruppen an Altersgruppe 35-59 sind über dem saisonalen Niveau der Atemwegsinfektionen Anteil COVID an SARI ist gestiegen (32%) und liegt bei knapp 50% COVID bei ICOSARI Betroffen sind vor allem 35-59 und 60-79-Jährige Im Vergleich zu letztem Jahr, ist der Anstieg von COVID-SARI Fällen bereits früher zu verzeichnen</p> <p><b>Virologische Surveillance</b>, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) Folien <a href="#">hier</a> 104 Einsendungen mit einer Positivrate von 61%. Anteil SARS-CoV-2 bei 7%, 0% Influenza, geringer Anteil an endemischen Coronaviren und HMPV (1 Fall), hauptsächlich Rhinoviren und Parainfluenzaviren, RSV: 5%</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (<i>nur mittwochs</i>) Folien <a href="#">hier</a> 1128 COVID19 Intensiv-Fälle (+321) Innerhalb der letzten 2 Wochen hat sich die ITS Belegung verdoppelt Starke Zunahme der Neuaufnahmen, 492 in den letzten 7d, ECMO Fälle steigen BL: starker Anstieg im Nordwesten und Süden, in Hamburg und östliche BL niedriger Altersstruktur: 65,1% &lt;60 Jahren, starker Anstieg bei den 40-69-Jährigen, in den letzten 2 Wochen auch Anstiege bei den 30-39-Jährigen und 70-79-Jährigen 20-Tage-Prognose: starker prognostischer Anstieg</p> <p>! <b>VOC-Bericht</b> Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Delta Anteil leicht gestiegen und liegt bei 99,4%, andere VOC spielen kaum eine rolle</li> <li>○ Anteil der Genomseq. liegt bei 5-10%</li> <li>○ Delta MOC (mutations of concern) werden beobachtet, 100 Fälle seit April</li> <li>○ Delta C.1.2 Variante seit KW23: 1 Fall in Deutschland, hauptsächlich in Südafrika, dort Anstieg (von 0,2 im Mai</li> </ul>	<p>Eckmanns</p> <p>Buda</p> <p>Brunke</p> <p>Fischer</p> <p>Kröger</p>
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>auf 2% im August)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neue Variante: B1.621: Anteil in Deutschland liegt bei 0,3%</li> </ul> <p>Anmerkung Krisenstab: Es gibt ein Tool zur Ableitung einer Variantenspezifischen PCR von Herrn Hölzer</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Auf Freitag verschoben!</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>keine Anmerkung</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Tweets zu ITS Anstieg, Heatmap, eventuell Stratifizierung Geimpft/Ungeimpft (sonst nächste Woche)</p> <p><b>P1</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenzen - getrennt nach geimpft und ungeimpft?</li> <li>○ Vorstellung der Daten <a href="#">hier</a></li> <li>○ Datengrundlage: Nenner: symptomatische hospitalisierte Personen mit Angaben zum Impfstatus</li> <li>○ Ergebnis: Inzidenz der ungeimpften symptomatischen, hospitalisierten Fälle pro 1 Mio. Einw. ist um den Faktor 10 höher als die entsprechende Inzidenz geimpfter Fälle, sowohl bei den über als auch unter 60-Jährigen</li> <li>○ Limitation: Jegliche Hospitalisierungen wurden einbezogen unabhängig von der Ursache, hoher Anteil fehlender Impfangaben (16%), ausstehende Nachmeldungen</li> </ul>	Schönfeld, Harder



	<p>Diskussion: Tabelle im Wochenbericht hat eine andere Datenbasis, nämlich alle Hospitalisierungen, unabhängig von Impfinformation. Berechnungen sollten vereinheitlicht werden.</p> <p><b>ToDo:</b></p> <p><i>Vergleich der Unterschiede der beiden Berechnungsgrundlagen zur Hospitalisierungsrate und Entscheidung für eine Variante in Abstimmung mit FG32 und FG36 (Schönfeld, Harder)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Da 2 G deutlich wirksamer ist als 3 G: wird das Einfluss auf unsere Empfehlungen geben?</li> </ul> <p>Diskussion: Unterscheidung rechtlich möglich, da Berliner Gericht Öffnung von Tanzclubs für 2G beschlossen hat. Auch BMG Krisenstab hält solch eine Unterscheidung für rechtssicher.</p> <p><b>ToDo</b></p> <p><i>Stufenkonzept hinsichtlich der Empfehlungsmöglichkeit für 2G überarbeiten (Rexroth)</i></p> <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul>	Schaade
--	---	---------



<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Kontaktpersonenmanagement:                  Umgang mit Kindern (Kona, Schulen, s.u.) Dokument <a href="#">hier</a>                  Vorstellung eines Papiers zum KPM in Schulen als                  Diskussionsgrundlage.                  Besprechung Tabelle im Dokument:                  Berechnung mittels <b>COVID19 Calculator</b>, keine Adjustierung                  für Kinder oder für die Deltavariante                  Nach Diskussion und Festlegung, dass keine extra Empfehlung                  für Schulen, sondern einheitliche Empfehlung ausgesprochen                  werden soll:  <u>Quarantäne für Kontaktpersonen:</u> 10d ohne Testung oder                  alternativ eine Verkürzung auf 5-7d durch Testung mittels                  PCR oder hochwertigem Antigentest. Bei Testung: Beendigung                  der Quarantäne erst bei Vorliegen eines negativen                  Ergebnisses.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Generelle Anpassung KPM, gleiches Dokument.</li> <li>▪ Von den im Dokument genannten Punkten wurde zur                      Diskussion gestellt, ob Geimpften weiterhin empfohlen                      werden soll, ein Selbstmonitoring sowie eine Testung an Tag 5                      nach Exposition durchzuführen.</li> <li>▪ Ein Teil sprach sich dafür aus, insbesondere da es virologische                      Daten gibt, die eine ähnlich hohe Viruslast bei Geimpften wie                      bei nicht-geimpften nahelegen. Andere meinten, dass jedoch                      epidemiologische Daten zur Übertragbarkeit durch Geimpfte                      fehlen würden.</li> <li>▪ <u>Entscheidung zur Empfehlung zum Umgang mit geimpften KP:</u>                      Geimpften KP, die Kontakt zu vulnerablen Personengruppen                      haben, z.B. in Krankenhäusern, Altenheimen oder häuslicher                      Pflege, wird ein Selbstmonitoring sowie eine Testung 5d nach                      Exposition empfohlen.</li> </ul>	<p>Kröger, Buda</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	<p>FG33</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p><b>Nicht berichtet</b></p> <p><b>ZBS</b></p> <p><b>Nicht berichtet</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>

<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 03.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:20 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 03.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Stefan Kröger
○ Lars Schaade	○ Silke Buda
○ Lothar Wieler	○ Barbara Hauer
○ Esther-Maria Antao	! FG37
! Abt. 1	○ Muna Abu Sin
○ Martin Mielke	! FG 38
! Abt. 2	○ Maria an der Heiden
○ Thomas Ziese	○ Ute Rexroth
! Abt. 3	○ Claudia Siffczyk
○ Osamah Hamouda	! P1
○ Tanja Jung-Sendzik	○ John Gubernath
○ Janna Seifried	! P4
! ZIG	○ David Hinrichs
○ Johanna Hanefeld	! Presse
! FG14	○ Marieke Degen
○ Melanie Brunke	○ Susanne Glasmacher
! FG17	! ZBS1
○ Thorsten Wolff	○ Janine Michel
○ Dschin-Je Oh	! ZBS7
! FG21	○ Michaela Niebank
○ Wolfgang Scheida	! ZIG1
! FG 32	○ Luisa Denkel
○ Michaela Diercke	○ Romy Kerber
! FG 33	! BZgA
○ Ole Wichmann	○ Heide Ebrahimzadeh-
! FG34	Wetter
○ Viviane Bremer	
○ Andrea Sailer (Protokoll)	



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mehr als 212 Mio. Fälle, rückläufiger Trend im Vergleich zur Vorwoche (-7%)</li> <li>2. In den meisten Ländern rückläufiger oder stagnierender Trend</li> <li>3. Steigerung der Fallzahlen in USA, Indien (+27%), Türkei, Philippinen (+13%)</li> </ol> <p>COVID-19 Westpazifik:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Einzige Region mit Anstieg</li> <li>5. Japan:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Trend wieder rückläufig</li> <li>2. Wurde neu als Hochrisikogebiet ausgewiesen.</li> <li>3. 33 von 47 Präfekturen haben Notstand ausgerufen.</li> <li>4. 45% vollständig geimpft</li> </ol> </li> <li>6. Neuseeland:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lockdown im Raum Auckland bis 30.09. verlängert, jedoch insg. nur 736 Fälle.</li> <li>2. Impfkampagnen noch nicht weit fortgeschritten, 26% vollständig geimpft</li> </ol> </li> <li>7. Australien:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 24% vollständig geimpft</li> </ol> </li> </ol> <p>COVID-19 Norwegen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. 7-Tages-Inzidenz: 152%, starker Anstieg von mehr als 40%</li> <li>9. Mitte August Ende der Schulferien, 35% der Neuinfektionen bei 10-19 Jährigen, 25% bei 20-29 Jährigen</li> <li>10. Testaktivität in Schulen und Kitas wurde erhöht.</li> <li>11. Fast 58% vollständig geimpft.</li> <li>12. Masken tragen wird für &lt;12 Jährige nicht mehr empfohlen.</li> </ol>	<p>ZIG 1 (Denkel)</p>

	<p>13. Kinder und junge Erwachsene sollen nicht mehr in Quarantäne gehen, bei Fällen in Schule und Freundeskreis Quarantäne nur noch von Haushaltsmitgliedern.</p> <p>Übersicht Virusvarianten, weltweit:</p> <p>14. Delta-Variante breitet sich weiter aus.</p> <p>Neue Virusvarianten</p> <p>15. V.1.621 („mu“)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Wurde von WHO als neue Variant of interest bezeichnet.</li><li>2. Vorläufige Daten zu reduzierter Neutralisierungsaktivität durch Serum von Genesenen/ Geimpften</li></ol> <p>16. Neue Variante aus Südafrika: C.1.2</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Unter Monitoring von ECDC</li><li>2. Hinweise auf erhöhte Transmissibilität und Immune Escape, noch keine Daten zu Krankheitsschwere</li><li>3. Kein großer Anstieg in Südafrika bisher</li></ol> <p>Zusammenfassung</p> <p>17. Weltweit leicht abnehmender Trend</p> <p>18. Ab Sonntag werden auch die Balkanländer: Albanien, Aserbaidshan und Serbien Hochrisikogebiet.</p> <p>19. Gründe: Delta-Variante, Lockerung von Maßnahmen, mehr Reisen und soziale Aktivitäten</p> <p>20. WHO Euro: Deeskalation von Alpha-Variante geplant.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>21. SurvNet übermittelt: 3.984.353 (+14.251), davon 92.301 (+45) Todesfälle</p> <p>22. 7-Tage-Inzidenz 80,2/100.000 Einw.</p> <p>23. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 54.422.241 (65,4%), mit vollständiger Impfung 50.600.451 (60,9%)</p> <p>24. Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiter leichter Anstieg, scheint sich abzuflachen</li><li>2. In NRW setzt sich Anstieg seit einigen Tagen nicht fort</li></ol>	<p>FG32 (Diercke)</p>
--	---	---------------------------

	<p>3. In östlichen BL weiter niedrige Inzidenzen</p> <p>25. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fast <math>\frac{1}{4}</math> der LK mit Inzidenz <math>&gt; 100 / 100.000</math> Einw.</li> <li>2. Starke Belastung der westlichen BL</li> </ol> <p>26. Sterbefallzahlen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Keine Übersterblichkeit</li> </ol> <p>27. Meldeverzug: Hospitalisierungsinzidenz nach Meldedatum/ Hospitalisierungsdatum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sollen fixierte (ohne Nachmeldungen) oder aktualisierte Werte (mit Nachmeldungen) berichtet werden?</li> <li>2. Meldedatum oder Hospitalisierungsdatum?</li> <li>3. Es gibt einen Zeitverzug zwischen Melde- und Hospitalisierungsdatum.</li> <li>4. Geringe Vollständigkeit beim Hospitalisierungsdatum</li> <li>5. Bei Darstellung mit Nachmeldungen ist Verbindung zwischen Meldedatum und Hospitalisierungsdatum gut sichtbar.</li> </ol> <p>28. Zeitverzug vom Meldedatum zum Hospitalisierungsdatum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Meldedatum ist für alle Fälle verfügbar.</li> <li>2. Hospitalisierungsdatum liegt nur für 46% am Berichtsdatum vor, für 79% bei Nachmeldungen.</li> </ol> <p>29. Vollständigkeit Hospitalisierungsinzidenz nach Melde-/ Hospitalisierungsdatum</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nach Meldedatum sind nach 1 Woche ca. 80-85% der Fälle im System, nach 3 Wochen 95%.</li> <li>2. Nach Hospitalisierungsdatum sind nach 1 Woche nur 70% der Fälle im System. Plädieren deshalb für Meldedatum.</li> </ol> <p>30. Regionaler Vergleich</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalisierungsinzidenz unterliegt auf Kreisebene viel größeren Schwankungen als 7 Tages-Inzidenz.</li> </ol> <p>31. Verhältnis 7-Tages- und Hospitalisierungsinzidenz nach BL</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Je nach BL sehr unterschiedlich, liegen bei</li> </ol>	<p>Schaade</p> <p>P4 (Hinrichs)</p>
--	--	---



	<p>rückwirkender Betrachtung näher zusammen.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Kurvenverlauf ist ähnlich, aber nicht bei allen BL. Stimmt z.B. in Hamburg und Berlin nicht gut überein.</li><li>3. NRW: Kinder wurden bei Schulbeginn getestet. Dies hat Inzidenz hochgetrieben, dass Hospitalisierungsinzidenz darauf nicht folgt, ist nicht verwunderlich. Höchstes Risiko liegt nach wie vor in höheren Altersgruppen.</li></ol> <p><i>ToDo: Stratifizierung nach Altersgruppen, FF Diercke</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>32. Bleiben beim Meldedatum, da zeitnah und vollständiger.</li></ol> <p>Spricht für multifaktorielle Betrachtungsweise eines Sets aus Indikatoren. Vorschlag 14-Tage Inzidenz ansehen, um Meldeverzug zu umgehen, wurde geäußert.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>33. Schaut sich FG32 heute nochmal an.</li><li>34. Länder könnten sich auch korrigierte Daten der letzten 14 Tagen ansehen.</li><li>35. In ansteigender Phase würde ansteigender Trend damit abgeschwächt.</li><li>36. RKI sollte möglichst wenig darauf eingehen, Eckwerte an politischen Maßnahmen orientiert festzulegen.</li></ol> <p>Modellierung: Status Corona-Datenspende (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur freitags</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>37. Q3 2021: Surveys werden in Datenspende-App verfügbar<ol style="list-style-type: none"><li>1. Version 3.0 Integration von Surveys</li><li>2. Abstimmung mit BfDi zur Erweiterung der Datenspende um die Möglichkeit Fragen zu stellen</li><li>3. Ziel:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Bessere Charakterisierung der Stichprobe</li><li>2. Zusammenführen von Vitaldaten und erklärenden Daten</li></ol></li><li>4. Pentest von Fachfirma liegt vor.</li></ol></li><li>38. Nowcast aus Wearable-Daten<ol style="list-style-type: none"><li>1. Nowcast von Inzidenzen auf Wochenbasis</li><li>2. Aktuelle Fieberdetektionen lassen aktuellen Verlauf</li></ol></li></ol>	<p>FG38 Siffczyk</p>
--	--	--------------------------

	<p>der Pandemie gut abschätzen.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. Wendepunkte einzelner Wellen werden verlässlich geschätzt.</li><li>4. Methodik wird verfeinert, an Vorhersage von Inzidenzen wird gearbeitet.</li></ol> <p>39. Einflüsse auf mittleren Schlafzeitpunkt</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Schlaf als wichtiger Gesundheitsindikator</li><li>2. Schlafzeiten variieren von West nach Ost, zwischen ländlichen/städtischen Regionen und Wochentagen</li><li>3. Erweiterung des Fiebermonitors um Schlaf im nächsten Schritt, da Abweichungen auf akute Erkrankungen hinweisen können.</li><li>4. Aber auch Sekundäreffekte der Pandemie in Schlafdaten sichtbar.</li></ol> <p>40. Infrastruktur soll auf längerfristige Basis gestellt werden.</p> <p>41. Warum weicht Fieberkurve ab Sommer von Inzidenzen ab?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Es gibt viele Hypothesen z.B. Impfreaktion, die passen könnten, ohne Feedback schwierig zu beurteilen.</li><li>2. Deshalb wichtig Menschen zu Vitaldaten zu befragen.</li></ol> <p>42. Spielt das Alter beim Schlaf eine Rolle?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Analyse hierzu ist noch nicht abgeschlossen.</li></ol> <p>Update Ausbruch LK Bergstraße</p> <p>43. Von Hessen wurde Amtshilfeersuchen zur Untersuchung des Ausbruchs in LK Bergstraße im Altenpflegeheim unter überwiegend Geimpften gestellt.</p> <p>44. Inzwischen 28/86 Betr. (44%) infiziert; 6 verstorben (7%; darunter 1 Person im zeitl. Zusammenhang mit Boosterimpfung). Die Booster-Impfungen wurden ansonsten gut vertragen.</p> <p>45. 10 von 88 Mitarbeitern infiziert (11%)</p> <p>46. Maßnahmen: Serielle Testungen (PCR alle 3 Tage), Booster- Impfungen</p> <p>47. Geschehen klingt vermutlich ab.</p>	
--	--	--

<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weitere Mission in Montenegro Ende September zusammen mit Charite geplant.</li> <li>! Weitere SEEG-Missionen geplant: die nächste Ende September nach Usbekistan.</li> <li>! Cyrus König (FG38) geht am 11.9. in 8-wöchigen GOARN-Einsatz zu COVID-19-Response in Cambodia.</li> <li>! Hilfeersuchen verändern sich hin zu längerfristiger Unterstützung und in den Bereich Impfstoffe.</li> <li>! Im Nachgang zur G20-Konferenz: großer Punkt des Gipfels war Aufbau pharmazeutischer Kapazitäten in Entwicklungs- und Schwellenländern, gibt Bewegung in diese Richtung.</li> <li>! Anfragen aus vielen Ländern Europas zum Thema Rückkehr in Schulen, Wunsch nach Austausch.</li> <li>! Austausch WHO chief scientists gestern:             <ul style="list-style-type: none"> <li>48. Systematic review zu COVID und Kindern wurde vorgestellt.</li> <li>49. Evidenz und Studiendesign ist schwach bei Kindern. Alle benutzen unterschiedliche Altersgrenzen.</li> <li>50. Erstmal keine weiteren systematic reviews zu long covid und delta bei Kindern</li> <li>51. Bemühungen studienübergreifend gleiche Altersklassifizierungen zu nutzen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (Folien <a href="#">hier</a>) (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>CWA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Am Montag 33 Mio. Downloads überschritten</li> <li>○ Ab 8. September wird Version 2.9 mit Feature: Warnung über Stellvertreter verfügbar sein.</li> <li>○ D.h. wenn eine Person, auf einer Veranstaltung war und positiv getestet wurde, jedoch keine Corona-Warn-App hat, kann sie sich beim Veranstalter melden, der dann die übrigen Teilnehmer warnt.</li> <li>○ Twitter: Eventregistrierung wurde getweetet mit Informationen, wie feature funktioniert.</li> <li>○ Aufruf: was ist das Beste an CWA? Am häufigsten wurde dezentral, Opensource, Datensparsamkeit genannt.</li> </ul> </li> <li>! <b>CovPass-App</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nach wie vor großes Interesse, 18 Mio. Downloads</li> </ul> </li> <li>! <b>DEA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weiter großes Aufkommen, bis zu 80.000 Anmeldungen pro Tag.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG21 (Scheida)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nur geringfügige Änderungen (<a href="#">hier</a>)</li> <li>! Schützt zuverlässig vor schweren Krankheitsverläufen: soll hier weiter „zuverlässig“ stehen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Statt „zuverlässig“ „sehr gut“, wird bei Impfprävention verwendet.</li> </ul> </li> <li>! Ziele: Andere Themen wie die Vermeidung von Langzeitfolgen</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)  Wichmann</p>

	<p>sind in den Vordergrund gerückt. Sollen diese Ziele in dieser oder der nächsten Version etwas gestärkt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Problem: nicht bekannt, wie oft Langzeitfolgen vorkommen. Auf harte Daten warten, keine einheitlichen Definitionen in Studien.</li> <li>○ Frage, ob die Risikobewertung der richtige Ort hierfür ist, da sie knapp sein sollte.</li> <li>○ Vermeidung von Langzeitfolgen ist Ziel, egal wie häufig das vorkommt.</li> </ul> <p>! Bei Häufungen werden momentan nur Privathaushalte und Freizeit erwähnt, sollten hier auch andere Settings erwähnt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infektionen werden von außen in Privathaushalte hineingetragen. Vermeidung einer Infektion in anderen Settings außerhalb des Haushalts.</li> <li>○ Durch Nicht-Nennung wird dazu beigetragen, dass bestimmte Settings als sicher betrachtet werden.</li> </ul> <p>! Trotz fortschreitender Durchimpfung gibt es auch Ausbrüche in Pflegeheimen bei Geimpften, sollte das hier erwähnt werden?</p> <p>! Es besteht noch Diskussionsbedarf bei Settings, der Hinweis auf Langzeitfolgen ist ausreichend.</p> <p><i>ToDo: Es werden noch Formulierungsvorschlag für Settings gesammelt, FF Rexroth</i></p>	<p>Wieler</p> <p>Oh</p> <p>Abu Sin</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Infoblatt zur Impfung von Kindern und Jugendlichen geht nächste Woche online + Tweet</p> <p>! Bitte an Pressestelle des RKI, dies zu retweeten</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Am nächsten Mittwoch findet wieder eine Bundespressekonferenz mit Hr. Spahn, Hr. Wieler und 2 Wirtschaftsvertretern statt. Impfen steht im Vordergrund.</p> <p>! Hr. Wieler benötigt hierfür Informationen zum Unterschied bei Krankheitslast zwischen geimpften und nicht-geimpften Menschen.</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! Der aktuelle Entwurf für 2G - 3G Grafik wurde zirkuliert.</p> <p>! Ein Flyer zu Lolli-Tests Wird nächste Mittwoch im Krisenstab vorgestellt.</p> <p>! Automatisierter engl. Lagebericht</p>	<p>BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)</p> <p>Wieler</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>Bremer</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde vor ein paar Monaten eingestellt. Nach Kurzversion des deutschen Lageberichts ist nun auch englischer automatisiert. Verursacht keine zusätzliche Arbeit.</li> <li>○ Wird ab nächster Woche publiziert.</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Aktualisierung der „Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung“; Hilfestellung für GÄ: Schulsetting</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umfasst mehrere Komponenten, Aufgabe war gemeinsam mit Ländern abgestimmtes Konzept zu entwickeln.</li> </ul> <p>! Kontaktpersonenmanagement (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemeine Hinweise: Maßnahmen können nach Risikobewertung der Gesundheitsämter angepasst werden.</li> <li>○ Wo kann bei geringem Übertragungsrisiko und ohne Gefährdung von Risikogruppen depriorisiert werden.</li> <li>○ Ziele: Nur noch Eindämmung von Ausbrüchen, Schutz von Risikogruppen, Unterbrechung von Infektionsketten. Etwas fokussierter ohne Containment gänzlich aufzugeben.</li> <li>○ Technische Informationen zur Rückwärts- und Vorwärtsermittlung eingefügt.</li> <li>○ Fokussierung auf Situationen mit hohem Übertragungspotential.</li> <li>○ De-Priorisierung von Expositionssituationen mit geringem Übertragungsrisiko, z.B. Flügen unter 5 Stunden</li> <li>○ Nutzung von digitalen Tools bei größeren Veranstaltungen</li> <li>○ Risikobewertung durch zuständiges Gesundheitsamt: Exposition in Innen- oder Außenräumen ist zu beachten.</li> <li>○ Definition enger Kontaktpersonen: Aufenthalt im Nahfeld länger als 10 Minuten ohne adäquaten Schutz; Gespräch mit Fall, unabhängig von Dauer; gleichzeitiger Aufenthalt im gleichen Raum länger als 10 Minuten</li> </ul>	FG36 (Buda)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anpassungen bei beispielhaften Konstellationen für enge Kontaktpersonen</li> <li>○ Definition für enge Kontaktpersonen sollte bei Schulklassen nicht generell geändert werden. Es handelt sich um Setting, in denen schwere Verläufe eher unwahrscheinlich sind.</li> <li>○ Dauer der Quarantäne: Änderung der Dauer von 14 auf 10 Tage, Nennung der Rationalen dahinter und welche Rahmenbedingungen vorhanden sein müssen.</li> <li>○ 3 Quarantäneoptionen: 10 Tage ohne Test, 5-7 Tage mit PCR-Test, 7 Tage mit Antigen-Schnelltest</li> <li>○ Keine Kettenquarantäne für Haushaltskontakte mehr, aber zumindest Einhaltung von 10 Tagen Quarantäne.</li> <li>○ Grundsätzlich wird empfohlen, dass sich Personen in Quarantäne vorzugsweise mit PCR testen lassen.</li> <li>○ Die zweimalige Testung pro Woche während der Quarantäne wurde rausgenommen.</li> <li>○ Extra Absatz zum Umgang mit geimpften und genesenen Kontaktpersonen, diese werden von Quarantäne ausgenommen.</li> <li>○ Bei Symptomen sollen sich auch Geimpfte und Genesene selbst isolieren.</li> <li>○ Vollständig geimpfte Kontaktpersonen, die Kontakt mit vulnerablen Personen haben, wird ein Test empfohlen, um eine Übertragung zu vermeiden.</li> <li>○ Die Empfehlungen sollen wissenschaftlich bleiben. Vertritt jemand im Krisenstab die Meinung, dass Containment überflüssig ist und komplett eingestellt werden sollte?             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dass sich Fälle oder enge Haushaltskontakte in Quarantäne begeben sollen, wird auch vom ÖGD nicht in Frage gestellt. Die Frage ist, welcher Aufwand bei der Suche nach weiteren Kontakten betrieben werden muss.</li> <li>2. Containment bleibt Ziel zum Verhindern von schweren Krankheitsverläufen.</li> </ol> </li> <li>○ Überschrift von Punkt 2 ist Priorisierungskriterien. Punkt 2.1 sollte Priorisierung statt Fokussierung genannt werden.</li> <li>○ Bei Rahmenbedingungen für Änderung der Dauer der Quarantäne von 14 auf 10 Tage sollte Impfen explizit genannt werden.</li> <li>○ Quarantäneoptionen: Eine Nicht-Trennung von PCR- und</li> </ul>	<p>Wieler</p> <p>Schaade</p> <p>FG36 (Hauer)</p>
--	---	--

	<p>Antigentests wurde diskutiert. Da ein PCR-Test jedoch eine andere Qualität hat, wurde die Trennung beibehalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Innenräume vs. Außenräume ist an mehreren Stellen adressiert und wird in die Änderungshistorie mit aufgenommen.</li> <li>○ Flussschema wird angepasst, sobald Dokument fertig ist.</li> <li>○ GA haben personelle Unterstützung durch andere Verwaltungsbereiche verloren, gleichzeitig finden wieder mehr Veranstaltungen mit mehr Personen. Wägen deshalb ab, wo das größte Risiko besteht.</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">3. Kann vertreten werden wegen geänderter Rahmenbedingungen, kann nicht Argument von RKI sein.</p> <p>! Hilfestellung für Gesundheitsämter (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Umformulierung auf Wunsch pragmatischer vorgehen zu können.</li> <li>○ Containment im Schulsetting: in absehbarer Zeit wird es ein Impfangebot für Kinder unter 12 Jahren geben, deshalb ist es gerechtfertigt Maßnahmen im Schulsetting beizubehalten.</li> <li>○ Auf serielles Testen und PCR-Lollitests wurde hingewiesen.</li> <li>○ Einteilung nach Alter der Schüler bei Einflussfaktoren soll gestrichen werden.</li> <li>○ Ist die Einteilung nach Ct-Wert für Infektiosität des Quellfalls sinnvoll?             <ul style="list-style-type: none"> <li>4. Zur Bedeutung eines fixen Ct-Werts wurde mehrfach Stellung genommen. PCR weist Infektion nach, beim Erstbefund spielt die Quantifizierung keine Rolle. Im Einzelfall könnte der Wert vielleicht miteinbezogen werden, nicht aber in einer Tabelle.</li> <li>5. Ein hoher Ct-Wert ist am Ende oder Anfang einer Infektion zu beobachten. Es kann deshalb nicht beurteilt werden, wie der Ct-Wert am Tag davor war. Außerdem schwer vergleichbar zwischen Laboren.</li> <li>6. Einordnung Infektiosität des Quellfalls aufgrund des Ct-Werts ist in Tabelle nicht sinnvoll. Zeile wird gestrichen.</li> </ul> </li> <li>○ Dokument wird finalisiert und nächsten Dienstag zur Kenntnis an AGI geschickt, BMG ist mit im Verteiler.</li> </ul>	<p>Mielke</p> <p>Seifried</p>
--	--	-------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist Tabelle kongruent mit Kontaktpersonenmanagementpapier?</li> </ul> <p>7. Soll nochmal abgeglichen werden.</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Aktionswoche Impfen findet vom 13.-19. September ressortübergreifend statt.</li> <li>! Analysen zu Impfdurchbrüchen wurden für Wochenbericht aktualisiert. Wirksamkeit wurde genauer spezifiziert.</li> <li>! Grafik Hospitalisierungsinzidenz bei Geimpften vs. Ungeimpften wird finalisiert und soll heute noch publiziert werden. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geplant ist eine Veröffentlichung einmal pro Monat.</li> </ul> </li> <li>! Werden mit Publikation zeitgleich Daten zur Grafik zur Verfügung gestellt? Erfahrungsgemäß gibt es immer viele Anfragen dazu. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Für heute schwierig, im Laufe der nächsten Woche.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Bereitstellen der Daten zur Grafik, FF FG33</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Genaue Definition von Zähler und Nenner steht im Text.</li> <li>! Nächste Woche ist STIKO-Sitzung. Themen: Impfen in Schwangerschaft/Stillen, Vorgehen bei Immundefizienten</li> <li>! Viele Diskussionen national und international zur booster Impfung, unterschiedliche Meinungen, ist politisch sehr beeinflusst. ECDC-Report sieht keine Dringlichkeit bei booster Impfungen, besser Erhöhung von Impfangeboten in Entwicklungsländern.</li> <li>! Beteiligt an Studie mit Uni Münster: Kontaktverhalten in Bevölkerung über die Monate und beim Maskentragen. Sollen Resultate im Krisenstab vorgestellt werden? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine externen Vorträge im Krisenstab, gerne als Extratermin.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG33 (Wichmann)</p> <p>Presse (Degen)</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nichts Neues</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 379 Proben, davon 198 positiv auf SARS-CoV-2 (52%) getestet</li> <li>! Zur Info: Mitte stellt KoNa ein, haben nur noch 22 von ursprünglich über 100 Personen zur Nachverfolgung zur Verfügung.</li> </ul>	<p>ZBS1 (Michel)</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht berichtet)</li> </ul>	<p>ZBS7</p>



<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Das BMG hat den Ländern, die IGV-benannte Grenzübergangsstellen haben, einen Verwaltungsvereinbarungsentwurf zum Pakt für den ÖGD (Punkt 4) zugesandt. Dort werden 50 Mio. Euro Sachmittel bewilligt, jedoch keine Personalkosten. Dies ist für die Länder unbefriedigend. Es muss nun versucht werden, Personalstellen aus Punkt 1 des Paktes für den ÖGD zu nutzen.	FG38 (an der Heiden)
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 08.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 13:06 Uhr

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 08.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |                           |
|------------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung     | ! FG36                    |
| ○ Lars Schaade         | ○ Walter Haas             |
| ! Abt. 1               | ○ Udo Buchholz            |
| ○ Martin Mielke        | ○ Silke Buda              |
| ! Abt. 3               | ○ Stefan Kröger           |
| ○ Osamah Hamouda       | ○ Kristin Tolksdorf       |
| ○ Tanja Jung-Sendzik   | ! FG37                    |
| ○ Janna Seifried       | ○ Tim Eckmanns            |
| ! FG12                 | ! FG38                    |
| ○ Annette Mankertz     | ○ Ute Rexroth             |
| ! FG14                 | ○ Petra v. Berenberg      |
| ○ Melanie Brunke       | ! ZBS7                    |
| ! FG17                 | ○ Claudia Schulz-Weidhaas |
| ○ Ralf Dürrwald        | ! MF4                     |
| ○ Djin-Ye Oh           | ○ Martina Fischer         |
| ! FG21                 | ! P1                      |
| ○ Wolfgang Scheida     | ○ Christina Leuker        |
| ! FG25                 | ! Presse                  |
| ○ Christa Scheidt-Nave | ○ Marieke Degen           |
| ! FG32                 | ! ZIG                     |
| ○ Michaela Diercke     | ○ Johanna Hanefeld        |
| ! FG33                 | ! BZgA                    |
| ○ Thomas Harder?       | ○ Heide Ebrahimzadeh-     |
| ! FG34                 | Wetter                    |
| ○ Viviane Bremer       |                           |



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 4.030.681 (+13.565) Fälle, davon 92.448 (+35) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz 82,7/100.000 EW</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 54.890.847(66,0%), mit vollständiger Impfung 51.207.077 (61,6%)</li> <li>○ Verlauf der 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesamtinzidenz bei 83/100.000 EW eher stabil</li> <li>▪ Inhomogenes Bild in den BL</li> <li>▪ NW Plateau, HB und HE Anstiege, TH deutlicher Anstieg</li> <li>▪ In der Zusammenschau (aus Anstiegen und Rückgängen) insgesamt verlangsamter Bundestrend</li> <li>▪ In BY und BW mit Ferienende Anstiege zu erwarten</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ost/West- und Nord/Süd-Gefälle sichtbar</li> <li>▪ Höchste Inzidenzen in NW, Anstieg in Bremen</li> <li>▪ In BY und BW viele LK mit Inzidenzen &gt; 100/100.000 EW</li> <li>▪ 28 LK &lt; 25/100.000 EW</li> <li>▪ ¼ aller LK &lt; 50/100.000 EW</li> <li>▪ ¼ aller LK &gt; 100/100.000 EW</li> </ul> </li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin in allen Altersgruppen Anstieg der Inzidenzen, auch bei den Älteren, sollte genau beobachtet werden, da schwere Verläufe möglich sind</li> <li>▪ In KW 35 Inzidenz bei 10-14Jährige &gt; 200/100.000 EW</li> </ul> </li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach</li> </ul>	FG32 (Diercke)



	<p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Leichter Anstieg der Gesamtzahl der Testungen, Positivenanteil stabil bei 7,9 %</li><li>▪ Im Jahresvergleich 2020/2021: Testanzahl in BY halbiert, deutlich weniger Tests in TH</li><li>▪ Zahlen aus BE und HB nicht verwertbar, da jeweils ein größeres Labor derzeit nicht meldet bzw. keine PCR Testungen durchführt</li><li>▪ Verlauf des Positivenanteils im Jahresvergleich 2020/2021: 2020 um diese Zeit stabile Werte, 2021 Anstiege in allen BL, deutlich und kontinuierlich in RP und HE, in anderen BL unregelmäßiger</li><li>▪ Zeitverzug zwischen Probenentnahme und Testung hat in den letzten Wochen langsam etwas zugenommen, Zeitverzug &gt; 1Tag ist häufiger geworden</li></ul></li><li>○ Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Jahresvergleich mit 2020 deutliche Zunahme der Testungen bei den 5-14jährigen, deutliche Abnahme bei den 15-34jährigen, ähnliche Zahlen bei den 0-4jährigen</li><li>▪ Höchster Positivenanteil bei den 15-34jährigen</li></ul></li><li>○ Bundesland- und altersstratifizierte Auswertungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Keine Anstiege der Testzahlen in BW</li><li>▪ In HE und RP Anstiege der Testzahlen bei den 5-14, 15-34 und 35-45jährigen</li><li>▪ In BW Positivenanteil bin 5-14jährigen 30%, in Hessen bei den 5-14jährigen 40%</li><li>▪ Hier möglicherweise mitverursacht durch vorgeschaltete Antigentests</li><li>▪ In RP Abflachung des Positivenanteils (mehr Testungen)</li></ul></li><li>○ Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg in Arztpraxen auf etwa 100.000 Testungen, jedoch deutlich niedrigeres Niveau als 2020 (200.000 Testungen)</li></ul></li></ul>	<p>FG17 (Kröger)</p> <p>FG 36 (Buda)</p>
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Testanzahl in KH entspricht der Testanzahl von 2020</li><li>▪ An anderen Orten erwartungsgemäß Zunahme mit Ferienende</li><li>▪ Starker Anstieg in Arztpraxen ist auf die 5-14Jährigen zurückzuführen</li><li>▪ Positivenanteil in Arztpraxen liegt derzeit stabil bei 15%</li><li>○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg in beiden Settings</li><li>▪ Derzeit 43 Ausbrüche in Pflegeheimen</li><li>▪</li></ul></li><li>! <b>VOC/Delta-Variante</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bei Genomsequenzierung liegt der Delta-Anteil bei 99,7 %, in allen Erhebungssystemen über 99%</li><li>▪ Alpha in allen Erhebungssystemen ≤ 0,2%</li><li>▪ Keine VOI-Nachweise, auch B.1.621 (My) in Deutschland nicht nachgewiesen</li><li>▪ C.1.2 war mit einem gewissen Medien-Hype verbunden, wurde auch in Südafrika nicht vermehrt nachgewiesen</li></ul></li></ul></li><li>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ GrippeWeb<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg der ARE-Rate im Vergleich zur Vorwoche in allen Altersgruppen</li><li>▪ Raten liegen im Bereich der Vorjahre (derzeitige Hygienemaßnahmen haben keine Auswirkungen darauf)</li></ul></li><li>○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg in allen Altersgruppen, bei den 15-59Jährigen am deutlichsten</li><li>▪ BL sehr unterschiedlich, Beispiel NW mit kontinuierlichem Anstieg bei Kindern seit 3 Wochen (Ferienende)</li></ul></li></ul></li></ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF 4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil</li> <li>▪ Anstieg bei den 0-4 und 60-79Jährigen</li> <li>▪ 35-59Jährige weiterhin über Vorjahresniveau, Ältere auf oder unter Vorjahresniveau, 0-4Jährige an der Obergrenze des Vorjahresniveaus</li> <li>▪ Anteil COVID unter SARI-Hospitalisierungen: Im Vergleich zur Vorwoche stabil</li> <li>▪ Zahl der SARI-Fälle in Intensivbehandlung ist etwas rückläufig</li> <li>▪ Ein Drittel von allen Hospitalisierungen sind COVID-19-Fälle, die Hälfte aller Pat. in Intensivbehandlung sind COVID-19-Fälle</li> <li>▪ Bei den hospitalisierten COVID-SARI-Fällen vorherrschend 35-59Jährige, auch bei den Fällen in Intensivbehandlung</li> </ul> </li> <li>○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit Mitte August Anstieg, allerdings weiterhin niedriges Niveau</li> <li>▪ 52 neue Ausbrüche (incl. Nachmeldungen)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>! Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 126 Einsendungen aus 39 Praxen in 14 BL</li> <li>○ Positivenrate 64%</li> <li>○ Am häufigsten 0-4Jährige, gefolgt von 15-34Jährigen</li> <li>○ 2 Sars-CoV-2 Nachweis (54 Jahre, 3 Jahre, beide ungeimpft), Anstieg setzt sich nicht fort</li> <li>○ Kein Influenzanachweis</li> <li>○ Rhinoviren: normales jahreszeitliches Niveau</li> <li>○ Parainfluenzaviren: &lt; 20% (Rückgang)</li> <li>○ PIF: Rückgang, HMPV: Aktivitätszunahme, RSV: Anstieg (10%)</li> <li>○ Endemische Coronaviren: OC43 flacher Anstieg, einige Nachweise von 229E, kaum NL 63</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Diercke</p> <p>Diercke/ Fischer</p>
--	---	--



	<p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)</b> (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ COVID-19-Intensivpflichtige<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1380 Behandelte in 1300 KH, davon 8 Kinder</li><li>▪ Anstieg +252 Fälle (Anstieg Vorwoche: +321 Fälle), alle Behandlungsgruppen betroffen</li><li>▪ Neuaufnahmen nehmen zu (+675 in den letzten 7 Tagen, Vorwoche +492)</li><li>▪ Anstieg in Nord-West besonders HH und NS, in Nord-Ost BE, Mitte HE und NW, Süd alle BL (BW, BY, RP, SL)</li><li>▪ 7 BL &lt; 3% (=Basisstufe), 9 BL &gt; 3%</li></ul></li><li>○ Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg breitet sich von Westen her aus</li><li>▪ Anzahl COVID-19-Neuaufnahmen auf die ITS (7-Tages-Summe, bezogen auf den Krankenhausstandort, ist insbesondere in Ballungsräumen hoch (Berlin, Hannover, Hamburg, München)</li></ul></li><li>○ Altersstruktur<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Von 96% (1297) aller gemeldeten Fälle übermittelt</li><li>▪ 54,2% &lt; 60Jährige</li><li>▪ Zunahme bei den 70-79 und +80Jährigen</li><li>▪ Absolute Anzahl steigt in allen Altersgruppen, am stärksten bei 30-79Jährigen, anteilig auch Zunahme der 70-79Jährigen und der 40-49Jährigen</li></ul></li><li>○ Kinder<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg ist sichtbar bei insgesamt geringen Zahlen</li><li>▪ Häufig „Behandlung unbekannt“ (entweder keine Angaben oder Behandlung passt nicht auf vorgegebene Schemata)</li><li>▪ Auslastung neonatologische und pädiatrische Intensivstationen (NICU, PICU): keine Engpässe, freie Kapazitäten in PICU sind etwas größer als in NICU</li></ul></li></ul>	<p>FG 34 /Lagebericht Scheidt-Nave</p> <p>Seifried</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient:innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg für Gesamtdeutschland etwas flacher als in der Vorwoche prognostiziert</li><li>▪ Regionale Unterschiede: Prognose für Ost leichter Anstieg, für Südwest starker Anstieg, für West geringerer Anstieg, für Nord und Süd wie Vorwoche kontinuierlicher Anstieg</li></ul></li></ul> <p><b>! Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Bezeichnungen „Prävalenz“ (für Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene) und „Inzidenz“ (Anzahl COVID-19-Neuaufnahmen auf die ITS) sollten vermieden werden, da Inzidenz immer auf einen Zeitraum und eine Gruppe (bspw. /7-Tage/100.000 EW) bezogen ist</li><li>○ Erklärung, dass die Zahlen (7-Tages-Summe) sich im Unterschied zu den Meldedaten auf den Krankenhausstandort beziehen, sollte beigefügt werden</li></ul> <p><b><i>ToDo:</i></b> <i>Bezeichnungen ändern! Änderungen wurden in den hinterlegten Folien bereits durchgeführt</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Lolli-Tests in NRW gleichen 2021 in gewisser Weise die Testung bei Einreise in 2020 aus, Auswertungen werden mit Spannung erwartet</li><li>○ Beunruhigend hoher Positivenanteil in BW und HE bei 5-14jährigen: Ist der Anteil mit vorgeschalteten Antigentests darstellbar?</li></ul> <p><b><i>ToDo:</i></b> <i>Bitte an Frau Diercke, bis zur Krisenstabssitzung am Freitag zu prüfen, ob der Anteil der mit Antigentest vorgetesteten aus den Meldedaten darstellbar ist</i></p> <p>–</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Frage von Michaela Diercke: Welche Daten soll das RKI nach <b>nach § 28 ?</b> auswerten und darstellen (in Bezug auf verfügbare intensivmedizinische Kapazitäten)?</li><li>○ Allgemeinster Indikator ist der Anteil der COVID-19-Patient:innen an allen ITS-Betten (möglich wäre auch detaillierter: Bspw. Anteil der intensivbeatmeten COVID-19- Fälle an allen Intensivbeatmeten)</li></ul>	
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"><li>○ Antwort: Der allgemeinste Indikator soll berichtet werden</li></ul> <p><b>ToDo:</b> <i>Bilateraler Austausch Fischer/Diercke zu Datenstand und weiteren Details</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Durch die 2G-3G Diskussion geraten andere Hygiene(basis)maßnahmen in den Hintergrund, deren Relevanz sollte kommuniziert werden, BL konterkarieren solche Ansätze durch Reduzierung von Maßnahmen, ein Appell zur Vorsicht ist angezeigt</li><li>○ Relevanz der Basis-Hygienemaßnahmen und Stellenwert der 2G oder 3G-Regeln als zusätzliche Maßnahmen sollen im Wochenbericht und im noch in Arbeit befindlichen Stufenplan betont und auf Twitter ebenfalls kommuniziert werden</li></ul> <p><b>ToDo:</b> <i>Relevanz der Basis-Hygienemaßnahmen und Stellenwert der 2G oder 3G-Regeln als zusätzliche Maßnahmen im Wochenbericht betonen</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hinweis: Im Rahmen der UA Pandemie-Sitzung wurde durch DGPI (Tennenbaum) darauf hingewiesen, dass kein Anlass zur Sorge bezüglich der Kapazitäten vorliegt, Zahlen auf regionaler Ebene zu KH- und ITS-Kapazitäten sollen noch geliefert werden</li><li>○ Länder erfassen Ihre Kapazitäten unterschiedlich, Darstellung in Form einheitlicher Zahlen ist schwierig, aber gesetzlich gefordert</li><li>○ Janna Seifried zeigt Präsentation „Auswertung der Lolli-Tests zur Pool-PCR-Testung von Schülern in NRW – Datenstand KW34/35“ (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 800.000 Ergebnisse von allen Laboren in NW, die Pooltestungen durchführen</li><li>▪ Kumulativ 0,6% positive Ergebnisse</li><li>▪ &gt;80% der Ergebnisse erreichen Betroffene spätestens 6:00 Uhr morgens am Folgetag der Probenentnahme</li><li>▪ Poolgröße überwiegend bei 20 Teilnehmenden</li><li>▪ Auslastung der durchführenden Labore wird zu 50% durch die Lolli-Tests beansprucht</li><li>▪ Durch 100.000 Pooltests/Woche wurden &gt;300.000 Kinder getestet (möglicher weise mehr, bei</li></ul></li></ul>	
---	--

	<p>unbekannter Poolgröße wurde 1 angenommen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivenanteil nach Anstieg KW 32/33 jetzt rückläufig</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Abstimmung des Entwurfs (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Statt „Fallzahlen steigen“ Fallzahlen „sind angestiegen“ um weiteren Verlauf offen zu halten</li> <li>○ Impfung schützt „sehr gut“ wird angenommen</li> <li>○ Formulierung der Umfelder: „Größere Ausbrüche wurden bei Veranstaltungen berichtet, z.B. Tanz-, Gesangs- und anderen Feiern, besonders auch bei Großveranstaltungen und in Innenräumen“ (um alle Variationen von In- und Outdoor Veranstaltungen unterschiedlicher Größen zu erfassen)</li> <li>○ Erwähnung der CWA: CWA gehört zur Sekundärprävention, Infektionshygienische Maßnahmen sind Primärpräventiv, das sollte getrennt werden oder zumindest nicht in einer Aufzählung versammelt sein.</li> <li>○ CWA wird in der allgemeinen Einleitung erwähnt, im Abschnitt Infektionsschutzmaßnahmen wird am Ende ein zusätzlicher Hinweis zur CWA formuliert „Die Nutzung der Corona-Warn-App und ihrer vor allem für Innenräume konzipierten Check-In-Funktion kann im Falle einer Exposition zur schnellen, direkten Warnung der betroffenen Personen führen.“</li> <li>○ Hinweis, dass AHA-Regeln auch für Geimpfte gelten (Glasmacher, Oh), wird aufgenommen</li> </ul> <p><i><b>ToDo:</b> Dokument wird vor der Veröffentlichung zirkuliert</i></p>	<p>FG 38 Rexroth Alle</p> <p>Rexroth</p>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Kein Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Erstmals wieder BPK mit Herrn Wieler und Minister Spahn mit Fokus auf Impfaufruf</p> <p>! Parallel getwittert, mit Inhalten des Sprechzettels</p>	<p>BZgA (Ebrahimzad eh-Wetter)</p> <p>Presse (Degen)</p>

	<p>! Tweet zum Wochenbericht: Sollte zwei Botschaften enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Basismaßnahmen auch für Geimpfte wichtig</li> <li>- noch offen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommunikativ könnte langfristig eine Abwendung vom Fokus „Impfquote erhöhen“ hin zu „Maßnahmen, die für Geimpfte weiterhin relevant sind“ sinnvoll sein</li> <li>○ Argument des Selbstschutzes beim Impfen in den Vordergrund stellen</li> <li>○ Es wird häufig angenommen, dass Geimpfte nicht erkranken können – Hinweis dazu könnte wiederholt werden</li> <li>○ „Stay at home“ für symptomatische Personen könnte wiederholt werden</li> <li>○ Darstellung Jahresvergleich 2020/2021, dritte und vierte Welle, ist zu umfangreich für eine Twitter-Nachricht, eignet sich besser für den Wochenbericht</li> <li>○ Testung bei Geimpften muss sorgfältig formuliert werden: „mit Symptomen“ und „mit erwartbarem engem Kontakt zu Risikogruppen“ (HCW)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ToDo:</b> Endauswahl wird vor dem Absetzen von Frau Degen zirkuliert                  Auswahl</p> <p>! Zahlreiche Anfragen von Datenjournalisten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wie werden die Hospitalisierungsinzidenzen dargestellt?                      Ist bereits mit MF4 abgestimmt, alles vorbereitet, GitHub soll zugleich mit tägl. Aktualisierung des Trendberichts starten, realistischer Beginn: nächste Woche</li> <li>○ Rohdaten hinter Impfdurchbrüchen                      Hierzu soll weiterhin auf die Tabellen im Wochenbericht verwiesen werden</li> </ul> <p>! Wann wird das aktualisierte KoNa-Papier veröffentlicht?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es liegen dazu viele Anfragen von Schulen vor</li> <li>○ Wie ist die Verkürzung wissenschaftlich begründet?</li> <li>○ Veröffentlichung noch diese Woche geplant, Begründung ist in dem Papier formuliert</li> </ul>	<p>Degen</p> <p>Diercke</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>Leuker</p> <p>Rexroth</p> <p>FG 21</p>
--	---	--

	<p><b>P1</b></p> <p>! Aus vorangegangener Diskussion notiert: „Wann sollen sich Geimpfte testen lassen“</p> <p>! Mehrere Flyer sind in Arbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zu Hospitalisierung/Impfung,</li> <li>- 2G/3G - Worauf lasse ich mich ein</li> <li>- Flyer für Pflegeeinrichtungen</li> </ul> <p>! Flyer zu Pool-Tests (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entstand aus Anfrage des BMG</li> <li>○ Zielgruppe: Länder, Testkoordinatorinnen, BildungsministerInnen, auch für Eltern/Lehrer ggf. von Interesse</li> <li>○ Sollte vor Veröffentlichung mit den Ländern abgestimmt werden</li> </ul> <p><b>ToDo:</b> Frau Korr soll gebeten werden, das Thema in die Tagung der TestkoordinatorInnen am Freitag 11.09. mitzunehmen</p> <p><b>ToDo:</b> Information der Länder über AGI durch U. Rexroth</p> <p>! Frage zur CWA: Welches Procedere soll bei roter Warnung vorgeschlagen werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher: Aufsuchen von niedergelassenem Arzt/Ärztin, oder GA, weitere Entscheidungen dort, kein Automatismus (bzgl. Quarantäne oder Testung) vorgesehen</li> </ul> <p><b>ToDo:</b> Fragen zum Procedere bei roter Warnung (auch für Geimpfte) an anderer Stelle erneut einbringen</p>	<p>(Scheida)</p> <p>Scheida</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! MODUS-COVID Bericht vom 03.09.2021 (Arbeitsgruppen Nagel und Schütte (Dokument <a href="#">hier</a>))</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aussagen: Nur 2/3G-Einschränkungen ungenügend, AHA+L notwendig, zusätzlich PCR- Testung von</li> </ul>	<p>Alle Schaade</p>

	<p>Geimpften und Genesenen vor Kontakt in Innenräumen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Politik wird Stellungnahme zu diesem wissenschaftl. begründeten Vorschlag erfragen, deshalb sollte die Haltung des RKI dazu diskutiert werden</li><li>○ Ist es sinnvoll auch für Theater etc. PCR-Test zu empfehlen? Nutzen?</li><li>○ Kapazitäten nicht ausreichend, um alle Einwohner 3x/Woche PCR zu testen, grundsätzlich Testung vor Treffen in Innenräumen zu befürworten (s. auch nationale Teststrategie), PCR-Empfehlung für symptomatische Personen im Pflegesetting und Kindern in KiTa und Grundschulen</li><li>○ 2G-Regel sorgt für reduzierte Krankheitslast</li><li>○ Bei 3G ist Übertragung auf Ungeimpfte möglich</li><li>○ Das Dokument „2G/3G- Worauf lasse ich mich ein“ sollte weiterverfolgt werden</li><li>○ Kommunizieren, dass Geimpfte ein Risiko für Ungeimpfte darstellen können, insbes. bei vulnerablen Gruppen</li><li>○ Kostenfrage: Wenn es nicht erstattet wird, kann niemand regelmäßige PCR-Tests bezahlen</li><li>○ Kurzfristig ist mehr Strenge und dadurch Druck auf Ungeimpfte sinnvoll, langfristig müssen die Maßnahmen für Geimpfte wieder verschärft werden: Auch für Geimpfte Testung</li><li>○ Langfristig ist 2G und Testung sinnvoll</li><li>○ Länder gehen einen anderen Weg: keine Masken für Geimpfte, müssen Ungeimpfte (größte Krankheitslast) zur Impfung bewegen</li><li>○ Kurzer Exkurs zur rechtlichen Definition des Genesenen-Status (COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung): Ab Tag 28 bis Tag 180 nach Diagnose (PCR)</li><li>○ Testen von Geimpften aktuell nur dort, wo das Einhalten der Basismaßnahmen nicht gewährleistet ist</li><li>○ Strategisches Ziel? Einerseits halten wir nur PCR für ausreichen sicher, hier sind die Kapazitäten aber nicht ausreichend, andererseits sollen Tests in den Fokus rücken, weil die Politik von Basismaßnahmen abrückt? Kostenpflichtige Tests werden nicht realisiert werden, Testung über Arztpraxen ebenso wenig wünschenswert?</li></ul>	<p>(Seifried)</p>
--	--	-------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2G +Testung hat politisch derzeit keine Priorität</li> <li>○ Fazit: Umsetzung schwierig, es stellen sich logistische und strategische Fragen (Kapazität, Erstattung), Kontexte sollten definiert werden (Situationen in denen AHA+L nicht gewährleistet ist/ Umgang mit vulnerablen Gruppen), Diskussion muss fortgesetzt werden</li> <li>! Papier „Ein unkontrolliertes Infektionsgeschehen von SARS-CoV-2 unter Kindern ist keine akzeptable Option“</li> <li>○ Ziel: „Editorial/Meinungsdarstellung“ oder wissenschaftliches „Burden of Disease-Papier“?</li> <li>○ In der kommenden Welle wird der Infektionsdruck auf Kinder steigen, Exposition ist unvermeidlich, es besteht gleichzeitig das Recht auf Schutz und das Recht auf Bildung, Schließung der Einrichtungen kann nicht die einzige Antwort sein</li> <li>○ Was ist an Todesfällen/schweren Verläufen/Spätfolgen zu erwarten? Bei hohen absoluten Zahlen fallen auch kleine Anteil ins Gewicht</li> <li>○ FG 25 stimmt FG 33 zu, sollte faktenbasiertes Papier werden, war auch drängendes Thema im UA Pandemie, sollte mit externen Experten (u.a. der DGPI) abgestimmt werden, die die Lage intensiv beobachten</li> <li>○ RKI ist oberste Instanz für Infektionsschutz, sollte sich dafür aussprechen</li> <li>○ Datenbelege vor dem Winter wohl kaum möglich</li> <li>○ Deutsche Pädiater scheinen, im Gegensatz zu anderen Ländern, nicht eindeutig Position für den Infektionsschutz zu beziehen (s. FAZ-Veröffentlichung zur Beendigung aller Schutzmaßnahmen), Konsentierung deshalb schwierig, das Papier sollte jetzt als Meinungspapier erscheinen, da die jetzigen Entscheidungen weitreichende Folgen haben können</li> <li>○ Wichtige, bei Entscheidungen zu bedenkende, Aspekte nennen, Faktenlage soweit möglich fassen, Unsicherheiten betonen, kürzen</li> <li>○ RKI sollte aber nicht ausschließlich als Infektionsvermeider gesehen werden, Kinder müssen geschützt werden, aber das heißt nicht unbedingt Schließung</li> <li>○ Es ist unsicher, ob die Komplexität aus fachlicher Sicht solide dargestellt werden kann</li> <li>○ Könnte als Zustimmung zu bspw. FAZ-Papier gewertet</li> </ul>	<p>Scheidt-Nave</p> <p>Oh</p> <p>Mielke</p> <p>Schaade</p>
--	---	--



	<p>werde, wenn das RKI sich nicht äußert,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zusammenfassung: Es soll eine Äußerung erfolgen, Unsicherheiten, zu klärende Fragen, wichtige Aspekte und bekannte Fakten sollen formuliert werden, bevor nicht umkehrbare Entscheidungen getroffen werden. Danach kann entschieden werden, wer mit ins Boot geholt werden kann (Fachgesellschaften), dann könnten z.B. Herr Wieler mit Vorsitzenden der DGPI oder der Ärztekammer zusammen Autorenschaft übernehmen</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Hinweise zur Kontaktpersonennachverfolgung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bereits von AGI konsentiert</li> <li>○ Hinweise für GÄ zu Schulen sind darin verlinkt</li> <li>○ Begründung der Verkürzung: Kleine Formulierungsänderung, „toleriert“ wird gestrichen, Verhältnismäßigkeit betont</li> <li>○ 3.1.1 MNS/FFP2 als ausreichender Schutz auch bei engem Kontakt bleibt Mitarbeitern im Gesundheitswesen vorbehalten, wird nicht auf andere Berufsgruppen ausgeweitet</li> <li>○ Als Beispiel für Situationen mit hoher Aerosolproduktion wird statt Sport „Fitnessstudios“ eingefügt</li> <li>○ Veröffentlichung Donnerstag, 09.09., die derzeitige Infografik wird entfernt, die aktualisierte Infografik wird am Freitag oder Montag nachträglich eingefügt</li> </ul>	FG 36 (Kröger)
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	ZBS7
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	FG37
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p>	FG38

	! Nicht besprochen	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (<i>nur freitags</i>)</b> ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Keine vermerkt	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 10.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 13:51 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 10.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Walter Haas
○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda
○ Lars Schaade	○ Stefan Kröger
! Abt. 1	! FG37
○ Martin Mielke	○ Muna Abu Sin
! Abt. 2	! FG38
○ Thomas Ziese	○ Ute Rexroth
! Abt. 3	○ Maria an der Heiden
○ Osamah Hamouda	○ Renke Biallas (Protokoll)
○ Tanja Jung-Sendzik	! ZBS7
○ Janna Seifried	○ Michaela Niebank
! FG14	! ZBS1
○ Melanie Brunke	○ Janine Michel
! FG17	! P1
○ Djin-Ye Oh	○ John Gubernath
! FG21	! Presse
○ Wolfgang Scheida	○ Susanne Glasmacher
! FG32	○ Jamela Seedat
○ Michaela Diercke	! ZIG
! FG33	○ Johanna Hanefeld
○ Ole Wichmann	! ZIG1
! FG34	○ Eugenia Romo Ventura
○ Viviane Bremer	! BZgA
	○ Heide Ebrahimzadeh-Wetter





	<p>4. LK mit 7TI &gt;25/100.000 EW: 383/412 (-4)</p> <p>5. LK mit 7TI &gt;50/100.000 EW: 307/412 (+6)</p> <p>6. LK mit 7TI &gt;100/100.000 EW: 113/412 (-3)</p> <p>12. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Leichter Verzug bei der Meldung.</li> <li>2. Bremen mit einer erwarteten HI von über 7</li> <li>3. SL, NW, HE und BY alle &gt;2</li> <li>4. Verteilung auf LK Ebene ähnlich wie 7TI (Ost-West, Nord-Süd); häufig bereits bei niedriger Fallzahl hohe HI</li> </ol> <p>13. Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktuell steigender Trend beobachtbar</li> <li>2. Keine Übersterblichkeit beobachtbar</li> </ol> <p>14. Expositionsländer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fallzahl mit Exposition im Ausland von 30% auf 17-20% gesunken</li> <li>2. Häufigste Expositionsländer: Türkei und Balkanländer</li> </ol> <p>15. Anteil COVID-19 mit und ohne AG-Nachweis</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aufgabe zur Darstellung aus der letzten Sitzung (siehe Folien)</li> <li>2. Anteil bei den 15-34-Jährigen hoch (12%) aber nicht so hoch, als dass ein starker Einfluss auf die steigenden Meldezahlen erklärt werden könnte</li> </ol> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>! Frage: Wann können die entsprechenden Indikatoren (7T HI) nach gesetzl. Vorgabe bereitgestellt werden?</p> <p>! Antwort: Dies wird gerade vorbereitet, so dass die Indikatoren tagesaktuell berichtet werden. Das kann bereits ab der kommenden Woche gewährleistet werden. Die Funktion der Stratifizierung nach BL und Alter wird noch bearbeitet und steht hoffentlich auch ab der kommenden Woche zur Verfügung. Die Indikatoren werden auf Landesebene und nicht auf Landkreisebene ausgewiesen. Vom RKI wird eine Ausweisung von LK nicht erwartet (derzeitig mindestens Landesebene). Das BMG bittet auch um eine tägliche Berichterstattung der 7-Tages Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesländern.</p>	<p>Schaade</p> <p>Diercke</p> <p>Rexroth</p>
--	--	--



	<p>! Ein Bedarf der Adjustierung bestehender Grenzwerte wird momentan nicht gesehen.</p> <p>! Zu dem Ausbruchsgeschehen in einem Club in Münster gibt es bisher noch keine Einladung zur Ausbruchsuntersuchung. Trotz bestehender 2G-Reglung kam es vermehrt zu Infektionen.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! Mission nach Montenegro mit Abteilung 3 zur Initiierung einer Telemedizin-Brücke mit der Charité.</p> <p>! Eine weitere Mission nach Usbekistan geplant.</p> <p>! Weiterhin Aktivitäten in Namibia, wo die dritte Welle abgeklungen ist. Allerdings zeigen sich bereits erste Anzeichen einer 4. Welle. Pläne zur weiteren Unterstützung und Aufbau von Ressourcen um diese zu mildern werden geprüft.</p>	ZIG (Hanefeld)
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>CWA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>33,5 Mio. Downloads</li> <li>&gt;1400 warnende Personen, 519.000 geteilte positive Ergebnisse</li> <li>Version 2.9. am 08.09.2021 veröffentlicht; neue Funktion „Stellvertreter Warnung“; Personen ohne CWQ können Teilnehmer an einem Event warnen</li> <li>Gute Resonanz in Social Media (Tweets &lt;180k Views, 8000 Interaktionen, &gt;1000 Likes, 200 Retweets)</li> <li>Großes Medienecho (Zeit, Spiegel, Heise, Chip, CB, Regios usw.)</li> </ol> <p>CovPass-App:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>18,4 Mio. Downloads</li> <li>109,63 DCC (Impf- / Genesenen- / Test-Zertifikate)</li> </ol> <p>DEA:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ca. 70.000 Anmeldungen pro Tag</li> <li>&gt;13,3 Mio. Anmeldungen seit 11/2020</li> <li>Neues Release 09.09.2021 online; u.a. Gebärdensprachfilm, Optimierung Verlinkung (FAQ)</li> </ol> <p>Interesse an Geschehen in Münster, da die CWA dort auch eingesetzt wurde</p>	FG21 (Scheida)
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! 3 neue Merkblätter: 1. + 2. Schutzimpfung Kinder und Jugendliche, für Eltern und Kinder, 3. Long COVID</p> <p>! Merkblätter der BZgA zur Corona-Schutzimpfung bei Kindern und Jugendlichen ab 12 Jahren auf <a href="https://infektionsschutz.de">infektionsschutz.de</a>: <a href="https://rki.webex.com/rki-en/url.php?">https://rki.webex.com/rki-en/url.php?</a></p>	BZgA (Ebrahimzadeh-Wetter)

	<p><a href="https://www.infektionsschutz.de/materialienmedien/corona-schutzimpfung.html">frompanel=false&amp;gourl=https%3A%2F%2Fwww.infektionsschutz.de%2Fcoronavirus%2Fmaterialienmedien%2Fcorona-schutzimpfung.html</a></p> <p>! Merkblatt der BZgA zu Long COVID: <a href="https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/basisinformationen/long-covid-langzeitfolgen-von-covid-19.html">https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/basisinformationen/long-covid-langzeitfolgen-von-covid-19.html</a></p> <p><b>Presse:</b></p> <p>! Veröffentlichungen im EpiBull:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Online Vorabveröffentlichung diese zur Therapie mit monoklonalen Antikörpern vom UKE Hamburg</li> <li>○ In der kommenden Woche geplanter Artikel mit Ergebnissen der Studie zur Seroprävalenz</li> <li>○ Artikel zur Impfeffektivität gegen die Delta-Variante wird voraussichtlich am Dienstag veröffentlicht (vorab online)</li> <li>○ Artikel zur STIKO Empfehlung für Schwangere, auch für nächste Woche vorab online geplant</li> </ul> <p>! Heute Pressemitteilung zur STIKO Empfehlung erfolgt</p> <p><b>P1</b></p> <p>! Hinweis, dass noch bis Montag (13.09.2021) DS Input zur Impfkommunikation (Social Cards "Hospitalisierungen und Impfungen") eingebaut werden kann</p>	<p>Presse (Glasmacher &amp; Seedat)</p> <p>P1 (Gubernat h)</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Am Donnerstag erfolgte vor Veröffentlichung der Aktualisierung des Kontaktnachverfolgungsmanagement-Papiers eine ministerielle Weisung zur Ergänzung. Diese beinhaltete die Berücksichtigung der AG-Tests für die Freitestung auch schon nach 5 Tagen. Es wurde von RKI-Seite die Notwendigkeit der Seriellen Testung im Anschluss an die Freitestung ergänzt, damit das Sicherheitsniveau erreicht wird und so umgesetzt. Der neue Passus sorgte für Irritation auf Seiten der Länder. Eine derartige Einflussnahme seitens des BMG in RKI-Dokumente ist ungewöhnlich. Die Weisungsbefugnis des Ministers bei technischen Dokumenten des RKI wird derzeit von L1 rechtlich geprüft. Aktuelle Einschätzung der RKI-Leitung ist, dass die Empfehlungen durch das RKI in der Rolle einer Bundesbehörde ausgesprochen werden, und einer ministeriellen Weisung zur Ergänzung dieser Empfehlung nachgekommen werden muss, da das BMG die Fachaufsicht über das RKI hat und sich als Institut nicht auf Freiheit der Wissenschaft berufen kann. Die wissenschaftliche Unabhängigkeit des RKI von der Politik ist insofern eingeschränkt.</p>	<p>Alle</p> <p>Hamouda</p>





	<p>(2) Reduzierte Wirksamkeit aufgrund einer neuen Variante;  (3) Primär keine gute Effektivität bei besonderen Risiko-Gruppen (z.B. Immundefizienz). Bei der älteren Bevölkerung sind es wahrscheinlich (2) &amp; (3). Ausbrüche in entsprechenden Settings sind nicht unerwartet., jedoch ist die Evidenz nicht eindeutig und muss kritisch betrachtet werden. Eine ausgiebige Abwägung von Nutzen und Risiko muss erfolgen. Nebenwirkungen können potentiell in dieser Altersgruppe schwerwiegend sein.  Kommentar: Die Impfdurchbrüche finden häufig relativ kurz nach der Impfung statt. Das könnte in diesen Fällen auch für ein primäres Impfversagen sprechen. Eine Überlegung wäre es ob die Grundimmunisierung könnte in dieser Altersgruppe auch durch drei Impfungen bestehen.</p> <p>Frage: Von welchem Schutz geht man bei hochaltrigen Menschen aus – oder der realistisch erreicht werden kann?  Antwort: Dazu kommt kommende Woche eine Publikation im EpiBull. Im Rahmen einer Meta-Analyse von 6 Beobachtungsstudien zeigte sich eine Wirksamkeit der Impfung (bei DELTA) von 91% bei Hospitalisierungen, 75% bei symptomatischen Infektionen und 63% bei asymptomatischen Infektionen. Über die Zeit (Real-World Evidenz) gibt es sehr wenig Evidenz. Ein Abfall der Wirksamkeit könnte bei begrenzter Evidenz angenommen werden, aber v.a. bei milden Krankheitsverläufen. Eine Auffrischungsimpfung könnte auch in der älteren Bevölkerung einen Effekt haben.</p>	<p>Schaade</p> <p>Haas</p> <p>Wichmann</p>
<p>9</p>	<p>Die Corona-Testverordnung wird derzeit erneuert. Eine Stellungnahme wurde angefertigt. Im Wesentlichen geht es um die Änderung der Finanzierung der Bürger:innentests. Die Finanzierung soll nur noch für besondere Personengruppen - die voll empfänglich für eine Infektion sind - übernommen werden. In der Neuen Verordnung wird der Begriff „Vulnerable Gruppen“ genutzt. Ein besser geeigneter Begriff könnte genutzt werden und sollte gesucht werden. Das entsprechende Dokument wird geteilt.</p> <p><i>ToDo: Entsprechende Dokumente in die Runde weiterleiten</i></p> <p><b>Diskussion:</b>  Frage: Gibt es eine Stellungnahme oder fachliche Abwägung zu der Abschaffung der Finanzierung und ist dies im Sinne des RKI bzw. der verfolgten Vorhaben?  Antwort: In Stellungnahme von Herrn Mielke wird darauf hingewiesen, dass der Zugang zum Testen mit angemessener Qualität möglich gemacht werden muss – auch vor dem Hintergrund der geltenden 3G-Regelung. Eine Lösung durch den freien Markt wird nicht als wegführend oder geboten erachtet. Diese Entscheidung geht zurück auf die letzte Konferenz der Minister:innen und Kanzlerin. Ob dies ein geeignetes Mittel zur Förderung der Impfteilnahme ist, bleibt</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p> <p>Mielke</p>



	<p>fraglich.          Kommentar: Beobachtung aus Impf-Surveillance - Personen die sich zur Impfung gedrängt fühlen, lassen sich weniger impfen.          Kommentar: Eine weitere Diskussion zur Wirkung dieser neuen Verordnung sollte zeitnah erfolgen. Mit der Zeit wird klarer werden, ob Geimpfte und Genesene sich auch testen lassen müssen und welchen Stellenwert die Tests in der Zukunft haben werden, v.a. mit dem Ziel die Ausbreitung von Infektionen einzudämmen. Daher ist das Ende einer Kostenübernahmen von Bürgertests nicht unbedingt zielführend oder sogar verfrüht.          Das RKI hat weiterhin u.a. das Ziel der Eindämmung des Infektionsgeschehens. Das Ziel der Politik ist momentan die Krankenhausbelastung im Rahmen zu halten. Eine Diskussion zur genauen Positionierung des RKIs sollte erfolgen.</p>	<p>Mielke          Kröger          Mielle          Wichmann          Seifried,          Kröger</p>
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b>  Diese Woche wurden Gelder für eine Machbarkeitsstudie zur Abwasser-Surveillance bewilligt. Für die Übergangszeit werden EU-Gelder beantragt.	FG 32 (Diercke)
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  Kein Bericht	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b>  Die Erlassberichterstattung soll abschließend durch das Lagezentrum oder Leitung an die einzelnen Berichterstatter:innen gesendet werden (bcc), so können diese den Prozess direkt nachvollziehen und das Endprodukt sehen, ohne dass die BMG-Mitarbeitenden Rückfragen direkt an sie schicken..	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  (Keine vermerkt)	Alle

<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

**Ende: 13:01 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 15.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG34
! Institutsleitung	o Viviane Bremer
o Lars Schaade	! FG36
o Esther-Maria Antão	o Walter Haas
o	o Silke Buda
! Abt. 1	o Stefan Kröger
o Martin Mielke	! FG37
! Abt. 3	o Tim Eckmanns
o Osamah Hamouda	! FG38
o Tanja Jung-Sendzik	o Ute Rexroth
o Janna Seifried	o Renke Biallas (Protokoll)
! FG12	! ZBS7
o Annette Mankertz	o Michaela Niebank
! FG14	! MF4
o Mardjan Arvand	o Martina Fischer
! FG17	! P1
o Ralf Dürrwald	o Christina Leuker
! FG21	! Presse
o Wolfgang Scheida	o Ronja Wenchel
! FG25	! ZIG
o Christa Scheidt-Nave	o Johanna Hanefeld
! FG32	! BZgA
o Michaela Diercke	o Heide Ebrahimzadeh-
! FG33	Wetter
o Thomas Harder	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage:</b></p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.101.931                      (+12.455), davon 92.769 (+83) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 77,9/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 55.465.975 (66,7%),                      mit vollständiger Impfung 51.902.433 (62,4%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Leichte Trendveränderung in der BL Verteilung. Weiterhin das                      beobachtete Gefälle aber nun auch Anstieg in den östlichen                      Bundesländern                      Anzahl der LK mit 7-TI &gt; 25/100.000 EW 384/421 (-5)                      Anzahl der LK mit 7-TI &gt; 50/100.000 EW 294/421 (-9)                      Anzahl der LK mit 7-TI &gt; 100/100.000 EW 87/421 (-15)                      höherer Inzidenz bei jüngeren Menschen, wobei in Regionen                      mit sehr hoher Inzidenz unter jüngeren Menschen auch die                      hochaltrigen stärker betroffen sind                      7-TI &gt; 80/100.000 EW in Gebieten, wo bereits in                      Vergangenheit hohe Inzidenzwerte beobachtet wurden; sehr                      hohe Werte in Arweiler und Berchtesgaden (7-TI &gt;                      500/100.000 EW)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach                      Altersgruppe:                      Die Hospitalisierungsinzidenz steigt mit steigendem Alter, am                      stärksten Betroffen sind Menschen &gt; 80 Jahre                      Steigender Trend im gesamten Bundesgebiet                      Hospitalisierte insg. 1,88 / 100.000 EW                      Hospitalisierte ab 60 Jahre 2,77 / 100.000 EW                      Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche:                      Derzeit abflachender Trend                      Größter Anteil bei den &gt; 80-Jährigen                      Wahrscheinliche Expositionsländer:                      Am häufigsten genannte Expositionsländer weiterhin Türkei                      und Länder des Balkans</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b>, Folien <a href="#">hier</a>                      Testzahlen und Positivquote                      Zunahme der Testungen in KW 36 auf &gt; 990.000 Tests (ca.                      +5% im Vergleich zur Vorwoche)                      Abnahme der Positivquote auf 8%                      Auslastung der Kapazitäten                      Kapazitäten nach wie vor vorhanden (in den letzten 2 Wochen                      leicht erhöht), allerdings Verteilung der Auslastung in den                      Laboren pro Bundesland sehr unterschiedlich</p> <p><b>ARS-Daten</b>, Folien <a href="#">hier</a>                      Anzahl Testungen und Positivenanteile</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>Hamouda</p> <p>Eckmanns</p>

	<p>Geringe Abnahme der Gesamtzahl der Testungen, Positivanteil nimmt ebenfalls ab Trend in allen BL beobachtbar, trotz vermehrter Tests in einigen BL (z.B. NI) Weniger Tests im Vergleich zum Vorjahr, v.a. in NW deutlicher Rückgang, beim Rest der BL relativ stabil oder sogar steigend Zeitverzug zwischen Probenentnahme und Testung hat in der letzten Woche weiter zugenommen, trotz vorhandener Kapazitäten. Teils sogar bis zu 5 Tagen Wartezeit in TH Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe Im Jahresvergleich mit 2020 weiterhin leichter Rückgang der Testungen außer bei den 0-4jährigen Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab Bundesland- und altersstratifizierte Auswertungen Pos. Anteil geht in Hessen zurück und es wurde mehr getestet In NW werden 5-14jährige deutlich weniger getestet, mit einem stabilen leicht rückgängigem Positivenanteil Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort Arztpraxen testen nicht viel mehr, eher Rückgang, hier eher jüngere Erwachsene Anzahl der Testungen in KH stabil, überwiegend werden hier &gt;80jährige getestet Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen Sehr hoher pos. Anteil lediglich am Beginn des aktuellen Ausbruchs Ausbruchsgeschehen in Krankenhäusern und Alten- und Pflegeeinrichtungen nehmen wieder zu (80 Ausbrüche)</p> <p>! <b>VOC &amp; VOI Daten</b>, Folien <a href="#">hier</a> Übersicht VOC in Erhebungssystemen Bei Genomsequenzierung liegt der Delta-Anteil bei 99,7 %, in allen Erhebungssystemen über 99% Alpha in allen Erhebungssystemen ≤ 0,2% Keine VOI-Nachweise Anteile der Genomsequenzierung sollte 10-15% betragen, momentan unter dem Ziel Keine Veränderungen in den Anteilen der Delta Sublinien</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b>, Folien <a href="#">hier</a> GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 36. KW 2021 bei ca. 3.400 ARE pro 100.000 Einwohner (leichter Rückgang) Entspricht einer Gesamtzahl von ca. 2,8 Millionen akuten Atemwegserkrankungen (Vorwoche: ca. 3,0 Mio). Rückgang in allen Altersgruppen, Ausnahme: 15- bis 34-Jährige</p> <p>Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) Anstieg in allen AGs; prozentualer Anstieg liegt zwischen 6 % (35-59J.) und 12 % (5-14J.) Der Wert (gesamt) lag in der 36. KW 2021 bei knapp 900 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW.</p>	<p>Kröger</p> <p>Buda</p>
--	---	---------------------------





	<p>Das entspricht einer Gesamtzahl von ca. 745.000 Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen</p> <p>Unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen BL: Beispiel: In BB/BE sehr deutlicher/kontinuierlicher Anstieg in nahezu allen AGs, in BY (noch Ferien) dagegen eher stagnierend</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance</p> <p>SARI-Fallzahlen sind insgesamt deutlich gestiegen</p> <p>nahezu Verdopplung der Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre (42% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), deutlich über Niveau der Vorjahre</p> <p>AG 35-59 Jahre wieder leichter Rückgang, aber immer noch deutlich über Niveau der Vorjahre</p> <p>Anstieg auch in AG 15-34 (pendelt seit einigen Wochen) und AG 80+ ; beide AG leicht über Vorjahresniveau</p> <p>Anteil SARI-COVID-Fälle in den letzten beiden Wochen wieder leicht gesunken: Anteil COVID-19 an SARI 24% (KW 35: 29%)</p> <p>Anteil SARI-COVID-Fälle unter Intensivbehandlungen mit SARI seit 3 Wochen relativ stabil über 50%: Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 51% (KW 35: 52%)</p> <p>Deutlicher Anstieg der Intensivbehandlungen bei COVID-19-Patienten mit SARI in AG 60-79 Jahre (überproportional zum Anstieg der COVID-SARI-Fälle in dieser AG)</p> <p>Ausbrüche in KITA/Hort</p> <p>62 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen)</p> <p>Seit Mitte August zeichnet sich wieder ein Anstieg ab</p> <p>Anteil AG 0-5 an allen Kita-Ausbruchsfällen lag im Juli/August 2021 bei 66%, im Juli/August 2020 waren es nur 27%</p> <p><b>Eckdaten der letzten 4 Wochen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, median: 4 Fälle;</li> <li>2. es kommen aber auch größere Ausbrüche mit bis zu 28 Fällen vor</li> <li>3. Ausbrüche in den letzten 4 Wochen v. a. in NRW (n=31) und BW (n=20)</li> </ol> <p>Ausbrüche in Schulen</p> <p>95 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen)</p> <p>Deutlicher Anstieg seit Anfang August</p> <p>Seit Mitte Juli 2021 insbesondere AG 6-14 betroffen (74% an allen Ausbruchsfällen; AG 21 nur bei 7%)</p> <p><b>Eckdaten der letzten 4 Wochen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 4 Fälle, median: 3 Fälle pro Ausbruch; 10 Ausbrüche mit &gt; 10 Fällen</li> <li>5. Ca. 1/3 der Ausbrüche in NRW (n=73); gefolgt von BB (n=30), BE (n=29)</li> </ol> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten, Folien <a href="#">hier</a></b></p> <p>KW 36 hohe Zahl an Probeneingängen, 204 Einsendungen aus 39 Arztpraxen,</p> <p>67% Positivenrate (136/204)</p> <p>6604 Proben im Sentinel (Vergleich 2017/18: 6172)</p> <p>AG 0-4 Jährige höchster Anteil in Bezug auf eingesendete Proben</p> <p>RSV deutlicher Anstieg auf 12% im Sentinel</p>	
		Dürrwald

	<p>Derzeitige Influenza-Saison in fast allen Ländern schwach ausgefallen oder ausgeblieben</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b>, Folien <a href="#">hier</a>  COVID-19-Intensivpflichtige  Mit Stand 15.09.2021 werden 1.519 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.  In vielen Bundesländern sind wieder Anstiege in der COVID-ITS-Belegung zu beobachten  Die täglichen Neuaufnahmen von COVID-Patienten auf ITS nehmen zu (+670 letzte 7 Tage), alle Behandlungsgruppen sind ansteigend  Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer  BL verzeichnen weiterhin Anstiege (v.a. BE, NI, HH), NW relativ schwach im Vergleich.  Insgesamt steigender Trend, v.a. Ballungszentren und Süden + Westen  Altersstruktur  &gt; 50% der Belegung durch AG &gt;50 Jahre  AG &gt;80 Jahre Zunahme an Belegung  SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen  Für die nächsten 20 Tage moderater Anstieg; Rückgang / Stagnation in BY, BW; Norden und Osten stärkerer Anstieg  ECMO Kapazitäten: Anteil der COVID-Patienten zunehmend</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die derzeitigen Daten deuten darauf hin, dass Ausbruchsgeschehen gut beobachtet und kontrolliert wird. Mehrere Ursachen dazu wurden diskutiert. Effekte durch die vermehrte Testung Reisender oder von Schüler:innen könnte dazu beigetragen haben. Diese zusätzlichen Testungen haben zu einer verbesserten Erkennung von infizierten oder erkrankten geführt. Aber auch die Verhaltensänderung könnte einen großen Einfluss darauf gehabt haben. Dies könnte positiv an die Bevölkerung kommuniziert werden. Nicht nur Schutzmaßnahmen aber auch das tägliche Verhalten einer jeden Person kann dazu beitragen, dass sich weniger Personen infizieren und erkranken.  Personen haben sich in den Sommer Monaten vermehrt draußen aufgehalten. Eine Trendwendung könnte mit den kommenden kühleren Monaten eintreten.  Mit der unterschiedlichen Graduierung der Schutzmaßnahmen treten andere Viren vermehrt oder vermindert auf (z.B. Lockerung der Maßnahmen -&gt; erhöhter Anteil an Rhinoviren in Surveillance).</p> <p><b>ToDo:</b> Die Mögliche Rolle der Verhaltensänderung im kommenden Wochenbericht kommunizieren</p>	<p>Fischer</p>
--	---	----------------



		Fischer, Abt. 2
2	<b>Internationales (nur freitags)</b> (nicht berichtet)	ZIG
3	<b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b> (nicht berichtet)	FG21
4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> vertagt auf die kommende Woche	Abt. 3
5	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> Kommunikation rund um die aktuelle STIKO Empfehlung zu Schwangeren und Stillenden, voraussichtlich soll die Publikation morgen erfolgen <b>Presse</b> Redaktionssystem zieht Ende September in ein neues Rechencenter um. Im Zeitraum 27.09. bis 29.09.2021 können nur dringliche Anliegen übernommen werden. Es wird auch ein kurzes Zeitfenster 29.09.2021 geben, wo nichts publiziert werden kann. Bitte an die Pressestelle wenden, falls in diesem Zeitraum wichtige Publikationen anstehen Kernbotschaften für den Wochenberichten: Zunahmen der COVID-19 Fälle in KH und Alten- und Pflegeeinrichtungen <b>P1</b> Flyer „Vier Tipps gegen CORONA.“ Wurde vorgestellt und im Plenum überprüft, diskutiert und soll angepasst werden. Es wird ein Hinweis im Flyer auf den Stufenplan integriert. Damit kann auch auf komplexere Themen hingewiesen werden, bzw. diese spezifiziert werden <b>ToDo:</b> <i>Erläuterung der HI und Methodik sollte bis kommende Woche diskutiert werden, damit dies möglich zeitig publiziert werden kann (z.B. Webpage oder Wochenbericht)</i> <i>Flyer „Vier Tipps gegen Corona“ muss überarbeitet werden</i>	BZgA  Presse    P1      Hamouda, Diercke



<b>6</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>Allgemein</b> (nicht berichtet) <b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)	Alle  Abt. 3
<b>7</b>	<b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	Alle
<b>8</b>	<b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet) <b>STIKO</b> (nicht berichtet)	FG33
<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> <b>FG17</b> (nicht berichtet) <b>ZBS1</b> (nicht berichtet)	FG17  ZBS1
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> (nicht berichtet)	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Freitag, 17.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:04 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 17.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34	
!	Institutsleitung	o Andrea Sailer (Protokoll)	
	o Lars Schaade	!	FG36
	o Lothar Wieler	o Silke Buda	
	o Esther-Maria Antão	!	FG37
!	Abt. 1	o Tim Eckmanns	
	o Martin Mielke	!	FG 38
!	Abt. 2	o Ulrike Grote	
	o Thomas Ziese	!	P1
!	Abt. 3	o John Gubernath	
	o Tanja Jung-Sendzik	!	Presse
	o Janna Seifried	o Ronja Wenchel	
!	ZIG	o Susanne Glasmacher	
	o Johanna Hanefeld	!	ZBS1
!	FG17	o Janine Michel	
	o Ralf Dürrwald	!	ZBS7
!	FG21	o Michaela Niebank	
	o Patrick Schmich	!	ZIG1
	o Wolfgang Scheida	o Sofie Gillesberg Raiser	
!	FG 31	o Romy Kerber	
	o Göran Kirchner	!	BZgA
!	FG 32	o Martin Dietrich	
	o Claudia Sievers		
	o Justus Benzler		
!	FG 33		
	o Ole Wichmann		







	<p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>16. SurvNet übermittelt: 4.125.878 (+11.022), davon 92.857 (+20) Todesfälle</p> <p>17. 7-Tage-Inzidenz 74,7/100.000 Einw.</p> <p>1. Hospitalisierungsinzidenz der &gt;60 Jährigen steigt weiter.</p> <p>18. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 55.595.233 (66,9%), mit vollständiger Impfung 52.098.316 (62,7%)</p> <p>19. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <p>1. In westdeutschen BL sinken Inzidenzen wieder.</p> <p>20. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tag-Inzidenz</p> <p>1. In Westdeutschland nehmen Fallzahlen ab, im Osten nehmen sie zu.</p> <p>21. Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer</p> <p>1. Bleibt stabil oder nimmt leicht ab.</p> <p>22. Geografische Verteilung: 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz</p> <p>1. Quer durch Republik verteilt</p> <p>23. Anteil COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis</p> <p>1. Von allen positiven PCR-Nachweisen wurde weiterhin bei ca. 10% davor ein Antigentest durchgeführt.</p> <p>24. Sterbefallzahlen</p> <p>1. Nach wie vor sehr geringe Sterbefallzahlen.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Vorbereitung Mission nach Usbekistan, Unterstützungsmission nach Montenegro</p> <p>! Großes Afrika CDC-Projekt hat letzte Woche begonnen.</p> <p>! Diese Woche Briefing für GOARN-Mitglieder zur SAGO-Gruppe:</p> <p>25. Scientific Advisory Group for the Origins of Novel Pathogens</p> <p>26. Neuer Call für Bewerbung, ca. 500 Bewerbungen eingegangen, bis letzte Woche jedoch von keinem Wissenschaftler aus Afrika oder Lateinamerika (schlechtere Vernetzung, Einfluss Chinas?), deshalb Bewerbungsfrist verlängert.</p> <p>27. Gruppe wird aus 25 Mitgliedern für 2 Jahre bestehen, Ziel:</p>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>

	Entwicklung von SOP, keine Feldmissionen	
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>! <b>Evaluation Corona-Warn-App</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel der Evaluation <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nachweis, ob CWA für ihre Zwecke (Abruf eines Testergebnisses, Warnung Anderer, Risikoermittlung) gut geeignet ist.</li> <li>▪ Wirksamkeit und Nutzen</li> </ul> </li> <li>○ Datenspende: Privacy Preserving Analytics (PPA) <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Daten können nicht direkt erhoben werden. Nutzer geben ihre Zustimmung zur Datenspende, um die Nutzung der App zu analysieren.</li> <li>▪ 12 Mio. Geräte nehmen täglich teil, insg. fast 9 Mio. Datensätze</li> </ul> </li> <li>○ Zweck 1: Abruf eines Testergebnisses <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie lange hat es von Testregistrierung bis zum Abruf gedauert?</li> <li>▪ Bei der Hälfte der Tests wurde das Ergebnis bereits nach 11 Stunden berichtet, im Mittel nach 19,7 Stunden.</li> </ul> </li> <li>○ Zweck 2: Warnung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie viele Personen werden durch die App gewarnt?</li> <li>▪ Ca. 4 Personen werden von 1 pos. Person mit „erhöhtem Risiko“ gewarnt, ca. 10 mit „niedrigem Risiko“.</li> <li>▪ Verhältnis zwischen Warnungen mit erhöhtem und niedrigem Risiko schwankt.</li> </ul> </li> <li>○ Zweck 3: Risikoermittlung, Positivenanteil nach Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach Bewertung „erhöhtes Risiko“ ist das Risiko doppelt so hoch positiv zu sein, als bei Personen, die nicht gewarnt wurden.</li> <li>▪ Etwa jede 5. Person, die eine Begegnung mit erhöhtem Risiko hatte, wurde anschließend positiv getestet.</li> <li>▪ Positivenrate, der mit erhöhtem Risiko gewarnten Personen ist relativ konstant. Rate, der mit niedrigem Risiko gewarnten schwankt stark.</li> <li>▪ Grüne Kurve (niedriges Risiko mit Risikobegegnung) übersteigt zum Teil die rote Kurve (erhöhtes Risiko): fällt mit Ende des Lockdowns zusammen, evtl. auch Probleme bei Übermittlung.</li> <li>▪ Deutliche Selbstfilterung, nicht alle Personen machen nach einer Warnung auch einen Test.</li> </ul> </li> <li>○ Nutzen: Downloads vs. aktive Apps vs. aktive Nutzende <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ca. 54% nehmen an der Datenspende teil (Schätzung anhand der gespendeten Testergebnisse).</li> <li>▪ Schätzung der aktiven Apps: 24 Mio. und der aktiv Nutzenden: 21 Mio.</li> <li>▪ Beim Vergleich aktiv Nutzende vs. Downloads ist Deutschland im internationalen Vergleich ziemlich weit vorne.</li> </ul> </li> <li>○ Fazit: wirksam und nützlich <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schnelle Übermittlung von PCR- und Antigenschnell-</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG31 (Kirchner)</p>

	<p>Testergebnissen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personen werden zeitnah gewarnt, im Mittel 3,7 Tage nach Risikobegegnung.</li> <li>▪ Personen passen ihr Verhalten nach Warnung an. Testung im Mittel 3,7 Tage nach einer Warnung.</li> <li>▪ Die Warnungen sind genau.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Demografie der Nutzenden             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Unterschied zwischen Ost und West, ländlichen und urbanen Gebieten</li> </ul> </li> <li>○ Mehr dazu auf dem Science-Blog: <a href="https://www.coronawarn.app/de/science/">https://www.coronawarn.app/de/science/</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie groß ist das Interesse am Science Blog?</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Scheida recherchiert Zugriffszahlen.</i></p> <p>! Ist eine zusammenfassende Publikation geplant?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Möglichst auf internationaler und nationaler Ebene, welches Leserpublikum ist das Beste?</li> </ul> <p>! Delta-Variante überträgt sich deutlich schneller, sind weitere Anpassungen sinnvoll?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Konstanten in Messprogrammen wurden mehrfach und auch mit Beginn der Deltavariante angepasst (im Moment auf 9 gewichtete Minuten eingestellt). Es ist möglich die Parameter weiter anzupassen.</li> </ul> <p>! Mit Nahfeld scheint die App gut zu funktionieren, kann man beim niedrigen Risiko noch nachsteuern und Aerosole mitabbilden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unterschiedliche Entfernungen werden unterschiedlich gewichtet.</li> </ul> <p>! Besser noch funktionieren die Eventcheck-Warnungen, hier kann auch zwischen drinnen und draußen unterschieden werden.</p> <p>! Gerade in Innenräumen sollte die Check-in Funktion genutzt werden und draußen die Entfernungsmessung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte weiter so kommuniziert werden.</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! nächste Woche geplant</p>	Alle
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Impfaktionswoche: digitales Impfpaket für ÖGD, in leichter Sprache und in 15 Fremdsprachen</p> <p>! Wie können Ungeimpfte motiviert werden? Kommunikative Ansätze; Subgruppen, die noch gewinnbar sind?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Befragung der BZgA waren ca. 20% ungeimpft. Davon sind nur 4-5% Impfgegner.</li> <li>○ Kommunikativ interessant sind die, die noch zur Impfung</li> </ul>	BZgA (Dietrich)

	<p>bewegt werden können.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was sind die Gründe der Unentschlossenen: schnelle Impfstoffentwicklung; Nebenwirkungen; Vertrauensthema; Corona ist nicht so schlimm, Impfen nicht notwendig</li> <li>○ In weiterer Kampagnenplanung: eher jüngere, relativ spezifische Zielgruppen</li> <li>○ Argumente: Individueller Schutz, gemeinschaftlicher Schutz, Zurückgewinnung von Freiheiten</li> </ul> <p>! Impfsicherheit: Langzeitbetrachtungen gibt es nicht. Was gibt es für Argumente um Menschen zu überzeugen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nebenwirkungen und negative Impffolgen wurden in der Vergangenheit zum größten Teil immer relativ kurzfristig beobachtet.</li> <li>○ Vektor und mRNA Impfstoff sind vom Konzept her neue Impfstoffe.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Argument: wurden in großer Menge verabreicht.</li> </ul> </li> <li>○ Werden noch weitere Impfstoffe auf den Markt kommen, die auf bisher üblichen Mechanismen basieren?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ist in Pipeline: adjuvantierte Impfstoffe mit neuem bzw. bereits bekanntem Adjuvans</li> </ul> </li> <li>○ mRNA-Impfstoffe: Teil des Erregers wird in kurzer Zeit abgebaut, baut sich weder ins Erbgut ein noch ist er lange im Körper verfügbar.</li> <li>○ COVIMO-Studie: Was müsste passieren, dass sich Ungeimpfte impfen lassen würden?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr unterschiedliche Beweggründe, sehr breites Feld an Argumenten.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>! Tweets liefen wieder gut. Nächste Woche zu Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen geplant.</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! Flyer zu 2G/3G ist für nächste Woche geplant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Was bedeutet das für das Risiko der Menschen? Muss nächste Woche nochmal genau betrachtet werden.</li> </ul> <p>! Flyer Verhaltenstipps gegen Corona wird nächste Woche</p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>Seifried</p>
--	--	---

	<p>herumgeschickt.</p> <p>! Lollitest-Flyer wurde bereits zirkuliert, bisher keine Rückmeldungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wurde von Testkoordinatoren als Visualisierung der bereits ausgesprochenen Empfehlungen zur Kenntnis genommen.</li> <li>○ Wer soll adressiert werden? Eltern und staatliche Stellen, die verantwortlich sind</li> </ul> <p><i>ToDo: Falls keine Rückmeldung mehr von AGI kommt, einmal twittern und bei anderen Flyern einstellen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es wurden Gelder beim BMG für die Erstellung von Infomaterial für Einrichtungen, die Lollitests nutzen, eingeworben. Dieses zeigt den Ablauf der Testung.</li> </ul>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Kontaktpersonen-Nachverfolgung wird nächste Woche besprochen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Große Änderungen bei Quarantäne</li> <li>○ Bei Verkürzung der Quarantäne muss in medizinischen Settings nach 5 Tagen ein PCR-Test durchgeführt werden.</li> </ul>	Alle
<b>8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verlauf der Myokarditiden: meistens eher milde, selbst limitierende Verläufe.</li> </ul> <p>! Im Sicherheitsbericht vom PEI (Stand 31.07.) waren für mRNA 393 Fälle und für Vektorimpfstoffe 39 Fälle mit Myokarditis gemeldet (wobei deutlich mehr mRNA verimpft wurde).</p> <p><i>ToDo: Recherche, ob auch Todesfälle wegen Myokarditis vorkamen; anschließend Zirkulation im Verteiler Krisenstab</i></p> <p><b>STIKO</b></p> <p>! Heute Publikation der Empfehlung zur Impfung von Schwangeren und Stillenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktualisierung der FAQs und der Aufklärungsbögen</li> </ul> <p>! Erste Entwürfe zur Empfehlung der Ko-Administration des COVID-19 und Influenza-Impfstoffs. Ist noch ein Entwurf, STIKO stimmt bei Totimpfstoffen zu.</p> <p>! Empfehlungen zur 3. Impfung von schwer Immundefizienten,</p>	FG33 (Wichmann)

	<p>bzw. Booster-Impfung der übrigen Immundefizienten werden vorbereitet.</p>	<p>Wichmann</p>
9	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b> ! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 568 Einsendungen.  ! In KW 37 am häufigsten Nachweis von Rhinoviren, gestern 1. Nachweis von Influenza bei einem 4 Jährigen Kind.</p> <p><b>ZBS1</b> ! In KW 37 bisher 193 Proben, davon 89 positiv auf SARS-CoV-2 (46%)  ! Es wurde angefangen mitzuteilen, dass ab Oktober die Routinetestung eingestellt wird.</p> <p>Möglicherweise schon morgen mit der Novellierung der Testverordnung zu rechnen.</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p> <p>Mielke</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! STAKOB aktualisiert zur Zeit Hinweise zur Therapie. ! Fachgruppe COVRIIN bereitet Veröffentlichung zu Therapien im Ärzteblatt vor. ! Leitlinie Patientenversorgung wird überarbeitet.</p>	<p>ZBS7 (Niebank)</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>
12	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>FG32</p>
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>FG38</p>
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Es bestand der Wunsch von Mitarbeitern, die Erlasse bearbeiten, darüber informiert zu werden, wenn die Antworten ans BMG geschickt werden. Hierfür wurde mit dem Datenschutz eine Lösung gefunden: die Bearbeiter:innen werden bei Mails ans</p>	<p>FG38 (Grote)</p>



	BMG in BCC gesetzt. ! Arbeitsbelastung ist auf allen Positionen im Moment etwas geringer.	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:21 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 22.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Walter Haas
○ Lothar H. Wieler	○ Stefan Kröger
○ Esther-Maria Antão	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 1	! FG37
○ Martin Mielke	○ Muna Abu Sin
! Abt. 3	! FG38
○ Osamah Hamouda	○ Ute Rexroth
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Renke Biallas (Protokoll)
○ Janna Seifried	! ZBS7
! FG14	○ Claudia Schulz-Weidhaas
○ Mardjan Arvand	! MF4
! FG17	○ Martina Fischer
○ Ralf Dürrwald	! P1
! FG21	○ Mirjam Jenny
○ Wolfgang Scheida	! Presse
! FG25	○ Ronja Wenchel
○ Christa Scheidt-Nave	! ZIG 2
! FG32	○ Thurid Bahr
○ Michaela Diercke	! BZgA
! FG33	○ Heide Ebrahimzadeh-
○ Thomas Harder	Wetter
! FG34	
○ Matthias an der Heiden	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b>, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.169.979  (+10.454), davon 93.123 (+71) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 65/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.009.980 (67,4%),  mit vollständiger Impfung 52.723.242 (63,4%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Bremen Spitzenreiter, insgesamt abnehmender Trend  Bremerhaven höchste Inzidenz, aber auch in südlichen LH  hohe Werte zu verzeichnen (z.B. Traunstein, Berchtesgaden)  Anzahl der LK mit 7-TI &gt; 25/100.000 EW 375/421 (-6)  Anzahl der LK mit 7-TI &gt; 50/100.000 EW 254/421 (-14)  Anzahl der LK mit 7-TI &gt; 100/100.000 EW 52/421 (-7)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz von Hospitalisierten nach  Altersgruppe:  In den meisten AG ein rückläufiger Trend zu beobachten  außer bei den hochaltrigen AG (&gt;80) und der AG 10-14  Hospitalisierte insg. 1,65 / 100.000 EW  Hospitalisierte ab 60 Jahre 2,70 / 100.000 EW</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b>, Folien <a href="#">hier</a>  Testzahlen und Positivquote  Zunahme der Testungen in KW 37 auf 960.000 Tests (ca.  -40.000 im Vergleich zur Vorwoche)  Abnahme der Positivquote auf 7,5%  Auslastung der Kapazitäten  Kapazitäten nach wie vor vorhanden (in den letzten 2 Wochen  leicht erhöht), allerdings Verteilung der Auslastung in den  Laboren pro Bundesland sehr unterschiedlich  In keinem Bundesland sind Kapazitäten stark ausgelastet</p> <p><b>ARS-Daten</b>, Folien <a href="#">hier</a>  Anzahl Testungen und Positivenanteile  Geringe Abnahme der Gesamtzahl der Testungen, Positivanteil  (6,5%) nimmt ebenfalls ab  In BW und BY deutlich niedrigere Testraten als im Vorjahr. In  anderen BL Anstieg in den letzten Wochen, der aber nicht  weiter zunimmt. Die Repräsentativität der Daten  unterscheidet sich zwischen den BL.  Positivanteil in den BL heterogen (5-10%)  In KW37 ist die Turnaround Time weiterhin erhöht aber nicht  mehr so stark wie in der letzten KW.  Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach  Altersgruppe  Im Jahresvergleich mit 2020 weiterhin leichter Rückgang der  Testungen außer bei den AG 0-4 und 5-14 mit erhöhten  Testungen und der AG &gt;80 mit konstant hohen Testungen</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p>

	<p>Positivenanteil ist in den mittleren AG am höchsten  Unterschiede des Testanzahl zwischen den Geschlechtern  „weiblich“ und „männlich“ zu erkennen. Bei weiblichen  Personen scheinen teils häufiger Tests durchgeführt zu  werden (v.a. AG &gt;80). In der AG 5-14 sind die Positivenanteile  bei den weiblichen Personen höher, wobei in dieser AG mehr  Test bei männlichen durchgeführt werden.  Bundesland- und altersstratifizierte Auswertungen  Bei den älteren AG (&gt;60) gehen die Positivenanteile wieder  hoch, z.B. Bayern  Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort  Anzahl der Testungen in Arztpraxen stagniert, Positivenanteil  steigend  Anzahl der Testungen in KH stabil  Die AG 5-14 werden die Testungen vermehrt an „anderen“  Orten durchgeführt  Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Einrichtungen  Ausbruchsgeschehen in Alten- und Pflegeeinrichtungen  nehmen wieder zu (58 aktive Ausbrüche)  In KH ist ein Rückgang bei den Ausbrüchen zu verzeichnen (24  aktive Ausbrüche)</p> <p><b>Hospitalisierungsinzidenz – Nowcasting</b>, Folien <a href="#">hier</a>  Ziel: Korrektur für entstehende Verzögerungen zwischen  Hospitalisierung eines COVID-19 Falles und dem Eingang  dieser Information am RKI  Die analysierten Daten zeigen, dass kurz vor der Meldung die  Hospitalisierung in den meisten Fälle bereits begonnen hat.  In der jetzigen Analyse wird das Hospitalisierungsdatum  genutzt und bei fehlenden Angaben könnten diese durch das  Meldedatum ersetzt werden  Es zeigen sich leichte Unterschiede bei den AG. In der AG 40-  59 wird die Fallmeldung bei einem größeren Anteil nach der  Hospitalisierung geteilt  Im Nowcasting werden durch die Korrektur abfallende Trend  eher als Plateau dargestellt  Eine Statifizierung ist nach BL und AG möglich  Unsicherheitsintervalle können nur bedingt alles Unsicherheit  abbilden und es zeigen sich ebenfalls variierende  Schwankungen  Die Anwendung des Nowcastings scheint auf Ebene der BL  machbar und zeigt stabile Ergebnisse</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Das zur Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz zugrunde liegende  Datum (Meldedatum) zeigt ähnliche Verläufe im Nowcasting bei  dem das Hospitalisierungsdatum verwendet wurde. Das Datum  kann zur Berechnung im Nowcasting flexibel gewählt werden. Bei  der aktuellen Darstellung handelte es sich lediglich um eine  Pilotierung. Das Meldedatum kann ebenso genutzt werden. Um  Verwirrungen oder Inkonsistenz zu vermeiden sollte dies  diskutiert werden, um eine finale Entscheidung zu treffen.</p>	<p>an der  Heiden</p>
--	---	---------------------------



	<p><b>To Do:</b> Die Verwendung der unterschiedlichen Datums-Grundlagen im Nowcasting, sowie mögliche Implikationen sollen diskutiert werden.</p> <p><b>VOC &amp; VOI Daten, Folien <a href="#">hier</a></b>  Übersicht VOC in Erhebungssystemen  Bei Genomsequenzierung liegt der Delta-Anteil weiterhin bei &gt; 99 %  Keine VOI-Nachweise  Anteile der Genomsequenzierung 9,3%  Keine Veränderungen in den Anteilen der Delta Sublinien</p> <p><b>Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a></b>  GrippeWeb  Anstieg in 37. KW zur Vorwoche (4,1; Vorwoche: 3,6 %)  Anstieg in allen AG: besonders deutlich in der AG 15-34 Jahre (5,3 %; Vorwoche: 4,3 %) ! kontinuierlicher Anstieg seit der 32. KW 2021; AG 35-59 Jahre: ebenfalls kontinuierliche Anstieg seit 32. KW 2021 (3,5 %; Vorwoche: 3,5 %  Gesamt-ARE-Rate liegt im Bereich der Vorjahre  Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI)  KonsInz insgesamt im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben: KW 37: 898 (Vorwoche 888)  Kinder: leichter Anstieg in AG 0-4 Jahre: prozentuale Veränderung 6 %; Erwachsene: Rückgang in AG 60+ auf niedrigem Niveau  Keine Ferien mehr in den BL: ABER in BAY mit dem Montag 13.09.2021 noch einen Tag in der 37. KW; Feriendichte 3 %  Unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen BL: Beispiel:  In BB/BE Rückgang in allen AGs,  in BAY Anstieg bei den Kindern (keine Ferien mehr, bis auf den 13.09.2021) Erwachsene dagegen stagnierend, bis auf die AG 15 bis 34 Jahre!  In NRW: Rückgang bei den 0-14 Jährigen; bei den Erwachsenen stagnierend bis auf 60+: hier Rückgang  ICOSARI-KH-Surveillance  SARI-Fallzahlen sind insgesamt wieder leicht zurückgegangen, aber weiterhin Anstieg der Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre (43% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), doppelt so viele SARI-Fälle wie in Vorjahren um diese Zeit  AG 35-59 Jahre wieder leichter Rückgang (pendelt seit einigen Wochen), aber immer noch deutlich über Niveau der Vorjahre  Möglicherweise Anstieg in den AG 60-79 Jahre und 80+ (hier mehr Nachmeldungen als in den anderen AG, daher siehe Vorwoche)  Anteil SARI-COVID-Fälle stabil geblieben; Anteil COVID-19 an SARI 25% (KW 36: 26%)  Anteil SARI-COVID-Fälle unter Intensivbehandlungen mit SARI seit 4 Wochen um die 50%; Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 55% (KW 36: 48%)  Deutlicher Anstieg der Intensivbehandlungen bei COVID-19-Patienten mit SARI in AG 60-79 Jahre (überproportional zum Anstieg der COVID-SARI-Fälle in dieser AG), aber auch die AG 15-34 und 80+ steigen langsam (gleichauf bei COVID-SARI und</p>	<p>FG 36 (Kröger)</p> <p>FG 36 (Tolksdorf)</p>
--	--	--

COVID-SARI mit Intensiv!)

Ausbrüche in KITA / Hort

138 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen)

Anstieg seit Mitte August mit zuletzt etwa 60 neue Ausbrüche pro Woche

Das Niveau der Zahl an Ausbrüchen Anfang September 2021 wurde im Vorjahr erst Ende Oktober beobachtet

Anteil AG 0-5 an allen Kita-Ausbruchsfällen lag im Juli/August 2021 bei 64%, im Juli/August 2020 waren es nur 27%

Eckdaten der letzten 4 Wochen:

1. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, median: 4 Fälle;
2. es kommen aber auch größere Ausbrüche mit bis zu 32 Fällen vor; insgesamt 23 Ausbrüche mit  $\geq 10$  Fällen
3. Ausbrüche in den letzten 4 Wochen v. a. in NRW (n=40) und BW (n=30)

Feriendichte KW 37: 3%

Ausbrüche in Schulen

142 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen)

Deutlicher Anstieg seit Anfang August; zuletzt etwa 80 neue Ausbrüche pro Woche

Das Niveau der Zahl an Ausbrüchen Anfang September 2021 wurde im Vorjahr erst Ende Oktober beobachtet

Seit Mitte August 2021 insbesondere AG 6-14 betroffen (79% an allen Ausbruchsfällen; AG 21 nur bei 5%)

Eckdaten der letzten 4 Wochen:

4. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 4 Fälle, median: 3 Fälle pro Ausbruch
5. Es gibt aber auch größere Ausbrüche, der größte in KW 36 in BB (Brandenburg/Havel) an einer Oberschule mit bisher 53 Fällen. 68% AG 11-14, 28% AG 15-20, 4% AG 21+; 40-50% der SuS seien geimpft. Vor fast genau einem Jahr gab es in der Schule schonmal einen Ausbruch mit 5 Fällen
6. insgesamt 20 Ausbrüche mit  $> 10$  Fällen

#### Hospitalisierungen

Hosp-Inzidenz bei Kindern nimmt in der vierten Welle wieder zu. Die stärkste Zunahme ist bei den 0-5 jährigen zu verzeichnen.

Hospitalisierungen nehmen zudem früher zu als im Vorjahr Anteil hospitalisierter 0-5-Jähriger liegt während der Delta-Phase bei 4% und in einem Bereich, der auch bei Infektionen beim Wildtyp beobachtet wurde.

#### Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien [hier](#)

Mit Stand 22.09.2021 werden **1.497** COVID-19-Patient\*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.

In einigen Bundesländern ist ein Abbremsen in der COVID-ITS-Belegung zu beobachten, in anderen (v.a. Bremen) ist ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Insgesamt heterogenes



	<p>Bild.                  Die täglichen Neuaufnahmen von COVID-Patienten auf ITS betragen +591 in den letzten 7 Tagen, alle Behandlungsgruppen sind ansteigend                  Beatmungsbelegung und ECMO: Anteil sehr viel kleiner also in der letzten Welle, aber der Anteil der ECMO weiterhin relativ hoch                  SPoCK Prognose: weiterhin Plateau, Süden leichter Anstieg, NW Plateau, Osten moderat bis leichter Anstieg</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Das beobachtbare Plateau in den Inzidenzwerten kann durch unterschiedliche Faktoren erklärt werden. Das Zusammenspiel unterschiedlicher Maßnahme (z.B. vermehrtes Testen bei Reiserückkehrer:innen, Impfungen), sowie eine Saisonalität interagieren und führen zur der aktuellen Beobachtung. Welcher Maßnahme bzw. welcher Faktor dabei die entscheidende Rolle spielt ist zurzeit nicht beurteilbar.</p> <p>Das Beobachten von Kindern und Jugendlichen ist wichtig und dadurch können in dieser Zeit Erkenntnisse der Verbreitung des Virus in ungeimpften Populationen gewonnen werden.</p> <p>Die unterschiedliche Häufigkeit der Tests zwischen den Geschlechtern „Männlich“ und „Weiblich“ können verschiedene Ursachen machen. Denkbar wäre eine vermehrte Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie Vorsorgeuntersuchungen in der weiblichen Bevölkerung.</p>	<p>MF4                  (Fischer)</p>
<p>2</p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>COVID-19 Containment Measures Analysis, Issue 7                  Darstellung unterschiedlicher Outcome nach AG, beispielhaft an 6 Ländern im Vergleich                  Daten aus dem Zeitraum 12 April – 05 September 2021                  In den jüngsten AG (0-19 und 20-39) deutlich größter Anstieg bei der 7-Tageinzidenz, Skalierung der Grafiken teilweise unterschiedlich                  In den wurden zur Erfassung der Krankenhausaufnahmen unterschiedliche Erhebungsmethoden genutzt; die Gruppe der ältesten Personen haben den höchsten Anteil an den Krankenhausaufnahmen;                  Die Durchimpfungsrate ist bei der Bevölkerungsgruppe &gt;50 Jahre am höchsten                  Abschließend sollen 2 Empfehlungen ausgesprochen werden:                  Die Länder sollten den Impfstatus in Bezug auf eine Reihe von COVID-19-Gesundheitsendpunkten, einschließlich Infektionen und Krankenhausaufenthalten, untersuchen.                  Die Länder sollten diese Daten auch international austauschen, um die Entwicklung von Maßnahmen zur Mobilisierung ungeimpfter Bevölkerungsgruppen zu unterstützen.</p> <p><b>Diskussion:</b></p>	<p>ZIG 2                  (Thurid Bahr)</p>

	<p>Das RKI erfasst und veröffentlicht und verarbeitet aggregierte Daten zum Impfstatus. Die individuelle Eingabe von diesen Informationen in internationale Austausch- und Datenplattformen ist daher nur bedingt möglich. Analysen und Ergebnisse werden wie gehabt geteilt und öffentlich gemacht. Die Formulierung der Empfehlungen soll unter Abstimmung mit FG 32 angepasst werden.</p> <p>Die unterschiedlichen Verläufe und teils fragwürdigen Daten aus den USA – v.a. im Vergleich zu anderen Ländern – könnte durch unterschiedliche Surveillance-Systeme erklärbar sein. Internationale Vergleiche sind aufgrund dessen eingeschränkt möglich und bei der Interpretation ist Vorsicht geboten.</p>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Das aktuelle Dokument wird geteilt und Freitag weiter besprochen.</p>	Rexroth
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Ein Workshop mit Journalisten zur Hospitalisierungsinzidenz wird vom BMG organisiert. Dieser soll kommende Woche stattfinden und Herr Hamouda wird für das RKI daran teilnehmen.</p> <p>Die Daten zur Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz sind seit gestern über Github verfügbar.</p> <p>Eine schriftliche Einordnung zur Hospitalisierungsinzidenz soll möglichst zeitnah herausgebracht werden</p> <p>Daten der unterschiedlichen Inzidenzen und zu Anteilen der Impfdurchbrüche sollten, wenn möglich diese Woche kommuniziert werden. Der 4-Wochen Rhythmus sollte eingehalten werden.</p> <p><b>To Do:</b></p> <p><i>Schriftliche Einordnung soll durch FG32 finalisiert werden und möglichst diese Woche geteilt werden.</i></p> <p><i>Abprache mit FG 33 zur Kommunikation Impfdurchbrüche.</i></p> <p><b>P1</b></p> <p>2G/3G Flyer Entwurf wird heute, spätestens morgen rumgeschickt.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>





<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Aktualisierung der Dokumente Alten- und Pflegeeinrichtung</b> Drei Dokumente wurden aktualisiert bzw. überarbeitet. Die Dokumente zu Alten- und Pflegeeinrichtungen, Strukturellen und Organisatorischen Maßnahmen und für das Ausbruchmanagement wurden bereits geteilt. Diese sollen weiter abgestimmt und bearbeitet werden.</p> <p><b>To Do:</b> <i>Weitere Überarbeitung der 3 Dokumente mit Abstimmung der entsprechenden OE und „outdated“ Dokumente sollen aus dem Netz genommen werden.</i></p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die verschiedenen Empfehlungen und Dokumente sollten sinnvoll untereinander referenziert werden. Aufgrund der Menge an Dokumenten kann es einfach zu Unklarheiten kommen. Charakteristika unterschiedlicher Einrichtungen / Settings sollten bei der Anfertigung von Empfehlungen berücksichtigt werden. So haben klinische Settings z.B. andere Ressourcen häufige Tests mit kurzer Turn-Around Time zu ermöglichen. Wogegen eine solche Implementierung in Pflegeheimen herausfordernd sein könnte, z.B. durch fehlende personelle, strukturelle oder fachliche Ressourcen. Nichtsdestotrotz ist auch in Alten- und Pflegeeinrichtungen die PCR-Testung die zu empfehlende Methode. Reihenuntersuchungen bleiben weiterhin ein essentieller Bestandteil einer Strategie zum Schutze der Bewohner:innen solcher Einrichtungen.</p> <p><b>Dokument: SARS-Cov-2 Testkriterien für Schulen während der COVID-19 Pandemie</b> Dokument aus Februar, welches überarbeitet werden müssten. Dies scheint aber obsolet, da die Testkriterien die an anderer Stelle bereits formuliert sind auch für Schüler:innen gilt. Auch für andere Strategien gibt es bereits Empfehlungen, z.B. Reihentestungen.</p> <p><b>To Do:</b> <i>Das Dokument soll depubliziert werden. Die AG Diagnostik und der Krisenstab haben zugestimmt.</i></p> <p><b>Control Covid Papier</b> Nach einer Anmerkung aus dem BMG wurde in dem aktuellen Strategiepapier Control Covid der Begriff Luftfilter durch Luftreiniger ersetzt. Weiterhin wurde durch Mitarbeitende des RKI darauf hingewiesen, dass der Einsatz von</p>	<p>Abu Sin</p> <p>Kröger</p> <p>Haas</p>





<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Freitag, 24.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende: 13:09 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 24.09.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG38
! Abt. 1	○	Ute Rexroth
○ Martin Mielke	○	Maria an der Heiden
! Abt. 3	○	Claudia Siffczyk
○ Osamah Hamouda	○	Ariane Halm (Protokoll)
○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS1
○ Janna Seifried	○	Janine Michel
! FG12	!	ZBS7
○ Annette Mankertz	○	Michaela Niebank
! FG17	!	P1
○ Djin-Ye Oh	○	John Gubernath
! FG21	!	P4
○ Wolfgang Scheida	○	Susanne Gottwald
! FG 24	!	Presse
○ Anke Christine Saß	○	Susanne Glasmacher
! FG32	○	Ronja Wenchel
○ Michaela Diercke	!	ZIG1
! FG33	○	Eugenia Romo Ventura
○ Ole Wichmann	○	Romy Kerber
! FG36	!	BZgA
○ Stefan Kröger	○	Heide Ebrahimzadeh-
! FG37		Wetter
○ Tim Eckmanns		





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Weltweit: Kumulativ fast 230 Mio. Fälle, weiterhin sinkender Trend (-6% zur Vorwoche), Case Fatality Ratio ähnlich (2,05%)                      Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen (Datenstand: WHO, 23.09.2021):                      In 6 Ländern gibt es einen sinkenden Trend, in 5 einen Anstieg: Brasilien, Indien, Türkei und Russland                      Epikurve WHO Sitrep:                      Afrika und Europa verzeichnen ähnliche Fallzahlen wie in der Vorwoche, in anderen Regionen Rückgang in Fallzahlen                      Todesfallzahlen sind gegenüber der Vorwoche sinkend bis auf einen Anstieg im Westpazifik                      Virusvarianten                      Alpha in 193 Ländern (+/-0), Beta 142, Gamma 96, Delta 185 (+5 Länder seit Vorwoche)                      VOI Klassifizierung WHO Sitrep                      Keine Änderung bei VOC                      Variants under monitoring (Achtung, geringere Einstufung als VOI „variants of interest“): drei neue Varianten Eta, Jota und Kappa, die vorher als VOI klassifiziert waren</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.181.393 (+9.727), davon 93.303 (+65) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 62,5/100.000 Einw., auch leichte Abnahme der Hospitalisierungsinzidenz (1,58/100.000)                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.197.198 (67,6%), mit vollständiger Impfung 53.004.938 (63,7%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Heterogenes Bild in den BL, seit Ende der 1. Septemberwoche ist 7-T-I leicht rückläufig                      HB am stärksten betroffen, einziges BL mit 7-T-I &gt;100                      BY, BW Platz 2 und 3 mit eher rückläufigem Trend                      Leichter Anstieg in TH, noch nicht gut zu bewerten                      7-T-I-Karte: höchste Inzidenzen in südlichen Kreisen in BY und BW, Bremerhaven, aktuell nur 42 Kreise mit Inzidenz &gt;100                      Hospitalisierungsinzidenz in BL                      HB ganz oben, entspricht erwartetem aufgrund der 7-T-I                      Andere BL &lt;2/100.000 Einwohner                      Nach 1 Woche Daten ca. zu 80% vollständig, es ist eher ein Plateau zu erkennen, Entwicklung abzuwarten                      Übersterblichkeit: Anstieg aktuell nicht gut erklärbar                      Diskussion Hochinzidenzkreise                      In BY und BW mit Ferienende Erwartung des Fallanstiegs</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



	<p>durch den Schulanfang, hat sich nicht so bewahrheitet (wie es in manchen anderen BL der Fall war), warum?                  Aktivität in BW und BY ist stärker als in anderen BL (wenn auch nicht so stark wie NW und BE), dennoch zurzeit hohes Niveau                  Fallanstieg 1-2 Wochen vor Ferienende mit Peak um den Schulbeginn was fast überall sichtbar                  BY führt auch Lolli-Testungen durch, ob so systematisch wie in manch anderen BL getestet?                  HB Situation                  Kleines BL, wodurch die Kurve unruhig ist                  Sozioökonomisch ggf. etwas brenzlig                  Südliche, ländliche Hochinzidenzkreise                  Hohe Infektionszahlen der Vergangenheit und Impfung sollten eigentlich in solcherart kleinen Kreisen für niedrigere Inzidenzen sorgen                  Wieso hat Berchtesgadener Land oft hohe Inzidenzen? Wäre die Seroprävalenz der Bevölkerung hier interessant?                  Möglicherweise viel Grenzverkehr und damit zusammenhängend viele Testungen, aber auch viele Fälle in Einrichtungen, v.a. Schulen und Kindergärten                  Ähnlich Rosenheim, erneut hohe Inzidenzen in LK und SK, ist es sozial brenzlicher als vermutet?                  Viele Einreisende aus Ländern mit niedriger Impfquote                  Kreise melden auf heterogene Art und Weise, dies verstärkt sich noch bis hin auf Gemeindeebene                  Könnten mehr Informationen zu diesen Kreisen eingeholt werden? Eventuell Impfung untersuchen? Nicht ganz klar, wie kleinteilig aktuelle Impfdaten verfügbar sind                  Inzidenz nach Altersgruppen (siehe <a href="#">hier</a>): generell sehr hoch bei jungen Menschen, aber in genannten Kreisen auch bei älteren</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Reise nach Namibia nächste Woche für TwiNit: FG38 inkl. PAE und FG32 zu den Themen Surveillance, EOC und emergency response (beide auch auf COVID-19 bezogen) sowie FETP GOARN COVID-19 Response Einsatz Cyrus Koenig in Kambodscha</p>	<p>Heute FG38</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  CWA                  &gt;34 Mio. Downloads, 532 000 Menschen haben positives Testergebnis geteilt                  Neue Version müsste heute verfügbar sein: Darlegung der Regeln für Auffrischungsimpfungen sowie neue Möglichkeit, Impf-Zertifikate auszudrucken, zu exportieren als pdf                  Update wurde auf Twitter kommuniziert und viel gesehen, starkes Medienecho                  CovPass: 19 Mio. Downloads, Tendenz Anstieg                  DEA: Tendenz sinkend, 50.000 Anmeldungen pro Tag, insgesamt &gt;14 Mio. Anmeldungen seit Beginn</p>	<p>FG21</p>



	<p>Diskussion                  Warum steigen noch stets CWA Downloadzahlen?                  Keine Werbung bis auf Kommunikation auf üblichen Kanälen, täglich 50.000 neue Downloads, hängt wahrscheinlich mit Zertifikaten zusammen                  In BE gilt traditioneller gelber Impfausweis nicht mehr, wie steht das RKI hierzu? RKI empfiehlt dies nicht, Regelung soll ab Sonntag gelten, wird ggf. zu (noch) mehr Downloads führen                  LUCA wird kaum genutzt?                  Wurde in manchen BL in deren Verordnungen beinhaltet                  Einchecken geht digital mit CWA nur in Sachsen, überall anders LUCA oder Zettel</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung, Dokument <a href="#">hier</a>                  Grundrisikobewertung bleibt bestehen „moderat für Geimpfte, hoch für Ungeimpfte“                  Anpassungen                  Vermeidung von Langzeitfolgen weiteres wichtiges Ziel der Strategie, Stärkung dieser Aussage                  Kommunikation der Unsicherheit und Mahnung zur Vorsicht                  Entwicklung der Fallzahlen, nun eher kein Anstieg mehr, aber Zahlen dennoch relativ hoch                  Kein Grund zu übermäßigem Optimismus                  Zunehmend weniger Infektionsketten können nachverfolgt werden                  KoNa Umformulierung um diese als weiterhin wichtige Komponente zu kommunizieren                  AHA+L ist unabhängig vom Impfschutz                  Wichtigkeit auch der Impfung zum Selbstschutz                  Keine politisch kritischen Aspekte, schriftliche Abstimmung mit Leitung zur zeitnahen Freigabe</p>	Abt. 3/FG38
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Kein Beitrag heute, aber bittet um RKI-Ansprechperson zum Thema Lolli-PCR-Testung zur Entwicklung von Infomaterial!                  ! Janna Seifried, Abt. 3</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Heute Publikation der STIKO-Empfehlung bzgl. Co-Administration COVID-19 und Totimpfstoffen                  Auffrischimpfung bei Immunsuffizienz                  Anstieg der Fallzahlen wird im Herbst erwartet, dies sollte auch im Wochenbericht nächste Woche thematisiert werden (wurde auch in ControlCOVID formuliert)                  Wird weitergegeben durch Ute Rexroth</p> <p><b>P1</b></p> <p>Diskussion zum 2G/3G Flyer Entwurf, Dokument <a href="#">hier</a>                  Zielgruppe/Inhalt: BürgerInnen bei der Entscheidung über Risiken in Innenräumen (z.B. Partygehende) unterstützen,</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>





	<p>keine Impfwerbung (gab es bereits), Vergleich 2G/3G                  Wird Virustransmission durch Impfung verringert?                  Ole Wichmann hat heute Papers zur Transmission bei Geimpften an den Krisenstab geschickt                  „generell Viruslast geringer und Ausscheidungsdauer verkürzt“                  muss angepasst werden, die Situation komplexer ist                  Sowohl Dauer als auch Wahrscheinlichkeit der Virustransmission geringer bei Geimpften, sie wird nicht unterbunden, aber das Risiko sinkt                  Viruslast im oberen Respirationstrakt ist bei Geimpften und Ungeimpften nicht wesentlich anders, aber bei gleicher Exposition ist eine Infektion weniger wahrscheinlich                  Es gibt wenig Daten zur Ausscheidungsdauer                  Das Virus verbreitet sich zurzeit bevorzugt unter Ungeimpften                  Werden gleich viele Geimpfte und Ungeimpfte getestet?                  Eher mehr Testung von Ungeimpften                  Wichtig: bei 2G gilt AHA+L weiter (wird auch von der Politik missverstanden)                  Kernaussage: bitte weiter Prävention, so wenig wie möglich Veranstaltungen in Innenräumen                  Superlative vermeiden: <i>einzig</i>er Weg, <i>wichtigster</i> Faktor, <i>best</i>er Schutz, usw.                  Insgesamt viel Diskussion und Input zum Flyer, er wird überarbeitet und nächste Woche (Mo od. Di) erneut zirkuliert, gerne auch vorher noch schriftliche Anmerkungen</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b>                  (nicht berichtet)</p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Kommunikation Impfquoten                  DIM-Zahlen mit Impfdeckung von 68% oft kritisiert                  Sie beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung, welches nicht der Zielbevölkerung entspricht                  Impfung bei &gt;17-jährigen mit 1. Impfung beträgt 78,5%                  Angesichts der nicht-Erfassung z.B. von Impfungen durch KV-Ärzte ist die Impfquote vermutlich viel höher (&gt;80%), dies sollte die nächste Welle deutlich reduzieren                  Es besteht Grund für etwas mehr Optimismus, der Herbst könnte milder als befürchtet ausfallen, aber ein Anstieg der Fallzahlen wird dennoch erwartet                  Waning immunity wird bei Hospitalisierung und schweren Verläufen aktuell nicht in großem Masse beobachtet, Impfung wirkt sehr gut, Geimpfte Fälle vor allem mit mildem Verlauf                  COVIMO-Bericht wird überarbeitet und nächste Woche</p>	<p>FG33</p>



	<p>veröffentlicht</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Jansen Impfstoff Eine Dosis ist möglicherweise nicht ausreichend Aktuell gibt es Gespräche ob zur Optimierung eine 2. Impfung empfohlen werden soll, hier werden die meisten Impfdurchbrüche beobachtet</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Heute Publikation der neuen STIKO Empfehlung (auch o.g.) Co-Administration Influenza Impfauffrischung bei Immundefizienz Empfehlung zu Auffrischimpfung für weitere Gruppen steht noch aus, STIKO-Ziel ist die Verhinderung von schweren Infektion und der Überlastung des Gesundheitssystems</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 700 Proben, davon: 12 SARS-CoV-2 1 Influenza H3N2 75XX(?) RSV 232 Rhinovirus 98 Parainfluenzavirus 2 Metapneumovirus 44 endemische Coronaviren (überwiegend NL-630C-43)</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>In KW 38 bisher 291 Proben, davon 109 positiv auf SARS-CoV-2 (37,5%), mehr als Vorwoche aber häufig Schwankungen</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b></p> <p>Diskussion zur Anfrage ob Änderungen bei der Isolationszeit bei Kindern und der Freitestung von Geimpften kommen werden Empfehlung zu KoNa Management wurde kürzlich angepasst und die Quarantäne wurde im Sinne einer Restrisiko-Akzeptanz verkürzt Quarantäne und Isolation werden weiterhin in der Öffentlichkeit verwechselt Isolation im häuslichen Bereich bringt Fragen auf, z.B. in Familien: Indexfall Kind 14 Tage isoliert und Antigentest, KP können nach 5 Tagen wieder aus der Quarantäne, Fall bleibt (häufig symptomlos) zu Hause Erscheint ÖGD nicht logisch, Möglichkeit der Anpassung? Ist abhängig vom Kontext, z.B. bezieht sich das RKI-Dokument Entlassmanagement auf den nosokomialen Bereich, hieran sollte festgehalten werden in diesem Setting</p>	<p>FG38/ZBS7/ alle</p>



	<p>Auf 5 oder 7 Tage zu verkürzen? Ist eine PCR-Freitestung nach 5 Tagen bei ähnlicher Viruslast weiter tragbar? Aktuell liefert die Literatur keine klaren Hinweise hierzu Arbeitsauftrag: wissenschaftliche Prüfung, ob Verkürzung aktuell in Erwägung gezogen werden kann, anschließend erneute Diskussion</p> <p><i>ToDo: Prüfung anhand verfügbarer Literatur, ob eine Verkürzung der Isolation im o.g. Kontext in Erwägung gezogen werden kann, FF wurde im Krisenstab nicht definiert</i></p>	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  (nicht berichtet)	
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ( <i>nur freitags</i> )  (nicht berichtet)	
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> )  (nicht berichtet)	
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> )  (nicht berichtet)	
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.09.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:06**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 01.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Matthias an der Heiden    |
| o Lothar H. Wieler   | ! FG36                      |
| o Lars Schaade       | o Walter Haas               |
| o Esther-Maria Antão | o Stefan Kröger             |
| o                    | ! FG37                      |
| ! Abt. 1             | o Tim Eckmanns              |
| o Annette Mankertz   | ! FG38                      |
| ! Abt. 2             | o Ute Rexroth               |
| o Thomas Ziese       | o Renke Biallas (Protokoll) |
| ! Abt. 3             | ! ZBS7                      |
| o Osamah Hamouda     | o Michaela Niebank          |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! ZBS1                      |
| o Janna Seifried     | o Janine Michel             |
| ! FG11               | ! P1                        |
| o Sangeeta Banerji   | o John Gubernath            |
| ! FG14               | ! Presse                    |
| o Mardjan Arvand     | o Ronja Wenchel             |
| o Melanie Brunke     | o Marieke Degen             |
| ! FG17               | ! ZIG1                      |
| o Djin-Ye Oh         | o Anna Rhode                |
| ! FG32               | ! BZgA                      |
| o Michaela Diercke   | o Andrea Rückle             |
| ! FG34               |                             |
| o Viviane Bremer     |                             |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Weltweit: Kumulativ ca. 232 Mio. Fälle, weiterhin sinkender Trend (-12% zur Vorwoche), CFR gleichbleibend (2,05%)  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen (Datenstand: WHO, 29.09.2021):  In 8/10 Ländern gibt es einen sinkenden Trend, in 2 einen Anstieg: UK, Russland  Epikurve WHO Sitrep:  Anzahl Fälle global rückgängig, in allen Regionen rückläufig  Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in: Afrika (+5%)  Virusvarianten  Aktuell keine Virusvariantengebiete ausgewiesen  Delta neu nachgewiesen in: Ethiopien, Syrien  USA neue Variantenklassifizierung: Variants being monitored (VBM) – „no imminent PH risk“</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die häufig beschriebene Saisonalität in der SARS-CoV2 Pandemie lässt sich in Deutschland zwar erkennen, doch scheinen implementierte Maßnahmen, sowie deren Lockerung, die saisonalen Effekte zu überdecken. Eine Untersuchung der Saisonalität in unterschiedlichen Klimazonen oder Hemisphären wäre interessant. Bei der Betrachtung solcher Effekte ist es wichtig Limitationen bzgl. der Datenqualität, unterschiedlicher Surveillancesysteme und deren Vergleichbarkeit, sowie kultureller Unterschiede zu beachten.</p> <p><i>ToDo: Entsprechende Modelle bzw. Studien identifizieren.</i></p> <p>Unterschiede in der Schwere der Pandemie zeigen sich auch zwischen den Kontinenten aber auch v.a. zwischen Ländern mit unterschiedlichen BIP. So scheinen Länder des Globalen Nordens oft schwerer betroffen zu sein als Länder des Globalen Südens. Eine differenzierte Betrachtung wäre bei einer Untersuchung angebracht. Mehrere Faktoren können hier ursächlich sein, z.B. Datenqualität, kulturelle Aspekte oder auch Erfahrungswerte, sowie bestehende Systeme zum Management einer Epidemie / Pandemie</p> <p><i>ToDo: Konsultation WHO oder andere Stakeholder zur Einschätzung Aussagekraft Daten aus unterschiedlichen Regionen, aber auch zur unterschiedlichen Ausprägung des Infektionsgeschehens.</i></p>	ZIG1

	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.237.619  (+10.118), davon 93.711 (+73) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 64,3/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.541.315 (68,0%),  mit vollständiger Impfung 53.564.630 (64,4%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  BY und BW leichter Trend nach oben; sehr großer Anstieg in  Thüringen und MV  Regional an Nordseeküste in MV Anstieg, Süden in D betroffen  mit hohen 7-TI. Die höchsten 7-TI weiterhin in Traunstein und  Pforzheim  Nur noch 411 Kreise in D  Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;25/100.000 EW: 375 (-3)  Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;50/100.000 EW: 250 (+1)  Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;100/100.000 EW: 44 (-1)  Hospitalisierungsinzidenz in BL  Bremen höchste HI, NRW relativ hoch  Relative stabil über die Wochen  HI gesamt: 1,65/100.00 EW  HI ab 60 Jahre: 2,88/100.000 EW  Intensivregister  Leichter Rückgang der Fälle  Sterbefallzahlen:  Leichte Übersterblichkeit, welche nicht durch COVID-19  erklärbar ist</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die Betrachtung der Fallzahlen und der Impfquote in den  Bundesländern könnte teil differenzierter verlaufen. So hat  Bremen eine hohe Impfquote, aber verzeichnet hohe Fallzahlen.  Die könnte vlt. durch strukturelle Unterscheide in dem  Bundesland liegen. Bremerhaven gehört noch zu Bremen hat aber  eine niedrigere Impfquote und höhere Fallzahlen.</p> <p>Trotz der weiterhin bestehenden pandemischen Lage, werden nicht  alle Personen mit bestehender Symptomatik auf SARS-CoV-2  getestet. Durch gezielte Kommunikation sollte ein Bewusstsein für  die Relevanz von Testergebnissen neu geschaffen werden.</p> <p><i>ToDo: Publikation zur epidemiologischen Relevanz des Testens in der  COVID-19 Pandemie für das Ärzteblatt vorbereiten – Frau Mankertz</i></p>	FG32
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG





	<p>In Hinblick auf die Limitation der tagesaktuellen Darstellung des Hospitalisierungsinzidenz auf Basis der Meldedaten, kann das Nowcasting eine Ergänzung sein, sodass diese Werte adäquat eingeordnet werden können. Wie das Nowcasting in Zukunft publiziert werden soll und welche Relevanz es für Entscheidungsträger haben wird, bleibt abzuwarten. Eine entsprechende Diskussion soll in der AGI und mit dem BMG erfolgen.</p> <p>Die Datenqualität (v.a. die Vollständigkeit der Datensätze) bleibt ein limitierender Faktor. Eine flächendeckende Implementierung und Anwendung von DEMIS auch in allen Kliniken könnte diese aber verbessern.</p> <p>Es bestehen drei Optionen wie mit dem Nowcasting verblieben werden kann: 1) Fachpublikation oder 2) Publikation in regelmäßigen Abständen auf bundesebene ohne Implikation für Schwellenwerten 3) regelm. Berichterstattung auf Bundes- und Landesebene mit Anpassung der Schwellenwerte and das Nowcasting;</p> <p><i>ToDo: Bericht zum Nowcasting an das BMG verfassen. In der kommenden Woche soll diskutiert und abgestimmt werden wie das Nowcasting weiter genutzt wird. - Frau Diercke &amp; Herr an der Heiden (ID 4347_2)</i></p>	
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Keine</p>	Alle
8	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG33
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 727 Proben, davon:  20 SARS-CoV-2  264 Rhinovirus  181 Parainfluenzavirus, überwiegend PIV3  48 saisonale (endemische) Coronaviren  3 Humanes Metapneumovirus  1 Influenzavirus  117 RSV</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>278 Einsendungen, 124 positiv (44,6%)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Isolierungsdauer – Ist eine Reduktion auf 10 d vertretbar? Stand nach Diskussion in der AG-Diagnostik 28.09.21, siehe <a href="#">Folien</a></p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Isolation und Quarantäne sollten differenziert betrachtet werden. Dementsprechend sollte auch eine Anpassung der Dauer differenziert erfolgen. Eine klare Empfehlung konnte noch nicht ausgesprochen werden. Eine abschließende Testung nach dem 14-Tage Zeitraum fällt in den allermeisten Fällen negativ aus. Daher ist es fraglich ob diese Testung verpflichtend durchgeführt werden muss. Alternative Empfehlungen wären denkbar, sollten aber einfach und verständlich kommunizierbar sein.</p> <p><i>ToDo: Evidenz um eine Entscheidung treffen zu können soll gesammelt und kommenden Mittwoch vorgestellt werden. Eine Diskussion über eine entsprechende Anpassung wird dann geführt. (ID 4384)</i></p>	
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
12	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Neue FAQ zur HI wurden veröffentlicht. Schreiben zur Verbesserung der Meldepflicht soll bald geteilt werden. Gestern bei dem Acute Events Meeting zur Syndromischen Surveillance berichtet. Positives Feedback von WHO Seite</p> <p><i>ToDo: Neue FAQ ggf. über Presse und Twitter teilen. (ID 4347_1)</i></p>	FG 32
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Ruhigere Lage in der IK Immer noch schwer die Schichten zu besetzen Diskussion über den Umfang der Aufgaben im Lagezentrum sollte erfolgen.</p>	FG38
15	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>kommende Woche Vorstellung einer Studie zu Long-COVID bei Kindern</p>	Alle
16	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:06 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 06.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG25
! Institutsleitung	o Christa Scheidt-Nave
o Lothar H. Wieler	! FG32
o Lars Schaade	o Michaela Diercke
o Esther-Maria Antão	! FG36
	o Walter Haas
! Abt. 1	o Kristin Tolksdorf
o Annette Mankertz	! FG37
	o Tim Eckmanns
! Abt. 3	! FG38
o Osamah Hamouda	o Ute Rexroth
o Tanja Jung-Sendzik	! ZBS7
o Janna Seifried	o Agata Mikolajewska
! FG11	
o Sangeeta Banerji (Protokoll)	! P1
	o John Gubernath
! FG14	! P4
o Melanie Brunke	o Susanne Gottwald
! FG17	! Presse
o Ralf Dürrwald	o Ronja Wenchel
o Djin-Ye Oh	
! FG21	! BZgA
o Wolfgang Scheida	o Jasmin Benser





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.271.734                      (+11.547), davon 93.959 (+76) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 62,3/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.769.068 (68,3%),                      mit vollständiger Impfung 53.907.281 (64,8%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      NRW: sinkend; Thüringen, Sachsen und Meck-Pom: leichter                      Anstieg, insgesamt wenig Änderung zur Vorwoche (Plateau)                      Geografische Verteilung: Süden ist stärker betroffen, Top 5 LK                      bleiben konstant                      HeatMap: leichter Anstieg in den älteren Altersgruppen,                      Plateau bei den Jüngeren                      Hospitalisierungsraten korrelieren mit den Fallzahlen/                      Inzidenzen                      Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) <a href="#">Folien hier</a>                      900.000 Testungen, Positivenanteil: 6,6%                      Laborauslastung ist gering                      ARS-Daten <a href="#">Folien hier</a>                      Positivenanteil ist stabil in den meisten BL; BaWü und Bayern                      testen weniger als im Vorjahr; Verzögerung zwischen                      Probennahme und Testung hat sich wieder stark reduziert                      Testung nach Alter: Jüngere Altersgruppen (0-4; 5-14) werden                      nun mehr getestet als im Vorjahr, Mittlere Altersgruppe (15-                      34) weniger als im letzten Jahr                      Positivenrate nach Alter: 0-4 J: &lt;5%, 5-14 J: &gt;10%                      Geschlechterverteilung: mehr männliche Kinder werden                      getestet, das beeinflusst die Positivenrate                      Arztpraxen testen nur noch 50% vom letzten Jahr                      Ausbrüche nehmen leicht zu: Medizinische Einrichtungen:                      Median 4 und Altenheime: Median 16                      Syndromische Surveillance (nur mittwochs) <a href="#">Folien hier</a>                      GrippeWeb (Daten nur von KW38): auffälliger Anstieg bei 0-4                      Jährigen                      AG Influenza: Anstieg in allen Altersgruppen, aber besonders                      bei 0-4 J                      Festlegung aufgrund der Fallzahlen: ab 35 KW RSV Saison                      (65% RSV)                      Bei 35-59 J 65% COVID                      ICOSARI: 18% COVID an SARI                      Intensiv: 35% COVID an SARI                      Auffällig: seit KW34 COVID auch bei 0-4 J (ohne RSV)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Hamouda</p> <p>Eckmanns</p> <p>Tolksdorf</p>

	<p>Beteiligung).  Ausbrüche: Kita: Rückgang seit Mitte September, aber 61% der Ausbrüche nur mit Beteiligung von Kindern (0-5 J);  Schule: Anstieg seit August 80% der Ausbrüche mit Beteiligung von Kindern (6-14 J)  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)  <a href="#">Folien hier</a>  150-200 Proben in KW 38/39, &gt;50% der Einsendungen betreffen 0-4 J  Zeitlich verschobenes saisonales Verhalten der Viren, am häufigsten Rhinoviren, gefolgt von p-Influenzaviren und SARS-CoV-2. Kaum Influenza Nachweise, möglicherweise aufgrund der NPI.</p> <p>! VOC Bericht <a href="#">Folien hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung setzt sich fort, 99,4% Deltavariante und auch bei VOI keine Änderung, Anteil SARS-CoV-2 bei Genomseq bei 5%</li> <li>○ Verlauf: Situation wird weiterhin durch Deltavariante bestimmt</li> </ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)  <b>nicht berichtet</b></p> <p>! <b>Vorstellung einer Studie zu Post-COVID</b> Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Ergebnisse einer Studie basierend auf Daten von Krankenkassenabrechnungen wurden vorgestellt</li> <li>○ <b>Vorgehensweise:</b> Alle Personen mit einer bestätigten SARS-CoV-2 Diagnose bildeten die Studienpopulation, die restlichen Patienten bildeten die Vergleichsgruppe (bereinigt um Komorbiditäten); Als Post-COVID wurden alle neu hinzugekommenen Diagnosen im übernächsten Quartal aufgefasst; Die Post-COVID Symptome wurden in Diagnose-Gruppen zusammengefasst; Long-COVID konnte nicht erfasst werden, da der minimal erfassbare Zeitraum ein Quartal war</li> <li>○ <b>Fazit:</b> Post-COVID tritt bei Personen mit einer vorhergehenden SARS-CoV-2 Infektion häufiger auf als bei nicht infizierten; Kinder sind absolut gesehen wenig betroffen, aber relativ gesehen ist auch bei infizierten Kindern der Post-COVID Anteil im Vergleich zu nicht infizierten Kindern deutlich erhöht. Die Inzidenz von Post-COVID bei Erwachsenen beträgt 500/100.000 Personenjahre. Die Inzidenz von Post-COVID bei Kindern beträgt 300/100.000 Personenjahre.</li> <li>○ Als Stärke der Studie wurde genannt, dass man auf eindeutige Diagnosen zugreifen konnte, als Schwäche wurde der Detection Bias genannt, den man nun versucht, in weiteren Analysen, z.B. durch die Hinzunahme von Kontrollgruppen mit einer anderen Erkrankung (z.B. Influenza) zu minimieren</li> <li>○ Die Ergebnisse werden demnächst auch der STIKO vorgestellt</li> </ul>	<p>Dürrwald</p> <p>Haas</p> <p>Scheidt-Nave</p>
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>nicht berichtet</p>	<p>ZIG</p>



3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aktuelle Version Folien <a href="#">hier</a>                  Kleine Änderungen, vor allem hinsichtlich der Berücksichtigung von Faktoren, die das Gesundheitssystem zusätzlich belasten könnten, z.B. Influenza.  <b>ToDo:</b> Am Freitag veröffentlichen (Rexroth)</p>	Abt. 3
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Workshop zur Hospitalisierungsinzidenz fällt aus                  Bundespressekonferenz von gestern auf heute verschoben                  Abfrage von Themen für den morgigen Tweet:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hinweis auf Testung von Geimpften mit Atemwegsinfektionen</li> <li>2. COVIMO Studie ist abgeschlossen</li> <li>3. Retweet von 2G/3G Flyer zu gegebener Zeit</li> </ol> <p><b>P1</b></p> <p>2G/3G Flyer finalisiert                  Wird veröffentlicht und getweetet</p> <p><b>Abt. 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! BMG-geförderten Projektes hat Flyer entworfenen, der die Durchführung und Logistik von Lolli-Pool-PCRs in Kitas und Grundschulen für Sorgeberechtigte und Betreuungspersonal erklärt</li> <li>! Flyer <a href="#">hier</a></li> <li>! Übersetzung in andere Sprachen geplant</li> </ul> <p><b>ToDo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hinweis auf Testung von Geimpften mit Atemwegsinfektionen in den Wochenbericht aufnehmen (Rexroth)</li> <li>2. Veröffentlichung des Flyers im Deutschen und Übersetzung in Auftrag geben (Seifried)</li> </ol>	<p>BZgA (Benser)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>



6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bericht zur fachlichen Einordnung der Hospitalisierungsinzidenz – finale Abstimmung</li> <li>! Bericht <a href="#">hier</a></li> <li>! Die Abbildung soll nicht als Nowcasting bezeichnet werden, sondern als „Abschätzung der zu erwartenden Nachmeldung“, da es keinen R Wert enthält</li> <li>! Vorschlag: Bundesweite Grafik im Wochenbericht und Auswertung auf Bundeslandebene für die Länder</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>ToDo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bericht an das BMG schicken mit dem Hinweis, dass bei Zustimmung eine Aufnahme in den kommenden Wochenbericht geplant ist (Diercke, Hamouda, Matthias an der Heiden)</li> <li>2. Workshop für Journalisten zum Thema Nowcasting, da BMG Workshop abgesagt wurde (Diercke, Hamouda, Matthias an der Heiden)</li> </ol>	<p>Abt. 3</p> <p>Diercke</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Alle</p>
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	<p>FG33</p>
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li># SARS-CoV-2</li> <li>## Rhinovirus</li> <li>## Parainfluenzavirus</li> <li>## saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>## Metapneumovirus</li> <li>## Influenzavirus</li> </ul>	<p>FG17</p>



	Rest negativ <b>ZBS1</b>	ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Änderung der Entisolierungskriterien Folien <a href="#">hier</a>          Es wurden Ergebnisse vorgestellt, die mit Hilfe des CovidStrategyCalculators bestimmt wurden          Virusdaten entsprechen dem Wildtyp, Viruskinetiken von Delta/ non-Delta sind sehr ähnlich          Ergebnisse gelten nur für Ungeimpfte, keine Modellierung der Ausscheidungskinetik von Geimpften möglich          Ergebnis: eine kürzere Isolierungsdauer als 10d ist nicht sinnvoll          14d Isolierung ohne Testung oder 10d mit PCR Testung haben ähnliches relatives Risiko          Vorschlag für zukünftige Strategie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Geimpfte + Ungeimpfte gleich behandeln</li> <li>▪ 14d ohne Testung oder 10d mit PCR Testung im ambulanten Setting</li> <li>▪ 14d mit PCR Testung im klinischen Setting</li> </ul> <p>ToDo:  <i>Am Freitag nochmal abschließend diskutieren (die beiden letzten Folien, d.h. Überblick relatives Risiko und Überblick P(inf) als Diskussionsgrundlage mitbringen) (Oh)</i></p>	ZBS7 (Oh)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 08.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:00 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 08.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Walter Haas	
	○ Lothar H. Wieler	○ Stefan Kröger	
	○ Lars Schaade	!	FG38
	○ Esther-Maria Antão	○ Ute Rexroth	
!	Abt. 3	○ Claudia Siffcyk	
	○ Osamah Hamouda	○ Renke Biallas (Protokoll)	
	○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS7
	○ Janna Seifried	○ Michaela Niebank	
!	FG12	!	ZBS1
	○ Annette Mankertz	○ Janine Michel	
!	FG14	!	P1
	○ Mardjan Arvand	○ Christina Leuker	
	○ Melanie Brunke	!	Presse
!	FG17	○ Susanne Glasmacher	
	○ Djin-Ye Oh	○ Marieke Degen	
	○ Max von Kleist	!	ZIG1
!	FG32	○ Anna Rhode	
	○ Michaela Diercke	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG33	!	BZgA
	○ Ole Wichmann	○ Martin Dietrich	



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Datenstand: WHO, 07.10.2021 Fälle: 236.132.082 (-7% im Vergleich zu Vorwoche) Todesfälle: 4.822.472 Todesfälle (CFR: 2,05%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: Wenig Änderungen in der Reihenfolge Aufwärtstrend in der Türkei und der Russischen Föderation <b>Neu:</b> Rumänien mit stark ansteigendem Trend (+40%); Einstufung als Hochrisikogebiet WHO SitRep</p> <p>allen Regionen rückläufig bis auf Europa (+5%) Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in: Europa (+2%) VOC / VOI: Neu nachgewiesen Alpha: Zimbabwe, Madagaskar Beta: Sierra Leone, Liberia, Benin Gamma: Ghana, Togo, Benin Delta: Benin, Gabun, Kamerun, Mali, Burkina Faso</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.293.807 (+10.429), davon 94.113 (+86) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 63,8/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 56.846.361 (68,4%), mit vollständiger Impfung 54.038.360 (65,0%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 2 BL Anstieg (Sachsen, Thüringen) V.a. südliche Länder am stärksten betroffen SH und SL am niedrigsten Anzahl Kreise mit 7-TI &gt;25/100.000 EW: 375/411 (+2) Anzahl Kreise mit 7-TI &gt;50/100.000 EW: 247/411 (+5) Anzahl Kreise mit 7-TI &gt;100/100.000 EW: 359/411 (+14) 5 Kreise mit 7-TI &gt;200/100.000 EW, Trendbericht heute relativ stabil über die Wochen. Keine deutliche Übersterblichkeit erkennbar</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>
2	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
3	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p>	

	<p>Rückmeldung zur aktuellen Einschätzung erhalten                  Eine gekürzte Version ist in Arbeit (4 Seiten statt 6 Seiten). Ein entsprechender Entwurf wird zirkuliert und soll kommenden Mittwoch verabschiedet werden.</p> <p><b>ToDo:</b> <i>Fachliche Einschätzung des Entwurfs von weiteren FG und Verabschiedung am Mittwoch 13.10.2021.</i></p> <p><b>Diskussion:</b>                  Eine Untererfassung der Fälle ist möglich aber eine komplette Verzerrung der Lage ist nicht erwartbar. Dies wäre eher realistisch sobald die Kostenübernahme der Tests ausläuft, was jedoch erst noch ansteht.                  Insgesamt wird über mehrere Indikatoren hinweg ein ähnlicher Trend beschrieben, daher ist davon auszugehen, dass die genutzten Surveillanceinstrumente funktionieren und die aktuelle Einschätzung anhand der generierten Daten daher adäquat ist.                  Ein weiterer Rückgang ist eher nicht wahrscheinlich und ein Anstieg ist zu erwarten, v.a. unter Berücksichtigung der Saisonalität, steigender Mobilität, und vergleichbarer Signale bei anderen resp. Erkrankungen.                  Die Vermittlung der aktuellen Situation / Lage und die Umsetzung in Politik scheinen auseinander zu driften                  Sollten sich die durch das RKI veröffentlichten Einschätzungen, Prognosen und Modellierungen nicht bewahrheiten wird sich das RKI diesbezüglich rechtfertigen müssen. Dies wird eine kommunikative Herausforderung.</p>	<p>Abt. 3</p>
<p>5</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Daten der CoSiD-Befragung wurden veröffentlicht, mehr <a href="#">hier</a>. Gründe für Nicht-Impfung wurden primär untersucht und eine Impfquote unter der Befragten wurde ebenfalls ermittelt, war jedoch nicht der Fokus der Studie. Anhand der Befragungen ist eine höhere Impfquote zu erwarten (19% der Befragten waren nicht geimpft). Dieses Ergebnis ist jedoch durch einen maßgeblichen Selection Bias beeinflusst.                  Die Mehrheit der Probanden ist erreichbar für Informationen zu Impfungen. Gründe für eine Nicht-Impfung waren mangelndes Vertrauen in die Entwicklung des Impfstoffes, ein niedriges Vertrauensniveau gegenüber den staatlichen Institutionen, die Wahrnehmung, dass COVID-19 eine milde Erkrankung sei und das Risiko einer Erkrankung niedrig ist. Wie können die bisher nicht Geimpften erreicht werden?                  Impfkationswoche sollte verlängert werden, sodass Gelegenheitsprobleme vermindert werden. Die 6% die sich definitiv nicht impfen lassen wollen, werden vermutlich nicht erreicht werden können. Daher wird ein Fokus auf die gelegt, die sich potentiell noch zur Impfung bewegen lassen. Die</p>	<p>BZgA</p>

	<p>Kommunikation über Impfungen könnte vermehrt über einen Dialog erfolgen und weniger über staatliche Institutionen. Eine weitere Herausforderung stellt die niedrigschwellige Aufarbeitung von Informationsmaterialien zur Schutzimpfung dar. Teils fällt es Personen schwer bestehenden Informationsmaterial zu verstehen.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die Veröffentlichung Unterschiedlicher Angaben zum selben Themen (z.B. Impfquoten) unter Referenz unterschiedlicher Datenquellen (Registerdaten, andere Erhebungen, Befragungen) mit unterschiedlicher Datenqualität ist eine Herausforderung, da dies in der Öffentlichkeit teils schwer verständlich ist. Daher sollte darauf geachtet werden Transparenz und Verständlichkeit zu wahren. Die Bezugsgruppe bei der Darstellung der Impfquote sollte klar und deutlich kommuniziert werden. Der Unterschied der in den Proportionen ist groß und kann zu Missverständnissen führen (Impfquote 60% auf die Gesamtbevölkerung und ca. 80% auf alle Erwachsenen). Im Wochenbericht sollte die Darstellung ggf. angepasst werden oder auf die unterschiedlichen Datenquellen hingewiesen werden. Anpassungen für den kommenden Wochenbericht können bis spätestens Dienstag d. 12.10.2021 angemeldet werden.</p> <p><i><b>ToDo:</b> Kommunikation über die unterschiedlichen Datenquellen und Auswertungen soll diskutiert werden. Presse und P1 diskutieren Möglichkeiten zur entsprechenden Darstellung in unterschiedlichen Medien (z.B. Twitter).</i></p> <p><b>Presse</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b></p> <p>Vergangene Woche wurde über PK und COVIMO getwittert                  2G/3G Flyer wurde veröffentlicht</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Es wurden unterschiedliche Szenarien bzgl. der Isolierungsdauer und abschließender Testung (mit PCR oder Antigen Test) vorgestellt, mehr <a href="#">hier</a>. Das verbleibende Risiko für Folgefälle kann erheblich ab einer Isolierungsdauer von 10 Tagen verringert werden. Eine abschließende Testung kann dieses noch weiter senken. Die bisher verwendete Strategie von 14 Tage Isolierung + Abschlusstestung zeigen das niedrigste Restrisiko für Folgefälle (0.01%-0.04%; 0,4-2 Fälle statt 4000 Fälle). Auch eine Isolationsdauer von 14 Tagen ohne Testung (RR: 0.06%; 2 Fälle), Isolationsdauer von 10 Tage ohne Testung</p>	<p>FG17</p>



	<p>(RR: 2,1%; 84 Fälle) und mit PCR Testung (RR: 0,4%; 17 Fälle) zeigen ein verringertes Risiko für Folgefälle Eine abschließende Entscheidung für eine angepasste Empfehlung (auch differenziert nach Settings) konnte nicht getroffen werden. Die Mehrheit des Plenums ist für eine Vertagung, sodass die aktuellen Empfehlungen weiter bestehen bleiben.</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> (keine)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Seit gestern im Stellungnahmeverfahren: Booster-Auffrischungsimpfung und die Empfehlung des Janssen Impfstoffs Die Wirksamkeit des Janssen Impfstoff liegt nach aktueller Einschätzung eher bei 30% und für auf schwere Verläufe eher bei 60%; ähnliches Bild aus anderen Ländern. Daher ist es fraglich ob eine Grundimmunisierung wirklich nach nur einer Dosis gegeben ist, oder ein Booster mit einem anderen Impfstoff angebracht ist. Empfehlung zu Auffrischungsimpfung ist im Entwurf: Alle Personen ab 70 und med. Personal mit Patkontakt, und alle Bewohnerinnen sowie Personal in entsprechenden Einrichtungen Evidenz in Bezug was die Schutzwirkung einer Infektion angeht wird derzeit gesichtet. Bisherige Annahme sind 6 Monate, dies soll erneut geprüft werden, auch vor dem Hintergrund der DELTA-Variante. Gestern fand ein Treffen zwischen STIKO, PEI, BMG statt. Thema war die Aussetzung von dem Moderna Impfstoff in skandinavischen Ländern. Grund dafür war eine erhöhte Anzahl an Myokarditis Fällen v.a. unter jungen Menschen. Das Risiko war 4-mal höher beim Moderna als beim Biontech Impfstoff. In Deutschland gibt es noch wenig entsprechende Daten. Diese werden aufgearbeitet. Dies ist auch relevant für eine empfohlene Booster-Impfung</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 552 Proben, davon: 17 SARS-CoV-2 207 Rhinovirus 70 Parainfluenzavirus 39 saisonale (endemische) Coronaviren 3 Metapneumovirus 1 Influenzavirus 97 RSV</p>	FG17





	<p>Eine neue Delta-Sublinie wurde ermittelt (AY33 + Mutation). Bisher ca. 30 Sequenzen mit Nachweis. Die Einsendungen kamen aus 9 unterschiedlichen Laboren.</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>Umstellung seit letzter Woche hat gut funktioniert. 166 Proben, von den 74 Proben positiv waren (ca. 45%)</p>	ZBS1
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Noch keine Rückmeldung vom BMG bezgl. des Nowcastings</p>	FG 32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>Mit Beginn der Herbstferien wird es schwieriger die Schichten zu füllen. Ähnliches ist für die Winterferien zu erwarten. Ein Zwischenbericht wird zurzeit vorbereitet. 01.01.2022 soll dieser fertiggestellt werden.</p> <p><i>ToDo: Erneuter Aufruf per Mail soll durch Herrn Schaade erfolgen.</i></p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:57 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 13.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG33
! Institutsleitung	o Wiebe Külper-Schiek
o Lothar H. Wieler	! FG34
o Lars Schaade	o Viviane Bremer
! Abt. 1	! FG36
o Annette Mankertz	o Julia Schilling
! Abt. 3	! FG37
o Osamah Hamouda	o Sebastian Haller
o Tanja Jung-Sendzik	! FG38
o Janna Seifried	o Maria an der Heiden
! FG11	! MF4
o Sangeeta Banerji (Protokoll)	o Martina Fischer
! FG14	! P1
o Melanie Brunke	o Ines Lein
! FG17	! Presse
o Ralf Dürrwald	o Ronja Wenchel
! FG25	! ZIG
o Christa Scheidt-Nave	o Johanna Hanefeld
! FG32	! BZgA
o Michaela Diercke	o Florentine Frenz





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.330.258 (+11.903), davon 94.389 (+92) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 65,4/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.073.537 (68,6%), mit vollständiger Impfung 54.395.005 (65,4%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Bundesweiter Wert ist konstant, unterschiedliche Entwicklung in den einzelnen BL: Anstieg in Sachsen und Thüringen, leichter Anstieg im Saarland, konstant niedrig in Schleswig-Holstein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nowcasting: 7-d-R-Wert = 0,96</li> <li>○ Geografische Verteilung: kaum Veränderung im Vergleich zur Vorwoche, südliche BL stärker betroffen, vor allem Bayern und BaWü</li> <li>○ HeatMap: Rückgang der Inzidenz bei den Altersgruppen (AG) 0-4 und 5-9 Jahre, mittlere AGs stabil, leichter Anstieg bei den Älteren</li> <li>○ Hospitalisierungen: Hospitalisierungsinzidenz = 1,9/100.000 Einw., Inzidenz bei Ü80 Jährigen am höchsten, Zahlenmäßig sind die 60-79 am stärksten betroffen</li> <li>○ Geografische Verteilung der Inzidenzen nach Altersgruppen: Abbildung <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In Kyffhäuser, Thüringen, ist die Inzidenz bei den 10-19-Jährigen mit über 1000/100.000 Einw. Besonders hoch. Auch einige andere LK haben Inzidenzwerte über 500 in dieser Altersgruppe</li> </ul> </li> </ul> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) Folien <a href="#">hier</a>                      Anzahl Testungen: 30.000, Positivenanteil (PA): 6,7 (etwa konstant), Laborauslastung bei ca. 50%                      ARS-Daten Folien <a href="#">hier</a>                      Ca. 4 Mio. Testungen in den letzten 12 KW, PA bei ca. 6%                      Testverzug über das Wochenende (Fr-So) höher als innerhalb der Woche                      Ü80 Jährige wurden am häufigsten getestet, PA am höchsten bei 5-14-Jährigen (&gt;10%)                      Ausbrüche: 35 in medizinischen Einrichtungen und 65 in Alten- und Pflegeheimen                      Syndromische Surveillance (nur mittwochs) Folien <a href="#">hier</a>                      GrippeWeb (40. KW): 5,3 Mio. ARE (4,1 in KW 39); starker Anstieg bei den 0-4-Jährigen</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Hamouda</p> <p>Hamouda</p> <p>Haller</p> <p>Schilling</p>

	<p>AG Influenza: Starker Anstieg der Arztkonsultationen bei 0-4-Jährigen  KH-Surveillance: Seit KW 36 Anstieg der SARI Fallzahlen bei 0-4-Jährigen (65% RSV)  Anteil COVID-19 von 18% auf 14% gesunken und bei Intensivfällen von 35% auf 34% gesunken  Ausbrüche in Kitas: Unter dem Niveau der 2. &amp; 3. Welle (Anstieg im Vgl. zum Vorjahr etwa 2 Monate früher), 60% Anteil der AG 0-5  Schulausbrüche: Anstieg seit KW 39, Höhepunkt Anfang Oktober (n=191), AG 6-14 ist an 77% aller Ausbrüche beteiligt und 60% aller Ausbrüche mit NUR dieser Altersgruppe  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)  <b>Folien <a href="#">hier</a></b>  203 Einsendungen mit 69% PA (138/201)  SARS-CoV-2: 1 Nachweis bei 0-4-Jährigen und 2 Nachweise bei Ü60  Influenza: 0 in KW 39/40 und 1 in KW 41 (44-Jähriger)  Endemische Coronaviren: =C43 über 10%  Hohe Rate an RSV  Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)  <b>Folien <a href="#">hier</a></b>  1398 COVID-19 auf Intensiv (+580 Neuaufnahme pro Tag)  Abbremsen der COVID-ITS Belegung in vielen BL, Anstieg in Bremen, Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen  Altersstruktur: Anteilige Zunahme der Ü80-Jährigen, Ü50-Jährige noch immer stark vertreten  Beatmung/ECMO: leichter Rückgang, trotzdem noch rel. hoher Anteil  Prognose intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen: Im Osten wird ein Anstieg erwartet, sonst stabiles Niveau</p> <p><b>ToDo 1:</b>  <i>Im Wochenbericht auf die besonders hohe 7d-Inzidenz (&gt;500) in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen in manchen Landkreisen hinweisen, ohne diese zu benennen. Entsprechende Abbildung mit Darstellung von allen Altersgruppen einfügen. Möglichst neutrale Formulierung (Diercke, Hamouda)</i></p>	<p>Dürrwald</p> <p>Fischer</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Gekürzter Entwurf soll im Krisenstabsverteiler zirkuliert werden und am Freitag verabschiedet werden</p>	<p>Abt. 3</p>



	<p><b>ToDO 2</b>  <i>Gekürzte Fassung der Risikobewertung an den Krisenstabsverteiler schicken und die kommentierte Version am Freitag in der Sitzung zur endgültigen Verabschiedung vorstellen (Degen/ Wenchel)</i></p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblatt für Schwangere und Stillende zur Impfung wird online gestellt</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Pressemitteilung zur Einordnung der Berichterstattung der Bild Zeitung zur COVIMO Studie                  Workshop zum Nowcasting für Datenjournalisten am Freitag um 10 Uhr                  Vorschlagssuche zum Begleit-Tweet zum morgigen Wochenbericht: hohe 7d-Inzidenzen bei Jugendlichen (Karte aus Wochenbericht) (siehe ToDo 3)</p> <p><b>P1</b></p> <p>Tweet zur Diskrepanz DIM/COVIMO                  Tweet/Insta: neues Rollout zur Datenspende App mit dem neuen feature, dass man zur Studienteilnahme aufgerufen wird                  Retweet von Karte aus Wochenbericht geplant</p> <p><i>Frage: Sind Studien in der Datenspende App mit Abt. 2 oder Abt. 3 abgestimmt?</i>  <i>Antwort: nicht bekannt, bitte an Herrn Schmich wenden</i></p> <p><b>ToDO 3</b>  <i>Karte der 7d-Inzidenz nach Altersgruppen begleitend zum Wochenbericht tweeten (Wenchel)</i></p>	<p>BZgA Frenz</p> <p>Wenchel</p> <p>Lein</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Zur Diskussion: Sollen aktuelle Maßnahmen 2G/3G, AHA-L beibehalten werden?                  Fazit: Ja, da Lage unstabil (R = 1, ITS-Indikator: 14 BL in Stufe 2). Durch Wegfall der Maßnahmen ist wieder ein Anstieg zu erwarten. Bisheriges Ausbleiben einer Herbstwelle wahrscheinlich auf diese Maßnahmen zurückzuführen.                  Information aus AGI Sitzung: Länder möchten keine Änderung der aktuellen Quarantäneregelungen, zeigen gewisse „Müdigkeit“, daher wahrscheinlich eine Änderung der Entlass Kriterien aus der Isolierung ebenfalls nicht sinnvoll                  RKI-intern                  nicht berichtet</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>





**Ende: 12:10 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 15.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lothar Wieler**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
! Institutsleitung	o	Muna Abu Sin
o Lothar Wieler	!	FG 38
! <u>FG12Abt. 1</u>	o	Maria an der Heiden
o Annette Mankertz	o	Claudia Siffczyk
! Abt. 2	o	Ulrike Grote
o Thomas Ziese	!	P1
! Abt. 3	o	Ines Lein
o Tanja Jung-Sendzik	!	Presse
o Janna Seifried	o	Ronja Wenchel
! FG12	o	Susanne Glasmacher
o Annette Mankertz	!	ZBS1
! FG14	o	Marica Grossegeesse
o Melanie Brunke	!	ZBS7
o Mardjan Arvand	o	Christian Herzog
! FG17	o	Katharina Lang
o Djin-Ye Oh	!	ZIG1
! FG 32	o	Sarah Esquevin
o Michaela Diercke	o	Carlos Correa-Martinez
! FG 33	!	BZgA
o Thomas Harder	o	Oliver Ommen
! FG34		
o Viviane Bremer		
o Andrea Sailer (Protokoll)		
! FG36		
o Silke Buda		
o Walter Haas		





	<p>17. Politische Krise in Rumänien: Regierung kann keine neuen Maßnahmen verhängen.</p> <p>18. Großes Misstrauen gegenüber Regierung</p> <p>19. Impfskepsis sehr hoch, vor allem in dörflichen Gegenden um Bukarest herum</p> <p>Wie ist die Inzidenz bei Kindern in EU-Ländern (z.B. UK, Dänemark)? <i>ToDo: für nächste Woche vorbereiten, FF ZIG1</i></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>20. SurvNet übermittelt: 4.354.158 (+11.518), davon 94.526 (+65) Todesfälle</p> <p>21. 7-Tage-Inzidenz: 68,7/100.000 Einw.</p> <p>22. Hospitalisierungsinzidenz ab 60 Jahre: 4/100.000 Einw.</p> <p>23. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.128.110 (68,7%), mit vollständiger Impfung 54.486.100 (65,5%)</p> <p>24. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Gesamt: Plateau setzt sich weiter fort, minimaler Anstieg.</li><li>2. Thüringen: sehr großer Inzidenzanstieg</li><li>3. Bremen: Rückgang</li><li>4. Sachsen: Anstieg verlangsamt</li><li>5. Bayern, BW: auf hohem Niveau</li></ol> <p>25. Thüringen: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Hohe Inzidenz vor allem bei 5-14 Jährigen</li></ol> <p>26. Thüringen: 7-Tage-Inzidenz nach Kreis</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. In den meisten Kreisen Auf-/Abstieg</li><li>2. Anstieg vor allem im LK Kyffhäuserkreis</li><li>3. Vor allem Schüler betroffen, unklar ob ein großer oder mehrere Schulausbrüche</li><li>4. Beeinflusst Trend in ganz Thüringen</li></ol>	<p>P4</p>
--	---	-----------



	<p>27. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Höchste Inzidenzen im Südost-Bayern; keine genaueren Informationen, ob 1 größeres Geschehen ursächlich</li> </ol> <p>28. Altersmedian nach Meldewoche und Krankheitsschwere</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>von allen Fällen: ca. 30 Jahre</li> <li>Hospitalisierte + ITS: Altersmedian steigt eher wieder an.</li> <li>Verstorbene: Weiterhin sterben in erster Linie &gt; 80 Jährige.</li> </ol> <p>29. Sterbefallzahlen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Keine größere Übersterblichkeit in Deutschland</li> </ol> <p>Modellierung (<i>nur freitags</i>) (Folien hier)</p> <p>30. (nicht berichtet)</p> <p>Wie ist das Testkonzept in Schulen in Thüringen?</p> <p>31. Wurde in AGI kurz angesprochen, recherchiert Fr. Diercke.</p> <p>32. Testpflicht und Pflicht zum Tragen einer Maske ab 5. Klasse fiel Ende September weg.</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	ZIG
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b> (Folien hier) ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Verabschiedung einer gekürzten Version (Entwurf <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dem Vorschlag „für nicht vollständig geimpfte“ statt „für nur einmal geimpfte“ Bevölkerung zu schreiben, wird nicht entsprochen, da die STIKO-Empfehlung zur Boosterung von Johnson&amp;Johnson nächste Woche kommt.</li> <li>Sollte das Ziel nicht an die <a href="#">Entwicklung</a>/Phase der Epidemie angepasst werden? Von einer dauerhaften Reduktion der Fallzahlen (<a href="#">nicht nur schwerer Fälle</a>) hin zu einer <a href="#">nachhaltig</a> stabilen Infektionslage mit einem kontrollierbaren Maß an Verbreitung des Virus <a href="#">in einer gut geschützten (z.B. durch Impfung) Bevölkerung, damit schwere Erkrankungen seltener auftreten und der Übergang in die endemische Phase mit vermehrt leichten Verläufen erfolgen kann.</a></li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Arvand</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sind vom Modell der Phaseneinteilung etwas abgekommen, Ziel der Pandemiebewältigung ist Minimierung schwerer Verläufe und der Todesfälle.</li> <li>○ Im Moment ist das Ziel noch, die Fallzahlen einzudämmen, auch in Hinsicht auf die Kinder.</li> <li>○ Nachhaltiger Rückgang bedeutet langfristige Unterdrückung der Fallzahlen, ist das das Ziel? Diskussion <a href="#">muss-sollte hier</a> geführt werden.</li> <li>○ Einigung, anlehnend an ControlCOVID: Ziel ist Infektionszahlen nachhaltig niedrig zu halten, insbesondere um schwere Erkrankungen und Todesfälle zu minimieren.</li> <li>○ „Sehr“ guter Schutz vor schweren Erkrankungen bei Impfeffektivität bleibt.</li> </ul> <p>! Hintergrund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenzen sind leicht zurückgegangen und bilden derzeit ein Plateau. Wie ist das bei Kindern? Kein genereller Anstieg bei Kindern, nur in einzelnen Kreisen.</li> <li>○ Erneuter Anstieg der Infektionszahlen ist „zu erwarten“ oder „erscheint wahrscheinlich“? Wurde bereits diskutiert und bleibt bei „zu erwarten“.</li> <li>○ Verweis auf Delta-Variante bei Hintergrund wird gestrichen.</li> <li>○ Änderung zu „Zahl der Todesfälle befindet sich im Vergleich zu den vorherigen Wellen aktuell auf niedrigerem Niveau“ und „Die Zahl schwerer Erkrankungen.... liegen aktuell auf einem Plateau“ . Unter den Hospitalisierten steigt der Anteil der jüngeren Altersgruppen wird gestrichen.</li> <li>○ Virusverbreitung: Arbeitsumfeld, Kitas und Schulen wurden nicht erwähnt. -&gt; Im Arbeitsumfeld, in Schulen wird angefügt; Kitas spielen im Moment noch keine große Rolle.</li> <li>○ Lüften aller Innenräume ist redundant und wird gestrichen.</li> <li>○ Ergänzung: Nutzung der Corona-Warn-App wird empfohlen.</li> </ul> <p>! Übertragbarkeit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dass die derzeit zirkulierende Delta Variante besonders leicht übertragbar ist, wird eingefügt.</li> </ul> <p>! Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1. Absatz wird gestrichen -&gt; Krankheitsschwere soll in den Vordergrund gestellt werden, nicht Überlastung des Gesundheitssystems.                  (Anmerkung: Kapazitäten auf den Intensivstationen sind aufgrund von Personalmangel gesunken.)</li> </ul> <p>! Strategie und Infektionsschutzmaßnahmen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Änderung der Überschrift zu „Grundsätzliche Aspekte der Strategie zur Pandemiebewältigung“</li> </ul> <p>! Grundprinzipien der Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Übertragbarkeit: Vorschlag Virusvariante zu ergänzen wurde abgelehnt, da an PISA-WHO Konzept orientiert. Maßzahlen für Übertragbarkeit sind Fallzahlen und Trends.</li> </ul> <p><i>ToDo: Fr. an der Heiden finalisiert Risikobewertung, wird am Montag als redaktionelle Überarbeitung und Kürzung von Presse publiziert.</i></p>	<p>Haas</p> <p>Wieler</p> <p>Abu Sin</p> <p>Buda</p>
--	--	--

		Haas
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kein aktueller Beitrag</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! RKI hat sich gegen Bild-Berichterstattung gewehrt. Dies wurde positiv aufgenommen.</li> <li>! Information zu LK und Altersgruppen im letzten Wochenbericht <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Korrekturtweet erforderlich, da Fehler bei Tweet gestern: in 9 statt 8 LK ist die Inzidenz bei 10-19 Jährigen sehr hoch.</li> </ul> </li> <li>! 2 Anfragen hierzu von Bildzeitung und Deutschlandfunk <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Warum wurde Auswertung erst jetzt veröffentlicht, obwohl die Inzidenzen in dieser Altersgruppe vor ein paar Wochen höher waren?</li> <li>○ Wunsch nach Daten dazu <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dashboard-Daten sind verfügbar, jedoch andere Altersgruppen</li> <li>2. Daten können im Nachhinein zur Verfügung gestellt werden. Besser wäre es aber, wenn nicht immer mehr weitere Daten zur Verfügung gestellt werden müssten.</li> <li>3. Muss politisch entschieden werden.</li> </ol> </li> <li>○ Müssen Daten einer Zeitung auf Aufforderung zur Verfügung gestellt werden? <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Strategische Frage, keine rechtliche; könnten Daten wahrscheinlich einklagen.</li> </ol> </li> <li>○ Begründung mit nicht vorhandener Kapazität ist ungünstig.</li> <li>○ Eher qualitativ antworten vs. gar nicht antworten? Wenn antworten, dann generisch.</li> <li>○ Es gibt vermutlich kein gutes Argument, warum diese Ergebnisse jetzt und nicht schon vorher veröffentlicht wurden. <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Vorher standen andere Themen im Vordergrund.</li> </ol> </li> <li>○ Verweis auf SurvNet: Daten können aus SurvNet gezogen werden.</li> </ul> </li> </ul>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Glasmacher)</p> <p>Wieler</p> <p>Wenchel</p> <p>Diercke</p> <p>P1</p>

	<p>! Workshop zum Nowcasting der Hospitalisierungsinzidenz für Datenjournalisten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Von 10 – 12 Uhr: 10 Journalisten + Hr. an der Heiden, Hr. Hamouda, Fr. Wenchel: gute Diskussion</li><li>○ Hintergrundgespräche mit Journalisten sind ab und zu sinnvoll.</li><li>○ Maschinenlesbarkeit der Daten notwendig</li><li>○ Wurde nicht versprochen, möglichst nicht immer neue Sachen anbieten.</li><li>○ Generell kommt bei neuen Abbildungen im Wochenbericht immer die Frage nach Daten auf, auch auf Bundeslandebene.</li></ul> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p>! VK am Mittwoch von Hr. Spahn mit Hr. Wieler, Hr. Schaade, Hr. Wichmann und mit Virologen und Gesundheitsämtern</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Mögliche Probleme bei Kapazitäten auf Intensivstationen durch Corona- und Influenzawelle wurde nicht vertraulich behandelt. Information ging an Bild.</li><li>○ Beobachtung aus Köln, wo ein Test- und Impfzentrum nebeneinander liegen: Seitdem die Antigentests kostenpflichtig sind, lassen sich wieder mehr Leute impfen.</li><li>○ Diskussion Einsatz von monoklonalen Antikörpern: Vorschlag GA sollten auf diese Möglichkeit hinweisen. Vermissen Empfehlung vom RKI zu monoklonalen Antikörpern.</li></ul> <p>! Antikörpergabe soll auf unterschiedlichen Wegen beworben werden, könnte in AGI eingebracht werden.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Es geht im Moment vor allem um Schwangere. In GB sind ein hoher Prozentsatz der Personen auf Intensivstation schwangere Frauen.</li><li>○ In den meisten Fällen ist beim Kontakt zwischen GA und Erkrankten kein Arzt involviert. Wie sollen die Informationsflüsse sein?</li></ul> <p>6. Ein Hygieneinspektor kann erkennen, dass es sich um</p>	<p>Wieler</p> <p>Herzog</p>
--	---	-----------------------------





	<p>eine Risikogruppe handelt. Dann sollte darauf hingewiesen werden, dass das Aufsuchen eines Arztes sinnvoll ist. Dieser Arzt berät zur Therapie. GA sollen nur dafür sorgen, dass die Risikogruppen sich ärztlich vorstellen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Können Antikörper ambulant gegeben werden?</li> </ul> <p>7. Keine Zulassung; es gibt spezielle Kliniken, die das teilstationär anbieten.</p>	
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Artikel fürs Ärzteblatt kurz vor Finalisierung</p> <p><i>ToDo:</i></p> <p><i>FG37: Entscheidung, ob ARS Daten mit einbezogen werden sollen</i></p> <p><i>FG14: Möglichkeit, Passage zu Schutzkleidung bei Ärzten einzufügen</i></p> <p><i>FG33: Bitte um Kommentierung</i></p>	FG12 (Mankertz)

<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>STIKO</b></p> <p>! Sitzung letzten Mittwoch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Booster-Impfung, Jansen-Impfstoffproblematik             <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Empfehlung für &gt;70 Jährige und Pflegepersonal kommt am Montag oder Mittwoch</li> <li>9. Jansen-Impfstoff: nach 4 Wochen Optimierung der Grundimmunisierung mit einem mRNA-Impfstoff. Auch mit Janssen? Off-label Gebrauch</li> </ol> </li> <li>○ Vermehrt Myokarditiden bei jungen Männern unter 30 Jahren nach Impfung mit Moderna             <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Bei 12-17 Jährigen nur 1 Fall in Deutschland, bei 18+ Jährigen schon mehr Fälle</li> <li>11. Rate deutlich höher als beim BioNTech-Impfstoff</li> <li>12. Wird in Sitzung in 14-Tagen nochmal aufgegriffen, vermutlich Empfehlung von Comirnaty für &lt; 30 Jährige.</li> </ol> </li> <li>○ Was könnte der Grund für die Myokarditiden sein?             <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Höhere Konzentration des Impfstoffs? Nicht gesichert, aber keine weitere Erklärung</li> <li>14. Besonders auffällig in Norwegen, deutlich erkennbares Signal bei jungen Männern</li> <li>15. Keine Todesfälle, allerdings auch Fälle die langwieriger sind.</li> </ol> </li> </ul>	<p>FG33 (Harder)</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 702 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 15 SARS-CoV-2</li> <li>○ 1 Influenzavirusnachweis Anfang der Woche; es handelt sich um den 2. in dieser Saison (H3N2)</li> <li>○ 239 Rhinovirus</li> <li>○ 186 RSV</li> <li>○ 63 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 58 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ <del>##</del> <u>7</u> Metapneumovirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1</p>

<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Klinisches Management ○ Voranfrage zur Übernahme von Patienten aus Rumänien ○ BMG rechnet mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Anfrage zur Patientenübernahme nach Deutschland	ZBS7 (Herzog)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:50 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 20.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG34
! Institutsleitung	○ Viviane Bremer
○ Lothar H. Wieler	! FG36
○ Lars Schaade	○ Walter Haas
! Abt. 1	○ Silke Buda
○ Martin Mielke	○ Stefan Kröger
! Abt. 3	○ Kristin Tolksdorf
○ Osamah Hamouda	! FG37
○ Nadine Litzba	○ Tim Eckmanns
! FG11	
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	! FG38
! FG12	○ Ute Rexroth
○ Annette Mankertz	! MF4
! FG14	○ Martina Fischer
○ Melanie Brunke	! P1
! FG17	○ NN (Bitte eintragen)
○ Barbara Biere	! Presse
○ Djin-Ye Oh	○ Susanne Glasmacher
! FG21	○ Marieke Degen
○ Wolfgang Scheida	○ Ronja Wenchel
! FG25	! ZIG
○ Christa Scheidt-Nave	○ Johanna Hanefeld
! FG32	! BZgA
○ Michaela Diercke	○ Jasmin Benser
! FG33	! Unbekannt
○ Wiebe Külper-Schiek	○ Tel.: 1375000709 (Bitte eintragen)





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ nicht berichtet</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend, <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.401.631 (+17.015), davon 94.808 (+92) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: 80,4/100.000 Einw.</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.326.792 (68,9%), mit vollständiger Impfung 54.807.710 (65,9%)</li> <li>○ 7-d- R-Wert bei &gt;1 (1,07)</li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starker Anstieg in Thüringen, Sachsen, Bayern, leichter Anstieg in BaWü, Berlin, Brandenburg und Schleswig-Holstein</li> <li>○ Geografische Verteilung: Inzidenzen höher im Süden und Osten, 8 LK mit 7d-Inzidenz&gt;250: die meisten in Bayern, außer Kyffhäuser Kreis (Thüringen)</li> <li>○ Weniger al 20% der LK haben eine 7d-Inzidenz unter 50/100.000 Einw.</li> </ul> </li> <li>○ Heatmap nach Altersgruppen: In fast allen AG gibt es einen Anstieg, am stärksten bei den 10-14-Jährigen</li> <li>○ Inzidenz nach Altersgruppen: in der AG 10-19 gibt es 15 LK mit einer 7d-Inzidenz &gt;500/100.000 Einw. Auch die Inzidenz bei den Älteren (50-59 Jahre) steigt in einigen BL (Bayern, Thüringen und Sachsen) an</li> <li>○ Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>○ <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ Zahl der Testungen im Vgl. zur Vorwoche um 12% zurück gegangen (ca. 800.000), Anstieg der Testpositivenrate (PA) von 6,5 auf 8,3, Laborauslastung steigt, aber ist akzeptabel, Kapazitäten sind vorhanden</li> <li>○ ARS-Daten <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ Rückgang der Testungen bei gleichzeitigem Anstieg der Testpositivenrate</li> <li>○ Rückgang der Testungen ist vor allem auf Rückgang von Lollitestungen in der AG 5-14 Jahren in NRW zurückzuführen (aktuell Ferien), Testzahlen in Arztpraxen und Krankenhäusern</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>Hamouda</p> <p>Eckmanns</p>

	<p>konstant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der Testpositivenrate vor allem in Bayern, Sachsen, Thüringen, Brandenburg</li> <li>○ Ausbrüche: 55 Ausbrüche in Krankenhäusern und 78 Ausbrüche in medizinischen Einrichtungen</li> <li>○ VOCs <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ 100% Delta (=Ay 4.2) (in der letzten Woche keine anderen Varianten)</li> <li>○ VOI: My/Lambda: 0 in KW 40</li> <li>○ Sublinie Ay.33: Anteil konstant</li> <li>○ Ay1 ("Delta+" Variante): sporadisch</li> <li>○ Ay 4.2 (ne u in UK aufgetreten): Vorkommen in D wird in nächster Zeit genauer analysiert</li> <li>○ Sequenzierungen bilden 5% der Meldefälle ab</li> <li>○ Kumulativer Wachstumsplot: Delta wird Alpha bald in absoluter Zahl übertreffen</li> <li>○ Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</li> <li>○ <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ GrippeWeb (41. KW): 5,4 Mio. ARE (5,3 in KW 40); Im Vgl. zur Vorwoche deutlicher Rückgang bei den 0-4-Jährigen, deutlicher Anstieg bei Ü60-Jährigen</li> <li>○ AG Influenza: 1300 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einw. Heterogenes Bild in den einzelnen BL, aber korreliert nicht zwangsläufig mit Ferien, z.B. Rückgang in Thüringen, obwohl keine Ferien</li> <li>○ KH-Surveillance: Anstieg nicht fortgesetzt: SARI Fallzahlen gesunken in allen AG, aber bei 0-4-Jährigen sehr hohe Fallzahlen (72% RSV)</li> <li>○ ICOSARI: Bei AG 35-59 48% COVID-19</li> <li>○ SARI Fälle mit COVID-19: erst Anstieg, jetzt Abfall genauso die ITS Fälle</li> <li>○ Ausbrüche in Kitas: 166 Ausbrüche in den letzten 4 Wochen</li> <li>○ Ausbrüche in Schulen: 758 Ausbrüche, die meisten in BaWü und Sachsen</li> <li>○ Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</li> <li>○ <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ In KW 41 gab es 176 Einsendungen (davon 50% von Kindern unter 15 Jahren) aus 57 Arztpraxen und 14 BL; insgesamt blieb damit die Einsendezahl konstant</li> <li>○ Der Positivenanteil für einen Virusfund betrug 73% (129/176)</li> <li>○ 2-3% SARS-CoV-2</li> <li>○ Sporadische Influenzanachweise (H3N2)</li> <li>○ 20% endemische Coronaviren (OC43, sporadisch 229E)</li> <li>○ Sonstige ARE: RSV und Rhinoviren hatten den größten Anteil (je ca. 30%), ebenfalls Nachweise von Parainfluenzaviren und HMPV</li> </ul>	<p>Kröger</p> <p>Buda</p> <p>Biere</p> <p>Fischer</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) <a href="#">Folien hier</a></li> <li>○ 1480 COVID-19 auf Intensiv (+624 Neuaufnahme pro Tag)</li> <li>○ Anstieg der COVID-ITS Belegung in einigen BL, Anstieg in Bremen, Sachsen und Thüringen, in Südlichen BL: Rückgang/Plateau, Alle BL haben eine ITS Belegung von mehr als 3% außer Schleswig-Holstein</li> <li>○ Altersstruktur: Mehr als 50% betrifft Ü60-Jährige, viele Patienten aus Altenheimausbrüchen</li> <li>○ Beatmung/ECMO: Plateau/leichter Rückgang, trotzdem noch rel. hoher Anteil an COVID-19</li> <li>○ Prognose intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen: Vor allem im Osten wird ein moderater Anstieg erwartet</li> </ul> <p>Diskussion:</p> <p>a) Es wird ein sehr unterschiedlicher Ausgang von COVID-19 bei geimpften Personen im Rahmen von Altenheimausbrüchen beobachtet, d.h. z.T. sehr gute Wirkung der Impfung und z.T. ITS Behandlung notwendig. Sollte die Ursache davon untersucht werden (im Rahmen von ARS)? Ergebnis: Ja, Untersuchung sehr sinnvoll, es sollten dabei vor allem der verabreichte Impfstoff und die Virusvariante (eventuell bereits im Rahmen der VOC Surveillance verfügbar) angeschaut werden</p> <p>b) Warum steigt ITS-Belegung in Bremen an, obwohl die Inzidenz seit einigen Wochen rückläufig ist? Ergebnis: Faktoren, die möglicherweise eine Rolle spielen könnten, sind die Anzahl betreibbarer ITS Betten, der Impfstatus der Fälle, der Wohnort (möglicherweise nicht aus Bremen) und Unterschiede in der Inzidenz Bremen/Bremerhaven</p> <p><b>ToDo 1:</b></p> <p>1. Bitte mögliche Einflussfaktoren für den Anstieg der ITS-Belegung in Bremen darstellen, vor allem: 1. Anzahl betreibbarer ITS-Betten, 2. PLZ der ITS-Patienten (Aufschlüsselung nach Bremen, Bremerhaven, andere BL) und 3. Impfstatus der ITS-Patienten (Fischer)</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>nicht berichtet</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	<p>FG21</p>







6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>! Wegfall der epidemischen Lage von nationaler Tragweite zum 25. November</p> <p>Diskussion hinsichtlich der damit verbundenen Änderungen, z.B. von Verordnungen, Vergütung der Sequenzierung. Es wurde darauf hingewiesen, dass Verordnungen (DIVI, Test-, Impf-, Surveillance) wahrscheinlich noch ein Jahr nach Ablauf der Lage ihre Gültigkeit behalten. Außerdem sei wohl eine Entkoppelung von IfSG 28a von der epidemischen Lage geplant. Alle sollen prüfen, ob ihre Aufgaben von der Beendigung der Lage betroffen sind. Es soll eine Liste mit betroffenen Aufgaben erstellt werden und durch Herrn Mehltz juristisch geprüft werden. Keine Stellungnahme des RKI zur Beendigung der epidemischen Lage, da es sich hierbei um eine politische Entscheidung handelt. Nur fachliche Einschätzung, dass AHA-L + Impfung weiterhin notwendig.</p> <p>! Entlassmanagement</p> <p>Es wurde diskutiert, ob eine Überarbeitung doch notwendig sei, da Finanzierung der PCR Testung nicht gesichert ist. Es wurde beschlossen, dass zum jetzigen Zeitpunkt keine Änderung vorgenommen wird. Eine Wiedervorlage ist jederzeit möglich und soll vor allem dann vorgenommen werden, wenn Daten zur Viruskinetik der Deltavariante vorliegen.</p> <p><b>ToDo 3</b></p> <p><i>Bitte eigene Aufgaben hinsichtlich der Abhängigkeit zur epidemischen Lage prüfen und wenn davon betroffen, Herrn Mehltz informieren und zur juristischen Prüfung weiterleiten. (Alle Mitglieder im Krisenstab + Herr Mehltz)</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Bericht zu Serologische Studien</p> <p>Krisenstab soll über die Ergebnisse von laufenden serologischen Studien informiert werden. Es wurde von Frau Scheidt-Nave darauf hingewiesen, dass am Ende des Monats ein Webinar zu diesem Thema stattfindet. Einladungen seien rumgeschickt worden.</p> <p>ToDo 4</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aktuellen wöchentlichen Bericht zu Studien an Krisenstabsverteiler schicken (Scheidt-Nave)</li> <li>b) Am kommenden Mittwoch (27.10.2021) die wichtigsten Studien und deren Ergebnisse dem Krisenstab vorstellen (Scheidt-Nave, Neuhauser)</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Alle</p>





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 22.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Silke Buda
○ Lothar H. Wieler	○ Stefan Kröger
○ Lars Schaade	! FG37
! Abt. 1	○ Tim Eckmanns
○ Martin Mielke	! FG38
! Abt. 2	○ Ute Rexroth
○ Thomas Ziese	○ Claudia Siffcyk
! Abt. 3	○ Renke Biallas (Protokoll)
○ Osamah Hamouda	! ZBS7
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Agata Mikolajewska
! FG14	! P1
○ Mardjan Arvand	○ Christina Leuker
○ Melanie Brunke	! Presse
! FG17	○ Susanne Glasmacher
○ Djin-Ye Oh	○ Marieke Degen
! FG21	! ZIG
○ Wolfgang Scheida	○ Johanna Hanefeld
! FG32	! ZIG1
○ Michaela Diercke	○ Eugenia Romo Ventura
! FG33	○ Carlos Correa-Martinez
○ Thomas Harder	! BZgA
! FG34	○ Martin Dietrich
○ Viviane Bremer	! Weitere
	○ Joachim-Martin Mehrlitz
	○ Nadine Litzba





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:                      Datenstand: WHO, 21.10.2021                      Fälle: 241.886.635 (+0,35% im Vergleich zu Vorwoche)                      Todesfälle: 4.919.755 (CFR: 2,03%)                      Anzahl Fälle global rückgängig, in allen Regionen rückläufig bis auf Europa (+7%)                      Anzahl Todesfälle in allen Regionen zurückgegangen, jedoch steigt in Europa (+4%)                      Andere Berichte:                      Neue Mutante der Delta Variante, heute Veröffentlichung bei Public Health England. Der Einfluss der neuen Variante auf das Infektionsgeschehen wurde untersucht. Ein maßgeblicher Einfluss anderer Faktoren (z.B. Freedom Day und Wegfall infektionsepidemiologischer Maßnahmen, sowie eine niedrige Impfquote unter Kindern und Jugendlichen=                      Epidemiologie von COVID-19 bei Kindern                      Internationaler Vergleich des Anteils der positiv getesteten Personen innerhalb einer Altersgruppe (AG)                      Starker Anstieg der COVID-19 Fallzahlen in UK in der AG &lt;15 Jahre                      Im Vergleich niedrige Impfquote bei Kindern und Jugendlichen                      Fazit: Kinder und Jugendliche sollte weiterhin geimpft werden, sonst kann sich eine ähnliche Situation wie in England entwickeln. Weiterhin sollten weitere nicht-pharmakologische Schutzmaßnahmen (NPI) berücksichtigt und genutzt werden.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die national umgesetzte Teststrategie sowie NPI sollten berücksichtigt werden, da der Fokus im Vergleich auf der Testung und der Transmission von SARS-CoV-2 liegt. Bei dem sogenannten Freedom Day in UK wurden die meisten Restriktionen und NPI aufgelöst. Da die Impfung einen geringeren Einfluss auf die Transmission des Erregers hat ist beim Wegfallen der NPIs ein Anstieg der Infektionszahlen zu erwarten. Eine Empfehlung der Impfung allein ist daher zu kurz gegriffen.</p> <p>Am Beispiel UK zeigt sich wie sich Infektionen im Setting Schule verbreiten, wenn keine NPI mehr etabliert sind. Die skann auch als Impuls für Deutschland genutzt werden, um auf die Relevanz von NPI aber auch Impfungen in diesem Setting und v.a. bei Kindern und Jugendlichen hinzuweisen. Auch die Impfung von erwachsenen mit Kontakt zu diesem Setting trägt zu einem Schutz aller bei.</p>	ZIG1

	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.437.280 (+19.572), davon 94.991 (+116) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 95,1/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.379.610 (69,0%), mit vollständiger Impfung 54.896.523 (66,0%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Seit dem 19.10. steiler Anstieg  Thüringen am stärksten betroffen, mit einem weiterhin steigenden Trend  Lediglich in Bremen sinkender Trend  Bundesweiter Anstieg der Fallzahlen  Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz  Bei der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz (HI) ist wieder ein Anstieg auf 4/100.000 EW zu beobachten. Die hohe HI ist vermehrt bei den 80+ zu beobachten  Mortalitätssurveillance  Keine deutliche Übersterblichkeit  In der europaweiten Mortalitätssurveillance zeigt sich eine Untersterblichkeit in der AG 0-14 zu Beginn des Jahres. Jetzt ist diese aber höher als im Jahr 2020  In AG 65+ Mort. höher als 2020</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Bei der Darstellung aus dem EURO-MOMO-Bericht zur Übersterblichkeit wird eine unklare Baseline angegeben. Die Baseline entspricht der erwarteten Sterblichkeit den entsprechenden Zeitraum, es bleibt aber unklar wie es zu der beschriebenen Untersterblichkeit kam.  Die Darstellung zeigt weiterhin die hohen Krankheitslast akuter saisonaler Atemwegsinfektionen bei Kindern und Jugendlichen in einem „normalen“ Jahr im Vergleich zu einem Jahr mit Lockdown und anderen NPI. Eine Weiterführung einiger Maßnahmen (z.B. Lüftungsregime) wäre wünschenswert, sodass auch in Zukunft vermehrt Fälle in dieser AG verhindert werden können. Eine Empfehlung zur Influenzaimpfung für Kinder (quasi als Grundimmunisierung mit Lebendimpfstoffen und nicht dann jedes Jahr) wäre ein interessantes Thema für die STIKO nach der Pandemie.</p>	FG32
2	<p><b>Internationales</b></p> <p>Delegation aus Montenegro in Berlin  2 Anfragen  BMG Anfrage zur Unterstützung in Rumänien – wurde abgelehnt  Anfrage aus Papua-Neuguinea – wird noch geprüft  In Namibia werden die etablierten Labore in Betrieb genommen und es gibt dazu eine begleitende Mission</p>	ZIG



<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  CWA &gt;35 Mio. Downloads   &gt;560.000 geteilte positive Ergebnisse                  CWA Version 2.12. (ab 20.10.21)                  Tage-Inzidenz der Hospitalisierung                  Zahl der COVID-Erkrankten auf Intensivstationen                  universeller QR-Code-Scanner                  Interaktives Dashboard (Downloads, Tests, Warnungen usw.)                  CovPass-App &gt;22 Mio. Downloads                  CovPass-App V. 1.10 (ab 16.10.21)                  Version 1.10 veröffentlicht: u.a. ScreenReader-Anwendung, Taschenlampenfunktion integriert                  Digitale Einreiseanmeldung                  &gt; 50.000 Anmeldungen pro Tag                  &gt; 15,4 Mio. Anmeldungen seit 11/2020                  Entwicklung:                  zusätzliche Informationen für Reisende, dass die Ausweisung als Risikogebiet sich kurzfristig ändern kann                  Optimierung GA-Portal</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die langfristige Perspektive digitaler Projekte wird diskutiert und mit Abt. 3 abgestimmt werden. Dazu gibt es in der kommenden Woche am Freitag ein Update.</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Entwicklung einer Kampagne um die Empfehlungen zu Auffrischungsimpfungen zu kommunizieren. Die Kommunikation wird mit der Kommunikation zur Gripeschutzimpfung kombiniert.                  Ein Erlass aus dem BMG zu Long-COVID erfordert, dass das Informationsangebot bzgl. dieses Themas ausgebaut werden soll. Relevante Akteure sollen gebündelt präsentiert werden.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>P1</b></p> <p>Grafik Impfdurchbrüche <a href="#">hier</a>                  Grafikentwurf am Vorbild der Financial Times soll konzipiert</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>



	<p>werden. Möglichst einfache Darstellung muss noch diskutiert werden.</p> <p><b>Diskussion:</b> Eine proaktive Kommunikation zur Impfung von schwangeren soll entwickelt werden. Schwere Verläufe dieser Population können durch eine vollständige Impfung zum großen Teil verhindert werden.</p> <p><i>ToDo: Entwurf zur weiteren Kommunikation der Impfeempfehlung bei Schwangeren soll kommenden Freitag vorgestellt werden.</i></p>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Eine Strategie zum Umgang mit der Wahrnehmung in der Bevölkerung, dass Deutschland die Pandemie nicht gut bewältigt hätte und das RKI zum Teil dafür verantwortlich sei, soll entwickelt werden.</p> <p>Eine Aufarbeitung der Bewältigung der Pandemie mit dem Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) aufgrund eines Widerspruchs von Herrn Seehofer nicht weiterverfolgt. Ein kleineres Projekt im Rahmen einer Masterarbeit soll durchgeführt werden.</p> <p>Der Hinweis auf die erbrachten Leistungen und guten Outcomes ist angebracht, jedoch sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass bei besseren personellen Ressourcen auch bessere Outcomes hätten erreicht werden können, also die Performance mit mehr Personal besser sein könnte.</p> <p>Es gibt bereits viele Publikationen die unterschiedlichen Gesundheits-Outcomes in unterschiedlichen Ländern miteinander vergleichen. Dies könnte durch ein Systematic Review vertieft betrachtet werden. Auch wären verschiedene Studiendesigns denkbar, die erklärend zeigen welchen Einfluss unterschiedlichen Maßnahmen während der Pandemie hatten. Wichtig ist es geeignete Parameter zu wählen, die auch den Umgang mit der Pandemie deutlich machen.</p> <p>Viele Faktoren bestimmen den Erfolg oder Misserfolg von Maßnahmen oder der Reaktion auf eine Krisenlage. Es muss daher genau kommuniziert werden, was untersucht wird und welche Botschaft gesendet werden soll.</p> <p>Unterschiedliche Kommunikationswege sind denkbar, z.B. Twitter, Epid. Bull.</p> <p><i>ToDo: Projekte und Strategien entwickeln um zu kommunizieren, dass D in der Pandemie nicht versagt hat, z.B. internationaler Vergleich von Outcomes durch ein Systematic Review. Abt. 2 + Abt. 3 + ZIG</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Mit dem Ende der epidemischen Lage nationaler Tragweite werden einige gesetzliche Regelungen und Verordnungen.</p>	<p>Alle</p> <p>Herr Mehlitz</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Relevante Änderungen wurden identifiziert und eine entsprechende Reaktion auf diese soll geplant werden. Teilweise kann das Ende einiger Verordnungen auch zu einer Arbeitsentlastung im Haus führen, daher sollte genau geprüft werden, wie damit umgegangen wird. Eine nicht notwendige Weiterführung nicht notwendiger Tätigkeiten ist kritisch zu betrachten.</p> <p>In einem Gespräch mit dem BMG soll geprüft werden wie auf die kommenden Änderungen reagiert werden soll.</p> <p>Nicht alle Verordnungen enden sofort, sondern sind noch ein Jahr weiterhin bestehend. Auch können die BL je nach infektionsepidemiologischer Lage selbst wieder Verordnungen in Kraft setzen.</p> <p><b>ToDo:</b> Herr Mehlitz soll eine Mail vorbereiten in der auf die kommenden Änderungen sowie mögliche Herausforderungen für das RKI hingewiesen wird, sodass ein Termin zur Besprechung mit dem BMG vereinbart werden kann.</p>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>nicht berichtet</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Kommende Woche findet eine Jubiläums STIKO Sitzung statt Thema: Myokarditiden nach einer Impfung mit Moderna, mögliche Einschränkungen des Gebrauchs in Deutschland</p>	FG33
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 665 Proben, <u>von denen 571 vollständig untersucht sind</u>, davon:  10 SARS-CoV-2  178 Rhinovirus  45 Parainfluenzavirus  58 saisonale (endemische) Coronaviren  9 Metapneumovirus  2 Influenzavirus (H3N2)  187 RSV  <del>Rest noch nicht ausgewertet</del></p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>93 Proben mit 50 positiven Proben (ca. 54%) aus einem Gesundheitsamt und Studienproben  Unterstützung bei einem WHO Projekt in Papua-Neuguinea im Februar</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>

<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  Infografik zum Einsatz von Monoklonale Antikörper ist nun online gestellt Web-Seminar mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen zum Einsatz von monoklonalen Antikörpern. Die Aktivitäten des RKI wurden hier vorgestellt Weitere Dokumente werden aktualisiert Publikation für Deutsches Ärzteblatt zu Therapieempfehlungen wird eingereicht Viele Meldungen zu schweren Verläufen bei Schwangeren mit COVID-19 (nicht systematisch erfasst). Relevante Empfehlungen sollen angepasst werden.	ZBS7
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b>  nicht berichtet	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b>  Weiterhin schlechte personelle Besetzung für das LZ Doppelschichten müssen teilweise gemacht werden <i><b>ToDo:</b> Schreiben für MA mit Aufruf zur Mitarbeit im LZ an Herrn Schaade senden und dann im Haus teilen.</i>	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b>  Keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:56 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 27.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther Maria Antao
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Hannelore Neuhauser
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
  - Ruth Offergeld
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg  
(Protokoll)
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Jasmin Benser





	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anteil der LK mit Inzidenzen &gt; 500 hat sich deutlich erweitert, besonders bei 10-19jährigen</li></ul></li></ul> <p><b>! Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b></p> <p><b>Testzahlenerfassung am RKI (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Testzahlen und Positivquote<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl der meldenden Labore hat abgenommen 10% Rückgang i. Vgl. zu KW 37</li><li>▪ Leichter Anstieg der Testanzahl, deutlicher Anstieg des Positivenanteils auf knapp 11%</li><li>▪ Positivenanteile in SN und TH am deutlichsten gestiegen</li></ul></li><li>○ Auslastung der Kapazitäten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Kapazitäten stabil</li><li>▪ Auslastung in TH auf ca. 90% gestiegen</li><li>▪ In allen anderen BL unter 50%, steigende Tendenz</li></ul></li><li>○ Positivenanteile auf Laborebene (bundesweit)<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Heterogenes Bild mit bemerkenswert großer Streuung zwischen 0% und 30%, (Ausreißer &gt; 50%), überwiegend zwischen 5% und 15%</li></ul></li></ul> <p><b>ARS-Daten (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Anzahl Testungen und Positivenanteile<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl der Testungen stabil, starker Anstieg in TH</li><li>▪ Positivenanteil gestiegen (knapp 10%)</li><li>▪ Jahresvergleich Testanzahl 2020/2021 auf Bundesland-Ebene: TH Anstieg HE etwa gleich, NW Rückgang</li><li>▪ Jahresvergleich Testanzahl 2020/2021: deutlicher Anstieg TH, ST, BB, BY, BW Anstiege in den letzten 2 Wochen</li></ul></li><li>○ Altersstratifizierte Testungen und Positivenanteile nach Bundesländern (mit ausreichenden Angaben)</li></ul>	<p>FG 37 Abu Sin</p> <p>FG 17 Kröger</p>
--	---	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 5-14Jährige mit höchstem Positivenanteil in den meisten Bundesländern</li><li>▪ In NRW steiler Einbruch der Testzahlen bei 5-14Jährigen</li><li>○ Testungen und Positivenanteile nach Abnahmeort und Altersgruppen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Jahresvergleich 20/21: zögerlicher Anstieg aber vergleichsweise weniger als 2020 in Arztpraxen, stabile Testanzahl in Krankenhäusern, deutlicher Rückgang an anderen Testorten</li><li>▪ Im Jahresvergleich 20/21: Zunahme der Testanzahl bei 0-4Jährigen, deutliche Abnahme in den mittleren Altersgruppen, deutlicher Rückgang seit 2 Wochen bei den 5-14Jährigen, 60-69Jährige etwas unter den Vorjahreswerten, geringere Unterschiede in den hohen Altersgruppen</li><li>▪ Testorte sind bei den 0-4 und 5-14Jährigen überwiegend Arztpraxen, bei den 60-79 und &gt;80Jährigen überwiegend Krankenhäuser</li><li>▪ Positivenanteile: starker Anstieg in Arztpraxen und an anderen Testorten, gering auch in Krankenhäusern</li><li>▪ Starke Zunahme des Positivenanteils bei 5-14Jährigen (bei gleichzeitigem Rückgang der Testanzahl)</li></ul></li><li>○ Ausbrüche in Pflege- und medizinischen Behandlungseinrichtungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ausbrüche in med. Einrichtungen KW 42: 78 (Vorwoche 55)</li><li>▪ Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: 122 (Vorwoche 78)</li></ul></li><li>! <b>VOC/Delta-Variante</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Übersicht VOC in Erhebungssystemen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bei Genomsequenzierung liegt der B.1.617.2 (Delta)-Anteil bei 100 %, in IfSG-Daten bei 99,7, in der RKI Testzahlerfassung ist ein Gap von 5% sichtbar, den fehlenden Daten wird nachgegangen</li><li>▪ Keine Nachweise von VOI</li><li>▪ Interessenfokus richtet sich derzeit auf AY.4.2 (auch großes Medieninteresse) mit 0,8% Nachweisen in der letzten Woche, und AY.33 (mit und ohne E484K</li></ul></li></ul></li></ul>	FG 37 Buda
--	---	---------------



	<p>Mutation) mit 2,3% Nachweisen (50-60 Nachweise mit E484K)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Charakteristische Mutation AY.4.2: Y145H+A222V, 315 Nachweise in AY.4.2, 82 Nachweise in B.1.617.2 (Delta)</li> <li>▪ AY.4.2: bei gleicher Impfquote Altersmedian (31 vs. 35), Hospitalisierungen (6,2% vs. 10%) und Verstorbenenanteil (0,56% vs. 3,19%) höher, (CAVE geringe Fallzahl!)</li> <li>▪ Geografische Verteilung: keine spezifische Region erkennbar</li> <li>▪ International: derzeit keine Hinweise auf unterschiedliches Outcome</li> <li>▪ Anteil Genomsequenzierung: leichter Rückgang nachgewiesen</li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate i. Vgl. zur Vorwoche gesunken, Kurve wird hauptsächlich durch Kinder getragen</li> <li>▪ Anstieg bei den 0-4Jährigen, Rückgang bei Schulkindern, Rückgang bei mittleren Altersgruppen Ältere Altersgruppen in allen Altersgruppen</li> <li>▪ Gesamt-ARE-Rate liegt in der 42. KW im Bereich der Vorjahre</li> </ul> </li> <li>○ ARE-Konsultationen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Konsultationsinzidenz im Vgl. zur Vorwoche leicht gesunken (bei 60% Feriendichte)</li> <li>▪ Betrifft alle BL außer HE, RP, SL</li> <li>▪ Anstieg in NW, RP und SL bei den 0-5Jährigen</li> <li>▪ Anstieg in SL und RP bei den 5-14Jährigen in</li> <li>▪ 1,4 Mio/100.000 EW (= 1,1 Mio Besuche) in KW 42</li> </ul> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen (außer 15-34) stark gestiegen, insgesamt deutlich über der Vorjahresniveau</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 Biere</p> <p>MF 4 Fischer</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weiterhin sehr hohes Niveau bei 0-4Jährigen (73% RSV)</li> <li>▪ 5-14 und 15-34Jährige etwa auf Vorjahresniveau, starker Anstieg bei &gt;35Jährigen durch hohen COVID-19- Anteil</li> <li>▪ Anteil der SARI-COVID-Fälle insgesamt gestiegen</li> <li>▪ Anteil COVID-19 an SARI 23% (KW 41: 17%)</li> <li>▪ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 44% (KW 41: 39%)</li> <li>▪ Jahresvergleich 20/21: Anstieg in allen älteren Altersgruppen verläuft etwa auf Vorjahresniveau, aber eine Woche früher, gleiche Entwicklung bei COVID-SARI-Fällen auf ICU für 35-59Jährige, jüngere Altersgruppen spielen bei den COVID-19-Diagnosen eine ganz geringe Rolle</li> <li>○ Ausbrüche Kindergärten, Horte, Schulen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weniger i. Vgl. zu 2. und 3. Welle (bei 60% Feriendichte)</li> <li>▪ Kindergartenausbrüche: 190 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen (BY 26, BW 36)</li> <li>▪ Ausbruchsgröße: MW 5 Fälle Median 3 Fälle</li> <li>▪ 18 Ausbrüche mit ≥10 Fällen</li> <li>▪ Schulausbrüche: 768 Ausbrüche, davon 189 in BW, 116 in TH</li> <li>▪ 77% aller Ausbruchsfälle bei 6-14Jährigen</li> <li>▪ Ausbruchsgröße: MW 3 Fälle, Median 5 Fälle</li> <li>▪ 84 Ausbrüche mit ≥10 Fällen (bis zu 73 Fällen)</li> <li>▪</li> </ul> </li> <li>! <b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a> )             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 201 Einsendungen aus 45 (-12) Praxen in 13 BL</li> <li>○ Positivenrate 63%</li> <li>○ 50% der Proben von &lt;15Jährigen</li> <li>○ 2 Sars-CoV-2 Nachweise, mit 2 % etwa gleichbleibend</li> <li>○ 1 Influenza A -Nachweis, konnte noch nicht typisiert</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Fischer</p> <p>Fischer</p> <p>Hamouda</p>
--	---	--

<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Rhinoviren: stark verbreitet</li><li>○ PIF: leichter Anstieg durch PIF 3 Nachweise, insgesamt PIF4 &gt; PIF3, Rückgang, RSV und HRV Rückgang</li><li>○ Endemische Coronaviren: Seitwärtsbewegung bei OC43 und 229E, andere spielen keine Rolle</li></ul> <p><b>! Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ COVID-19-Intensivpflichtige<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 1762 Behandelte! starker Anstieg +282 Fälle</li><li>▪ Neuaufnahmen +821 in 7 Tagen (Vorwoche +600)</li></ul></li><li>○ Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf Kreisebene<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Nord-West: Rückgang HB (kleine Fallzahlen), Anstieg HH, Plateau NIS, SH, Nord-Ost: Anstieg BB, ST, Mitte: Anstieg in SN, TH, HE, Süd: Anstieg BY, BW, Plateau RP SL</li><li>▪ 2 BL &lt; 3% (Basisstufe), 14 BL &gt; 3%:</li></ul></li><li>○ Altersstruktur<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 60% der ITS-Fälle sind &gt; 60Jährige</li><li>▪ Verschiebung hin zu älteren Altersgruppen,</li><li>▪ Absolute Zahlen: Zunahme bei den 60-69, 70-79 und +80Jährigen, auch 50-59jährige nehmen zu, andere Altersgruppen halten ihr Plateau</li><li>▪ Todesraten spiegeln dieses Bild</li></ul></li><li>○ Personal-Raum- und High-Care-Verfügbarkeitseinschränkungen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Personal und Raumeinschränkungen folgen der COVID-Kurve, durch Personalwegfall fast 10% Kapazitätsreduktion i. Vgl. zum Vorjahr</li><li>▪ Starke Zunahme der Nicht-Verfügbarkeit im High-Care- Bereich</li></ul></li><li>○ Beatmung/ECMO Belegung und Kapazitäten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg der Belegung und Rückgang der Kapazitäten</li></ul></li></ul>	<p><i>Abt 3 /FG 32 Diercke</i></p> <p><i>Wieler</i></p> <p><i>Bremer/Lage bericht</i></p> <p><i>Presse/ Wenchel</i></p>
---	---

	<p>in beiden Bereichen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anteil von COVID-Fällen „drückt“ die Gesamtbelastung nach oben</li><li>○ Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient:innen<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Starker Anstieg für Osten, Süden und Süd-Westen</li><li>▪ Moderater Anstieg für Westen</li></ul></li></ul> <p><b>! Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Frage: Wie viele Ausbrüche bestehen aus mehr als zwei Fällen?</li><li>○ Antwort: Ab zwei Fällen wird ein Ausbruch registriert, Median bzw. MW liegen bei KiTa- und Schulausbrüchen zwischen 3 und 5</li><li>○ Frage: Was kann man zum Absinken der Anzahl der Todesfälle auf ITS von 2. auf 3. Welle aussagen und zum derzeitigen Anstieg? (Im Hinblick auf die Debatte, dass die ITS-Belegung als Maß für die Belastung von politischer Seite eingefordert wird). Ist der Anteil der Todesfälle durch verbesserte Therapie gesunken?</li><li>○ Antwort (Fischer): Anstieg der Anzahl der Verstorbenen auf IST in den letzten Wochen zu beobachten (zwischen 30 und 45 Todesfälle/Tag) es gibt jedoch keine Aussage dazu, in welche Behandlungskategorie diese fielen. Daten zu Therapieintensität und Versterben sind nicht verlinkt)</li></ul> <p><b><i>ToDo 1: Nachfrage durch M. Fischer bei DIVI-Register und Rückmeldung</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Frage: Warum unterscheidet sich die Zahl der Ausbrüche im KITA- Bereich so deutlich von den Schulen?</li><li>○ Antwort: Bisher aus den Daten ableitbare Hypothesen: Informationen zur Umsetzung von Maßnahmen liegen für KITAs vor (für Schulen weniger). Die Umsetzung der Präventionsmaßnahmen ist in Schulen wohl eher rückläufig (AHA+L), im KITA-Bereich gut, ein Zusammenhang mit den Fallzahlen kann hier abgeleitet werden. Betreuer im KITA-Bereich wurden von Impfkampagnen besser erreicht, es ist bekannt, dass die Infektionszahlen der Kinder mit steigender Impfquote der Betreuenden sinken.</li></ul> <p>Übertragungsdynamik und Suszeptibilität: Jüngere Kinder sind sehr selten Indexperson, sie infizieren sich in der Familie. Bei den 10-19Jährigen sind jedoch 39%, bei den</p>	<p>BzGA</p>
--	---	-------------

	<p>&gt;25Jährigen 50% Indexpersonen.</p> <p>KITA-Kinder halten sich zudem deutlich mehr im Freien auf.</p> <p>In den meisten BL gibt es keine Testpflicht für KITA-Kinder, dies könnte zu einer Untererfassung führen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Frage: Heatmap und Jahresvergleich der COVID-SARI-Fälle zeigen eindrücklich die derzeitige Entwicklung. Zeigt sich in Hotspot-Gebieten (Inzidenzen &gt;500/100.000 EW) eine unmittelbare Assoziation von Inzidenz und Belastung der Kliniken?</li><li>○ Antwort (Folien zur geografischen Verteilung der Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen): In SN, TH, BY und BW ist die 7-Tage-Inzidenz in den höheren Altersgruppen am höchsten. Auch bei den Hospitalisierungsinzidenzen liegen BY und TH an der Spitze. In Landkreisen in BY mit den höchsten 7-Tage-Inzidenzen liegt die Hospitalisierungsinzidenz zwischen 10 und 20.</li><li>○ Vorschlag: Zusammenführung der Darstellungen der geografischen Verteilung der Inzidenz und der Hospitalisierungsinzidenz (ggf. nach Altersgruppen)</li></ul> <p><b><i>ToDo 2: Zusammenführung der Darstellungen der geografischen Verteilung der Inzidenz und der Hospitalisierungsinzidenz (ggf. nach Altersgruppen)</i></b></p> <p><i>Angebot von Michaela Diercke: Altersstratifizierte Darstellung der Anteile Hospitalisierter, der Anteile schwerer Verlaufsformen und der Anteile der Verstorbenen (Rückgang schwerer Verlaufsformen durch die Impfung) Vorstellung in der nächsten Krisenstabssitzung (Fr 29.10.2021)</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Vorschlag: Mehr auf die Problematik der Älteren mit erhöhtem Risiko für Hospitalisierung, schweren Verlauf und Tod fokussieren.</li><li>○ Wie wirkt die Impfung? 2020 waren all &gt;60Jährigen sehr vorsichtig. Jetzt infizieren sich zwar weniger Personen, diese, weil älter, haben ggf. mehr Risiko für einen schweren Verlauf. Kann die Impfung kompensieren, dass unsere Empfehlungen nicht mehr gelebt werden?</li><li>○ Hinweis: Nächste Woche findet die letzte BPK Spahn/Wieler statt, letzte Gelegenheit, relevante Botschaften zu vermitteln. Von politischer Seite soll die Boosterimpfung beworben werden. Das Herausarbeiten von Risikogruppen eignet sich thematisch für die BPK:</li></ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Es ist bekannt, dass auch bei Geimpften mit steigendem Alter das Risiko für schwere Verläufe steigt</li><li>○ Ungebremste Infektionsausbreitung in jüngeren Altersgruppen erhöht den Infektionsdruck (Exposition) auf Ältere und dringt auch in geschützte Bereiche (KH, Pflegeheime) ein, die Gruppe der Suszeptiblen ist nach wie vor groß.</li><li>○ Diese Informationen sollen auch im Wochenbericht berücksichtigt werden.</li></ul> <p><b>ToDo 3:</b> Diese Information soll bereits morgen, Do 28.10.2021 in den Wochenbericht aufgenommen (und im Rahmen der BPK verstärkt) werden: Umformulierung im Abschnitt „Einschätzung der Lage“: „...sprunghafter Anstieg in den höheren Altersgruppen.“, sowie Empfehlung, Kontakte zu reduzieren, die Boosterimpfung in Anspruch zu nehmen und auf einen vollständigen Impfschutz zu achten.</p> <p><b>ToDo 4:</b> Botschaft soll im begleitenden Tweet aufgegriffen werden</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Wie ist die Impfeffektivität nach Impfung AstraZeneca?</li><li>○ Antwort: Effektivität wurde nach Impfstoffen ausgewertet, Effektivität bei AstraZeneca etwas geringer, aber kein bedrohliches Waning zu beobachten. In der Gruppe der 10-15% Personen ohne Impfwirkung finden sich vermutlich höher suszeptible Personen und Personen, die die dritte Impfung noch nicht erhalten haben.</li><li>○ Frage an BzGA: Ist eine Kampagne für die dritte Impfung/Boosterimpfung geplant?</li><li>○ Frage kann nicht beantwortet werden.</li></ul> <p><b>ToDo 5 :</b> Bitte an BzGA, diesbezügliche Informationen in der Krisenstabssitzung am Freitag, 29.10.2021 zu teilen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Vorantreiben der Impfung ist wichtig, aber das mit dem steigenden Alter (damit einhergehend häufigeren Vorerkrankungen) zunehmende relative Risiko bleibt bestehen, deshalb sollten die Infektionszahlen niedrig gehalten werden. Sonst kommt es zu Todesfällen, die durch</li></ul>	
--	---	--

	geringere Exposition vermeidbar wären.	
<b>2</b>	<b>Internationales (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b> ! Nicht besprochen	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Abstimmung und ad hoc Verabschiedung einer an die aktuelle Entwicklung angepassten Risikobewertung (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folgender Passus wird verabschiedet: Die 7-Tage-Inzidenzen steigen derzeit in allen Altersgruppen an. Die Fallzahlen sind höher als im gleichen Zeitraum des Vorjahres. Ein erneuter weiterer Anstieg der Infektionszahlen ist zu erwarten. Gründe dafür sind unter anderem die noch immer große Zahl ungeimpfter Personen, mehr Kontakte in Innenräumen.</li> </ul> <p>Die Zahl der Todesfälle zeigt eine steigenderTendenz. Die Zahl schwerer Erkrankungen an COVID-19, die im Krankenhaus evtl. auch intensivmedizinisch behandelt werden müssen, steigt ebenfalls wieder an. Es lassen sich nicht alle Infektionsketten nachvollziehen, Ausbrüche treten in vielen verschiedenen Umfeldern auf.</p> <p>Das Virus verbreitet sich überall dort, wo Menschen zusammenkommen, insbesondere in geschlossenen Räumen. Häufungen werden oft in Privathaushalten und in der Freizeit (z.B. im Zusammenhang mit Reisen) dokumentiert, Übertragungen und Ausbrüche finden aber auch in anderen Zusammenhängen statt, z.B. im Arbeitsumfeld, in Schulen, bei Tanz- und Gesangsveranstaltungen und anderen Feiern, besonders auch bei Großveranstaltungen und in Innenräumen. COVID-19-bedingten Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern treten wieder zunehmend auf. Davon sind auch geimpfte Personen betroffen.</p> <p><i>Keine Zirkulation, Freigabe des aktualisierten Dokuments durch Herrn Schaade</i></p>	<p>FG 38 Rexroth Alle</p> <p><i>Rexroth/ Schaade</i></p>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Kein Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! Botschaft Twitter für Donnerstag ist bereits geklärt</p> <p>! BPK nächste Woche wurde bereits besprochen</p>	<p>BZgA Benzer</p> <p>Presse Wenchel</p> <p>P1 Lein</p>

	<p><b>P1</b></p> <p>! Angepasste Illustration zu Impfdurchbrüchen (Quelle: Financial Times) wird spätestens Anfang nächster Woche fertiggestellt</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Neue Koalition berät gegenwärtig zu einer Übergangslösung, die bis Ende März andauern soll, bezgl. der Aufhebung der epidemischen Lage, Details sind noch nicht bekannt</p> <p>! Outcome Indikatoren: D im Vergleich zu anderen Ländern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In welcher Form, mit welcher Tiefe und mit welchem Zeithorizont soll die geplante Publikation verfasst werden?</li> <li>○ Es soll zweigleisig verfahren werden</li> <li>○ Zeithorizont 1,5 Wochen: Artikel im EpiBull (kein syst. Review), wenige Indikatoren, positive Kernaussage soll einen Kontrapunkt setzten zum Narrativ, dass in D viele Fehler gemacht wurden und das RKI dabei eine große Rolle gespielt hat</li> <li>○ Vertiefte Analyse/systematischer Review soll zum Frühjahr 2021 angestrebt werden</li> <li>○ Angedachte Folien brauchen nicht erarbeitet zu werden</li> </ul> <p>! Hinweis Rexroth: Auch im gemeinsamen Krisenstab von BMI und BMG war die epidemische Lage von nationaler Tragweite Thema</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die anderen Ressorts äußern Verunsicherung angesichts der steigenden Fallzahlen. Es besteht Zurückhaltung gegenüber Aktivitäten, da die Leitung fehlt (z.B. Strafverfolgung von Impfzertifikatfälschung)</li> <li>○ Kampagne zur Boosterimpfung ab 10.11. setzt zu spät an, es gibt Überlegungen, Druck/Zwang auszuüben</li> <li>○ Nowcasting zur Hospitalisierung wurde rezipiert, Missverständnisse traten auf, Fehlinterpretationen als Indikator für die Belastung des Gesundheitswesens konnten gemeinsam mit Herrn Rottmann geklärt werden, die Schwierigkeit des Meldeverzugs der Hospitalisierungsdaten wurde verstanden</li> <li>○ Zwangsmaßnahmen in Erwägung zu ziehen, weil</li> </ul>	<p>Alle Schaade</p> <p>Jung-Sendzik</p> <p>Rexroth</p> <p>Hamouda Schaade</p>



	<p>bestimmte Dinge nicht funktionieren ist bemerkenswert, Der Übergang vom politischen Vakuum zur neuen Regierung gelingt hoffentlich rasch</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch bezüglich der Meldepflichten von Krankenhäusern wird Druck von Seiten des RKI erwartet, dies ist nicht möglich, hier sind die Landes- und regionalen Gesundheitsbehörden zuständig. Dies wäre zumindest bei großen Kliniken sinnvoll</li> </ul> <p>! Derzeit wird geprüft, ob das Nowcasting für die Hospitalisierungsinzidenz besser dargestellt und in den Trendbericht aufgenommen werden kann. Auch eine Darstellung auf Länderebene ist denkbar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt könnten wesentlich mehr Daten präsentiert werden, die kont. Aktualisierung würde jedoch mehr Personal voraussetzen</li> </ul> <p>! Hinweis: Die Ampelkoalition hat ein Eckpunktepapier zur Aufhebung der epidemischen Lage erarbeitet, in allen Fraktionen sind auch Juristen mit diesem Vorgang befasst</p> <p><b>ToDo 6:</b> Eckpunktepapier soll zirkuliert werden</p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Wieler</p>
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>ZBS7</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>FG37</p>
<b>12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ CoMoBu (RKI-SOEP-Studie): Datenerhebung für die 2. Runde im 4. Quartal 2021, erstmals unter Einbeziehung von Jugendlichen, vulnerablen Gruppen, Migranten, Geflüchtete, Impf- und Serostatus wird erhoben, umfangreicher Fragenkatalog zu Gesundheit, sozialen Unterschieden, Gesundheitsverhalten (insbes. i. Vgl. zu präpandemischer Zeit) Belastung und Folgen der</li> </ul>	<p>FG34 Offergeld FG 25 Neuhauser  Neuhauser</p>

	<p>Pandemie, Impfbereitschaft, wahrgenommene Barrieren</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ergebnisse sind im April 2022 zu erwarten, aufwendige Auswertung, Datengewichtung</li> <li>○ CORONA-MONITORING lokal 2021: Nachbefragung aller Teilnehmenden aus 2020 in 4 Orten (Kurz-Fragebogen zu Infektionen/Impfungen; Lang-Fragebogen zu Long-COVID-Beschwerden), erneute Blutprobe aller Teilnehmenden in Straubing bzw. aller sicher/mutmaßlich Seropositiven in den 3 übrigen Orten ELISAs auf S-AK und N-AK, IGRA auf T-Zell-Immunität</li> <li>○ Derzeitiger Stand: Kurzbefragungen und Blutentnahmen in allen Orten abgeschlossen, Laboranalysen für letzten Ort Straubing werden in Kürze beendet, Long-COVID-Befragung hat begonnen, erste Datenauswertungen laufen</li> <li>○ SeBluCo: 2022 ist eine erneute Stichprobe geplant (n=15.000), bisherige Ergebnisse: Bis November 2020 adjustierte Prävalenz &lt;2%, dann stetiger Anstieg bis April (19,4% gesamt, 6,1% natürliche Infektionen), sehr gute Korrelation der natürlichen Infektionen mit repräsentativen Studien (MusPAD)</li> <li>○ Blutspendende (18-59Jährige) waren Anfang 2021 weniger häufiger geimpft als allg. Bevölkerung (zu der Zeit noch Priorisierung), Sept. 2021: 87,6% AK-positiv (75-95%), davon N-positiv: 9,3% (vorläufig, 1.728/4.141 Proben untersucht)</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seroprävalenz durch natürliche Infektionen ist erfreulich niedrig, das zeigt, dass die Maßnahmen wirksam gegen die Verbreitung der Infektion waren, diese Aussage könnte in den Bericht aufgenommen werden</li> <li>○ Dunkelziffer: sollte eingeordnet werden, Faktor 2 ist eine sehr niedrige Untererfassung</li> </ul> <p><b>ToDo 7:</b> Bis nächste Woche Überlegungen zur Kommunikation der SeBluCo Studie, können die Daten zur Abschätzung der Impfquote herangezogen werden, wie ist der Bias einzuordnen etc.</p>	<p>Offergeld</p>
--	---	------------------

		Alle?
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
14	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
15	<b>Wichtige Termine</b> ! Keine vermerkt	Alle
16	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Freitag, 29.10.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:56 Uhr

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 29.10.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Silke Buda	
○	Lars Schaade	!	FG37
○	Lothar Wieler	○	Sebastian Haller
○	Esther-Maria Antão	!	FG 38
!	Abt. 1	○	Ute Rexroth
○	Martin Mielke	○	Claudia Siffczyk
!	Abt. 2	!	P1
○	Thomas Ziese	○	Ines Lein
!	Abt. 3	!	Presse
○	Osamah Hamouda	○	Jamela Seedat
○	Tanja Jung-Sendzik	○	Marieke Degen
○	Janna Seifried	!	ZBS1
!	FG17	○	Janine Michel
○	Djin-Ye Oh	!	ZBS2
!	FG21	○	Oliver Kaspari
○	Patrick Schmich	!	ZBS7
○	Wolfgang Scheida	○	Michaela Niebank
!	FG 32	!	ZIG1
○	Michaela Diercke	○	Regina Singer
○	Justus Benzler	○	Romy Kerber
!	FG 33	○	Carlos Correa-Martinez
○	Ole Wichmann		
!	FG34		
○	Andrea Sailer (Protokoll)		



	<p>Ist geplant, die Situation in UK (Seroprävalenz letzten Sommer in Bevölkerung bei 90%, Ende der Maßnahmen) in die strategische Planung für die Zeit nach dem Winter mit einzubeziehen? Strategische Positionierung?</p> <p>17. Ziele sind nicht an Seroprävalenz gekoppelt, die gesamte epidemiologische Lage wird betrachtet. Es wurde kein Freedom Day im Frühjahr versprochen.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>18. SurvNet übermittelt: 4.559.120 (+24.668), davon 95.606 (+121) Todesfälle</p> <p>19. 7-Tage-Inzidenz 139,2/100.000 Einw.</p> <p>20. Hospitalisierungsinzidenz: 3,5/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 7,7/100.000 EW</p> <p>21. Fälle auf ITS: 1.808 (+40)</p> <p>22. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.609.928 (69,3%), mit vollständiger Impfung 55.276.225 (66,5%)</p> <p>23. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Thüringen, Sachsen und Bayern: sehr hohe Inzidenzen</li><li>2. In anderen BL kein vergleichbar steiler Anstieg, aber in allen BL steigende Tendenzen.</li></ol> <p>24. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Karte färbt sich dunkler ein.</li><li>2. 4 LK mit Inzidenzen &gt; 500 in Bayern: Mühldorf/Inn, Miesbach, Traunstein, Straubing</li><li>3. Nur noch wenige LK mit Inzidenz &lt; 50</li><li>4. Ein LK kann zurzeit aus technischen Gründen keine Fälle übermitteln.</li><li>5. Im Wochenvergleich ist Anstieg deutlich sichtbar, starker Fokus auf Süden und Süd-Osten.</li></ol> <p>25. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Deutlicher Anstieg zu erwarten, wenn man Meldeverzug berücksichtigt.</li></ol>	<p>Buda</p>
--	--	-------------



	<p>26. Sterbefallzahlen</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiterhin ähnliches Niveau wie 2017-2020, noch keine Übersterblichkeit.</li></ol> <p>27. Verlauf 7-Tage-Inzidenz und 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. In erster Welle wurden anteilig deutlich mehr Fälle hospitalisiert. Vermutlich aufgrund der geringen Testkapazität und einer besseren Erfassung der schweren Fälle im Meldesystem.</li><li>2. In 2., 3. und 4. Welle dann ähnliches Testangebot.</li></ol> <p>28. Verhältnis Hospitalisierungsinzidenz zu 7-Tage-Inzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. In 1. Welle Verhältnis Inzidenz zu Hospitalisierungsinzidenz deutlich höher, dann Rückgang.</li><li>2. In Zeiten zwischen den Wellen steigt das Verhältnis wieder an. Vielleicht wegen großzügigeren KH-Einweisungen aufgrund von größeren Kapazitäten.</li><li>3. Sehr stark von anderen Faktoren abhängig.</li><li>4. Anteil ist immer noch hoch und noch nicht sehr stark zurückgegangen.</li></ol> <p>29. Verhältnis Inzidenz und Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen über den Pandemieverlauf</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bei &gt;80 Jährigen ist Verhältnis Inzidenz und Hospitalisierungsinzidenz gesunken, aber trotzdem noch sehr hoch. Der Anteil schwerer Verläufe ist bei Hochaltrigen immer noch höher als in anderen AG.</li><li>2. In anderen AG werden nur ca. 10% aller Fälle hospitalisiert.</li><li>3. Nächsten Mittwoch folgen noch andere Darstellungen.</li></ol> <p>30. Strategie und Kommunikation</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Notwendig der Bevölkerung zu vermitteln, dass das Risiko in höheren AG durch Impfung stark gesunken, aber trotzdem immer noch höher als in jüngeren AG ist.</li><li>2. Auch Geimpfte tragen weiterhin zur Verbreitung bei. Die Einhaltung der Basismaßnahmen muss wieder stärker vermittelt werden.</li></ol>	
--	--	--

	<p>3. Die Verantwortung sollte nicht immer den Jungen zugeschoben werden. Auch die Alten haben eine Selbstverantwortung.</p>	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! WHO Generaldirektor verlängert PHEIC und zeitl. befristete Empfehlungen für 3 weitere Monate</p> <p>31. Werden die Empfehlungen systematisch geprüft?</p> <p>1. Von FG38, Maßnahmen vom BMG</p> <p>32. Haben keinen bindenden gesetzlichen Charakter. Nicht alle Empfehlungen werden komplett umgesetzt.</p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>
3	<p><b>Update digitale Projekte (Folien hier) (nur freitags)</b></p> <p>! <b>Arbeit des Kommunikationsteams der CWA</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neues und komplexes Produkt, das beständig weiterentwickelt wird: Kontaktnachverfolgung, Testergebniserfassung und -benachrichtigung, Event Check-in, Impfnachweis</li> <li>○ Ziel: Transparenz schaffen, Möglichkeit für Anfragen zu bieten</li> <li>○ Kommunikation mit Bürgern, Beantwortung von Bürgeranfragen, hauptsächlich per Email, zum Teil auch Telefonate</li> <li>○ Nutzung von Autoreply und Textbausteinen, aber mit persönlicher Anrede</li> <li>○ Kontakt zu SAP und Telekom</li> <li>○ Art der Anfragen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei Veröffentlichung (Juni-Juli 2020) in erster Linie Anfragen zur Technik, Fehlermeldungen und zur Risikoermittlung</li> <li>2. Mittlerweile kaum noch technische Fragen, in erster Linie Fragen zu Impfzertifikaten und Testergebnissen</li> </ol> </li> <li>○ Hinweise zur Verbesserung, wertvoller Input für SAP und DT</li> <li>○ Kritik (mehr) und Lob (weniger)</li> <li>○ Juni-Juli 2020: 42 Mitarbeiter beantworteten in 17 Positionen in 2 Schichten 200-300 Mails pro Tag</li> <li>○ seit August 2020: 7 Mitarbeiter, ca. 50 Mails pro Tag</li> <li>○ bisher ca. 24.000 Bürgermails beantwortet</li> </ul> <p>! CovPassCheck App (IBM) gutes Tool um Impfzertifikate an der Basis (z.B. in Restaurants) zu kontrollieren.</p> <p>! Bedeutung der Kontaktnachverfolgung nicht vernachlässigen: bei 1/5 aller roten Meldungen ist der anschließende Test positiv.</p> <p>! Mehr Funktionalitäten führen zu stärker Gesamtnutzung.</p> <p>! Wie lange soll so ein Tool laufen? Solange eine pandemische Situation vorliegt? Muss irgendwann in konzeptionelle Strategie überführt werden.</p>	<p>FG21 / ZBS2 (Kaspari)</p> <p>Mielke</p> <p>Schmich</p>
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>



<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nicht anwesend</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Sehr viele Anfragen zu Impfdurchbrüchen, Auffrischungsimpfungen</li> <li>! Nächsten Mittwoch letzte BPK mit Herrn Wieler und Herrn Spahn, danach keine Pressebriefings vom RKI geplant. Letzte Chance Kernmessages anzusprechen, nicht klar, wann die nächste Gelegenheit besteht.</li> <li>! P1 und Presse sollten zusätzlich zur PK twittern.</li> <li>! Dass das RKI keine eigenen Pressekonferenzen durchführen wird, wurde noch nicht final entschieden. Da die Pressefragen jedoch zu 80% politisch sind, entsteht in der Zeit bis zur neuen Regierungsbildung ein Vakuum.</li> <li>! Schwierig sich zu politischen Fragen zu äußern. Aufpassen, dass RKI nicht für alles verantwortlich gemacht wird, weil sich kein anderer äußert.</li> <li>! BPK ist nicht einziges Instrument. Andere Formate, wie Hintergrundgespräche, Wochenberichte, Interviews, Beantwortung von Presseanfragen, Twitter möglich.</li> <li>! BPK hat größere Reichweite als andere Publikationen, findet in Zeitungen Wiederhall.</li> </ul> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Boosterimpfung auf Twitter und Insta geplant</li> <li>! Für Grafik zu Impfdurchbrüchen wurde Hr. von Kleist ins Boot geholt.</li> <li>! Abbildung zum wöchentlichen Impfquoten-Monitoring (<a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Soll so auf Insta und Twitter dargestellt werden.</li> <li>○ Janssen ist als vollständig geimpft in Abb. eingegangen.</li> </ul> </li> <li>! Epid. Bull Publikation Indikatoren: Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern, wie ist der Stand? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Struktur erstellt, Arbeitspakete verteilt, nächste Woche erneute Absprache; AP Fr. Jung-Sendzik</li> </ul> </li> <li>! Wann erscheint Beitrag fürs Ärzteblatt von Hr. Wieler zum</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>Wieler</p> <p>P1 (Lein)</p>
-----------------	--	--

	<p>Thema Kinder?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ärzteblatt hat Manuskript schon, Hr. Wieler ist in Kontakt mit Redakteurin, dauert üblicherweise nicht allzu lange.</li> </ul>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie wird sich Impfung auf schwere Fälle auswirken?</li> <li>! Wie weit hilft Impfung, um Überlastung abzuwenden oder müssen weitere Maßnahmen getroffen werden?</li> <li>! Wirkung von Impfung auf die verschiedenen Altersgruppen?</li> <li>○ Zurzeit steigende Inzidenzen, steigende Hospitalisierungen und Todesfälle</li> <li>○ Es werden mehr Impfdurchbrüche bei Geimpften erwartet, da Anstieg bei Infektionen.</li> <li>○ Wie kann man kommunizieren, dass Impfung trotz steigender Fallzahlen eine große Bedeutung hat?</li> <li>○ Analyse von Forsa, initiiert von BMG: Befragung von 4.000 Ungeimpften:             <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Die Allermeisten haben nicht vor sich impfen zu lassen.</li> <li>4. Viele halten das Risiko, schwer zu erkranken, für gering.</li> <li>5. Impfsicherheit ist großes Thema.</li> </ol> </li> <li>○ Weiterhin an Ungeimpfte appellieren. Wirksamkeit gegen schwere Verläufe ist gut.</li> <li>○ Impfung wirkt allerdings nicht so gut wie erhofft gegen Infektionen und Übertragung auf andere.</li> <li>○ Ziel ist Verhinderung schwerer Krankheitsverläufe und Todesfälle.</li> <li>○ Kommunizieren, dass vorsichtiges Verhalten und regelmäßiges Testen weiterhin wichtig sind.</li> <li>○ Geimpfte haben ein reduziertes Risiko schwer zu erkranken. Dies entlässt sie nicht aus der Verantwortung, zu vermeiden, dass sie andere infizieren.</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Wieler</p> <p>Buda</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ In letzter BPK wurde erläutert, wie viele Millionen Personen in den einzelnen Altersgruppen noch ungeimpft sind. -&gt; anschaulicher als nur Prozentwerte</li> <li>○ FAQ zum Übertragungsrisiko durch Geimpfte muss geändert werden. Bisher sinngemäß, dass es aus PH-Sicht vernachlässigbar sei.</li> </ul> <p><i>ToDo: Änderung FAQ, FF Presse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Publikation “Community transmission an viral load kinetics of the SARS-CoV-2 delta variant in vaccinated and unvaccinated individuals in the UK” kommt zu dem Ergebnis, dass der Impfeffekt auf die Reduzierung der Transmission minimal ist.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Vorschlag: Vorstellung der Studie nächste Woche in 2-3 Folien durch FG36</li> <li>7. Fragestellung ohne systematische Aufarbeitung vorstellen, Aspekt Weiterverbreitung in Population, kein evidenzbasiertes systematisches Review</li> <li>8. Dann sollten auch andere Studien zur Thematik vorgestellt werden. -&gt; keine Kapazitäten dazu in FG36</li> <li>9. Wenn nur einzelne Studien herausgegriffen werden, könnte dies einen bias in die Diskussion bringen, ausgewogene Informations- und Datenlage erforderlich.</li> <li>10. Kann FG33 dazu beitragen?</li> <li>11. Ziel STIKO: Verhinderung von schweren Infektionen, generelle Verhinderung von Infektionen steht nicht im Mittelpunkt für STIKO, für RKI aber relevant. Für Booster-Impfung muss Evidenz für Übertragung aufgearbeitet werden.</li> </ol> <p><i>ToDo: Abt. 3 klärt, ob und was vorgestellt wird.</i></p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b> <b>STIKO</b> ! Diese Woche wieder Sitzung. Themen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutlich erhöhtes Myokarditis Risiko nach Spikevax.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Vorbereitung eines ersten Drafts, Einschränkung von Spikevax auf Altersgruppe 30+</li> <li>13. Nächste Woche Entscheidung</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfung von Genesenen: 1 oder 2 Impfdosen, über 4.000 Publikationen dazu.</li> <li>○ Booster-Impfung: letzte Woche Empfehlung für &gt;70 Jährige,</li> </ul>	<p>FG33 (Wichmann)</p>

	<p>Gesundheitspersonal, Jansen-Impfstoff</p> <p>14. In Israel finden breite booster-Impfungen statt, dort wurde BioNTech im 3 Wochenintervall geimpft.</p> <p>15. Absinken Immunschutz auch in unseren Daten, STIKO muss sich positionieren.</p> <p>! Viele Presseanfragen zu Impfdurchbrüchen, 1-2% sinkende Wirksamkeit pro Woche, nachlassender Impfschutz vor Hospitalisierung bei &gt;60 Jährigen</p> <p>! Minister hat allen Booster-Impfung nahegelegt (ist von STIKO aber noch nicht empfohlen) und doppelte Impfung von Genesenen (hierzu liegen FG33 und WHO noch keine Daten vor)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Frage: Was bringt wirklich Zusatznutzen?</li> </ul> <p>! Werden demnächst andere Impfstoffe als mRNA-Impfstoffe zugelassen? Vor allem für kleine Kindern mit bekannten, vielfach erprobten Adjuvantien?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Novavax:             <ul style="list-style-type: none"> <li>16. Gibt noch Nachfragen, eingeschränkte Produktionskapazitäten</li> <li>17. Vermutlich Ende 2021 oder Anfang nächsten Jahres</li> <li>18. Zunächst für Erwachsene, Jugendlichen 2 Monate später; für &lt;12 Jährigen nichts in naher Zukunft</li> </ul> </li> <li>o Sanofi-GSK: andere Wirkstoff nicht vor Ende nächsten Jahres</li> <li>o Bei STIKO liegen Daten aus Zulassung von Comirnaty ab 5 Jahren vor.</li> <li>o Wirksamkeit traditioneller Impfstoffe nicht so gut.</li> </ul>	<p>Oh</p>
<p>9</p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 784 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o 13 SARS-CoV-2</li> <li>o 195 Rhinovirus</li> <li>o 16 Parainfluenzavirus</li> <li>o 70 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>o 9 Metapneumovirus</li> <li>o 3 Influenzavirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! 178 Proben, davon 92 positiv auf SARS-CoV-2.</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
<p>10</p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p>	<p>ZBS7</p>

	! Zurzeit Aktualisierung von einigen Dokumenten	(Niebank)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> ! (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> ! (nicht berichtet)	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> ! EinreiseVo voraussichtlich bis 15.01.2022 verlängert ○ Verlängerung um 2 Wochen; Unsicherheit, wie es danach weiter geht	FG38 (Rexroth)
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> ! Int. Kommunikation wieder arbeitsintensiver (wahrscheinlich herbstferienbedingt) ! Weniger Erlasse und kleine Anfragen im Moment	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Am 5.11. Beginn Krisenstabsitzung erst ab 12 Uhr	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:50 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 03.11.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung                | ○ Walter Haas         |
| ○ Lars Schaade                    | ○ Silke Buda          |
| ○                                 | ○ Stefan Kröger       |
| ! Abt. 1                          | ○ Kristin Tolksdorf   |
| ○ Martin Mielke                   | ! FG37                |
| ! Abt. 3                          | ○ Tim Eckmanns        |
| ○ Osamah Hamouda                  | ! FG38                |
| ○ Janna Seifried                  | ○ Ute Rexroth         |
| ! FG11                            | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | ! ZBS7                |
| ! FG14                            | ○ Christian Herzog    |
| ○ Melanie Brunke                  | ! MF4                 |
| ! FG17                            | ○ Martina Fischer     |
| ○ Barbara Biere                   | ! P1                  |
| ! FG21                            | ○ Christina Leuker    |
| ○ Wolfgang Scheida                | ! Presse              |
| ! FG25                            | ○ Ronja Wenchel       |
| ○ Christa Scheidt-Nave            | ! ZIG                 |
| ! FG32                            | ○ Johanna Hanefeld    |
| ○ Michaela Diercke                | ! BZgA                |
| ! FG33                            | ○ Jasmin Benser       |
| ○ Thomas Harder                   |                       |
| ! FG36                            |                       |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.638.429-419                      (+20.398), davon 96.027 (+194) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 146,6/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.782.304 (69,5%),                      mit vollständiger Impfung 55.566.259 (66,8%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Bundesweiter Wert steigt, Anstieg in Sachsen, Thüringen,                      süden Bayerns und BaWü                      5 LK mit einer 7d- Inzidenz &gt;500 und 65 LK &gt;50</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nowcasting: 7-d-R-Wert = 1</li> <li>○ Geografische Verteilung: Immer mehr LK mit sehr hoher Inzidenz</li> <li>○ HeatMap: Großer Anstieg bei den 10-14-Jährigen, Anstieg in allen Altersgruppen</li> <li>○ Hospitalisierungen: Hospitalisierungsinzidenz = 3,6/100.000 Einw. und 8,3/100.000 Einw. Bei den Ü60-Jährigen</li> <li>○ Geografische Verteilung der Inzidenzen nach Altersgruppen: Abbildung                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Immer mehr LK, wo die Inzidenz bei den 10-19-Jährigen mit über 1000/100.000 Einw. Besonders hoch sind. Auch in den anderen Altersgruppen steigen die Inzidenzwerte stark an</li> </ul> </li> <li>○ Altersverteilung der Inzidenzen pro Kalenderwoche: der Anteil der Älteren steigt stark an. Das spiegelt sich auch den deren Anteil an den Hospitalisierungsraten und Todesfällen wider</li> </ul> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) Folien <a href="#">hier</a>                      Anzahl Testungen: um mehr als 20% angestiegen, Positiven Anteil (PA): 12,24%, Laborauslastung bei ca. 50%-70%. außer in Thüringen, wo fast 100%                      VOIC/VOI Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 100% Deltavariante (kein Nachweis anderer VOCs seit KW 38)</li> <li>▪ VOI Ay4.2: niedrig aber konstant, AY33 konstant</li> <li>▪ Keine Häufung der Mutation bei Hospitalisierten oder Todesfällen</li> <li>▪ Anteil sequenzierter Proben sinkt</li> </ul> <p>ARS-Daten Folien <a href="#">hier</a>                      Anstieg der Testzahlen und der PA, PA bei ca. 30% in</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Hamouda</p> <p>Kröger</p> <p>Eckmanns</p>



	<p>Thüringen und 20% in Sachsen  Am häufigsten wird in Arztpraxen und „Andere“ getestet, d.h. Lollitests in Schulen.  5-14 Jährige wurden am häufigsten getestet, Anstieg PA am höchsten bei 5-14-Jährigen 354/100.000 Einw.  Ausbrüche: 118 in medizinischen Einrichtungen und 135 in Alten- und Pflegeheimen</p> <p>Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) <b>Folien <a href="#">hier</a></b>  GrippeWeb (43. KW): 5,1 Mio. ARE (5,1 in KW 42); Rückgang bei den Klein- und Schulkindern  AG Influenza: Starker Anstieg der Arztkonsultationen bei Erwachsenen, vor allem in Bayern  KH-Surveillance: leichter Rückgang der SARI Fallzahlen bei 0-4-Jährigen (67% RSV)  Anteil COVID-19 von 27% und bei Intensivfällen 34%  Ausbrüche in Kitas: 65/Woche, 44% Anteil der AG 0-5  Schulbrüche: leichter Rückgang durch Herbstferien, aktuell bei 753 Ausbrüchen in den letzten 4 Wochen, AG 6-14 ist an 77% aller Ausbrüche beteiligt  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)  <b>Folien <a href="#">hier</a></b>  204 Einsendungen mit 58% PA (119/204)  SARS-CoV-2: 4%  Influenza: 0 in KW 43  Endemische Coronaviren: OC43 5-10%  Weiterhin hohe Rate an RSV  Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)  <b>Folien <a href="#">hier</a></b>  2224 COVID-19 auf Intensiv (+1076 Neuaufnahme in den letzten 7d)  Anstieg der COVID-ITS Belegung in Hamburg, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Bayern und Thüringen. Saarland und RLP Plateau  Altersstruktur: Zunahme der Ü50-Jährigen  Beatmung/ECMO: Anstieg  Prognose intensivpflichtiger COVID-19-Patientinnen: Bundesweit starker Anstieg erwartet  Personalmangel führt zu weniger Intensivbetten</p> <p>Diskussion  Hinweis1: Es kam die Bitte, dass im Wochenbericht der Hinweis auf den Feiertag am 01.11.21 in manchen Ländern und den damit verbundenen Meldeverzug aufgenommen wird. Das wäre aber erst aktuell für den nächsten Wochenbericht, da der morgige nur einschließlich <b>Freitag-Sonntag</b> letzte Woche berücksichtigt.  Hinweis2: Presse wurde gebeten, die öffentliche Presse darauf hinzuweisen, dass der Vergleich der Hospitalisierungsinzidenz mit dem all-time high nicht korrekt ist. Ronja Wenchel sagte zu, es über die Presseagentur zu kommunizieren  Feststellung: Die Situation in diesem Jahr ist nicht besser als im letzten und die Modellierung sagt, dass sie ohne weitere</p>	<p>Buda</p> <p>Biere</p> <p>Fischer</p>
--	---	---



	<p>Maßnahmen sich verschlechtert. Der Anstieg der Meldungen im GrippeWeb, das ein guter Indikator für Schutzmaßnahmen ist, zeigt, dass diese weitestgehend wegefallen sind.</p> <p><b>ToDo 1:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Im Wochenbericht darauf hinweisen, dass ohne weitere Maßnahmen und Einschränkungen die Intensivbetten stärker ausgelastet sein werden als je zuvor und man zudem mit schweren Erkrankungen und Todesfällen rechnen müsse (scharfe Formulierung) (Lagezentrum, Prüfung durch FG36 Haas)</i></li> <li>▪ <i>Sofern obiger Textbaustein am Donnerstagvormittag fertig ist, ihn an Presse (Ronja Wenchel) senden als Grundlage für Tweet</i></li> </ul>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Risikobewertung: Gefährdungslage für Ungeimpfte wurde von ‚hoch‘ auf ‚sehr hoch‘ gestuft und darauf hingewiesen, dass die aktuell moderate Lage für Geimpfte sich mit steigendem Infektionsdruck verschärfen könnte. Dokument hier</p> <p><b>ToDo 2</b>  <i>Zustimmung der Änderung durch Wheeler und anschließend zur Kenntnis an BMG schicken (Rexroth)</i></p>	Abt. 3
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Themenseite zur Ansteckung und Übertragung online gestellt                  Telefonaktion zur Auffrischungsimpfung in Vorbereitung</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Tweet zu EpiBull Artikel in der Ausgabe 46/2021, warum Kinder vor SARS-CoV-2 Infektionen geschützt werden sollten, erhielt guten Response                  BPK mit Tweet begleitet</p> <p><b>P1</b></p> <p>BPK Retweetet                  Vorbereitung des Abbildung Anteil Geimpfter bei Hospitalisierten                  Retweet Wochenbericht</p>	<p>BZgA Benser</p> <p>Wenchel</p> <p>Leuker</p>

6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Diskussion AGI/ EpiLag zur Testpflicht Geimpfter Keine Änderung der relevanten Dokumente (Control COVID), sondern Kommunikation über ‚Best Practice‘ Beispiele</p> <p>! Info: Rumänische Patienten wurden auf <u>1820</u> ITS Betten in Deutschland verlegt mit Hilfe des RKI (ZBS7)</p> <p><b>ToDo 3</b> <i>Die Evidenzlage zur Transmission durch vollständig Geimpfte am Freitag vorstellen (FG33)</i></p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
8	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	<p>FG33</p>
9	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p><b>ToDo 4</b> <i>Überblick über (neue) Therapiemöglichkeiten von COVID-19 am kommenden Freitag in der Krisenstabsitzung geben (ZBS7) obigen Punkt auf die kommende Agenda setzen (Rexroth)</i></p>	<p>ZBS7</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG14</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>12</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 05.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 05.11.2021, 12:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Stefan Kröger	
	○ Lars Schaade	○ Silke Buda	
	○ Lothar Wieler	○ Walter Haas	
	○ Esther-Maria Antão	○ Udo Buchholz	
!	Abt. 1	○ Kai Schulze	
	○ Martin Mielke	!	FG37
!	Abt. 3	○ Sebastian Haller	
	○ Osamah Hamouda	!	FG 38
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth	
	○ Janna Seifried	!	P1
!	ZIG	○ John Gubernath	
	○ Johanna Hanefeld	!	Presse
!	FG14	○ Ronja Wenchel	
	○ Melanie Brunke	!	ZBS1
!	FG17	○ Janine Michel	
	○ Djin-Ye Oh	!	ZBS7
!	FG21	○ Christian Herzog	
	○ Wolfgang Scheida	○ Claudia Schulz-Weidhaas	
!	FG 32	!	ZIG1
	○ Michaela Diercke	○ Romy Kerber	
!	FG 33	!	BZgA
	○ Ole Wichmann	○ Oliver Ommen	
	○ Thomas Harder		
!	FG34		
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		





	<p>Griechenland, Ungarn, Niederlande</p> <p>13. Leichte Zunahme für Deutschland</p> <p>14. Malta und Spanien: weiterhin als einzige Länder in der 1., am wenigsten besorgniserregenden Kategorie</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>15. SurvNet übermittelt: 4.709.488 (+37.120), davon 96.346 (+154) Todesfälle</p> <p>1. 7-Tage-Inzidenz 169,9/100.000 Einw.</p> <p>2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,91/100.000 EW, AG ≥ 60jährige: 9,15/100.000 EW</p> <p>16. Fälle auf ITS: 2.332 (+106)</p> <p>17. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.835.987 (69,6%), mit vollständiger Impfung 55.647.310 (66,9%)</p> <p>18. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <p>1. Thüringen, Sachsen, Bayern, BW am stärksten betroffen</p> <p>19. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <p>1. 11 LK mit Inzidenz &gt;500 und 76 mit Inzidenz &gt;250</p> <p>2. Inzidenz in Miesbach: 717</p> <p>20. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe</p> <p>1. Bei 10-19 Jährigen teilweise &gt; 1000 /100.000 EW</p> <p>2. Auch bei 80+ Jährigen in einem LK in Sachsen Inzidenz &gt;500</p> <p>21. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht)</p> <p>1. Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz zu erwarten</p> <p>22. COVID-19 Trends</p> <p>1. Wieder Anstieg bei Todesfällen</p> <p>23. Sterbefallzahlen</p> <p>1. Seit Oktober etwas deutlichere Übersterblichkeit als sonst, nicht allein aus COVID Todesfällen zu erklären.</p>	<p>Mielke</p> <p>Harder</p> <p>Wichmann</p> <p>Wenchel</p>
--	--	--



	<p>24. Gibt es einen Grund, warum NRW und Niedersachsen, insgesamt der Nord-Westen relativ günstig dasteht vor allem bei den 50+ Jährigen?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anteil Geimpfter im Nord-Westen ist deutlich höher. Neben östlichen BL sind auch in BY und BW weniger geimpft.</li><li>2. Problematisch Vergleiche zu einem bestimmten Zeitpunkt zu ziehen. Die Situation war auch schon andersrum, 7-Tagesinzidenz ist zu kleinteilig.</li><li>3. Impfquote hat einen Effekt, erklärt aber nicht alles.</li><li>4. Korrelation Impfstatus-Inzidenz wird von FG33 kritisch gesehen. Impfquote und Fallzahlen können nicht auf die gleichen Personen zurückzuführen werden.</li><li>5. In Bremen wurden z.B. in nennenswerten Umfang Personen aus dem Umland geimpft.</li><li>6. Wenn Daten der KV verfügbar sind, ist eine individuelle Zuordnung möglich. Daten können retrospektiv ausgewertet werden.</li><li>7. Korrelation auf Bevölkerungsebene hängt vom Erreger ab, klappt gut bei Rota, schlecht bei Influenza.</li><li>8. Es gibt auch andere Gründe für eine hohe Inzidenz, z.B. Verhalten.</li><li>9. Deutschland ist in größeres Geschehen eingebettet, von Situation in Nachbarländern beeinflusst.</li></ol> <p>Könnte nächste Woche im Wochenbericht Bezug zu Control COVID hergestellt werden?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>25. Auf LK Ebene hohe Anfälligkeit für Verzerrung.</li><li>26. Auf Landesebene Bezug zu ControlCOVID nehmen, um Situation besser einordnen zu können. Als Tabelle oder in Textform?</li><li>27. Hospitalisierungsinzidenz ist im Wochenbericht bereits enthalten.</li><li>28. Würde Blick auf ControlCOVID lenken, hat keine Folgen für Bundesländer, aber hilfreich für Einordnung der Lage.</li><li>29. Bis auf ein BL sind alle in der höchsten Stufe.</li></ol> <p><i>ToDo: Montag Tweet mit Link, Presse entwirft Vorschlag</i></p>	<p>Wichmann</p>
--	--	-----------------

	<p>30. Zeitpunkt der Levelerreichung korreliert wahrscheinlich nicht mit Inzidenz. Keine großen Veränderungen bei Impfung mehr in letzter Zeit, longitudinal könnte etwas gezeigt werden.</p> <p>31. Könnte man an Kooperationspartner outsourcen, evtl. Uni Münster, Kontaktverhalten longitudinal ins Modell nehmen, komplex.</p> <p>Wurden Kontaktdaten der Uni Münster schon vorgestellt?</p> <p>32. Vorstellung in Abteilung, Aufarbeitung in FG33 aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Soll Münster machen, dann Vorstellung in Abteilung.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verlegung von 18 rumänischen Patienten ist abgeschlossen.</li> <li>! KH sind an Belastungsgrenze.</li> <li>! Neue Anfrage aus Slowenien ab nächster Woche wird diskutiert, ist politische Entscheidung.</li> <li>! Auch andere europäische Länder sind bereit Patienten aufzunehmen.</li> <li>! In ZIG abgesehen von Patientenversorgung im Augenblick keine weiteren Hilfersuchen.</li> <li>! Vorbereitung auf weitere Unterstützung in Madagaskar</li> </ul>	<p>ZBS7 (Herzog)</p> <p>ZIG (Hanefeld)</p>

<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! <b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt;35 Mio. Downloads, 600.000 Warnende, &gt;20.100 Twitter-Follower</li> <li>○ Version 2.13 verfügbar, noch Probleme bei Android</li> <li>○ Neu: Papierkorb-Funktion, Änderungen bei Statistiken in der App, Booster-Notifikation</li> <li>○ Ab Montag Mitnutzung der Luca QR-Codes möglich</li>   <li>○ Was ist mit lokaler Hospitalisierungsinzidenz gemeint?             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Auf Bundeslandebene</li> </ol> </li> <li>○ Laufen Zertifikate nach 1 Jahr aus?             <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Technisches Ablaufdatum wird auf europäischer Ebene diskutiert. Stand der Diskussion unbekannt, muss im BMG nachgefragt werden.</li> </ol> </li>   <p>! <b>CovPass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ CovPass-App: &gt;19 Mio. Downloads</li> <li>○ CovPassCheck-App: ca. 613.000 Downloads</li> <li>3. Austausch mit Kollegen in Frankreich: große Medienkampagnen, gute Vernetzung in den Ministerien, Kommunikation, Twitter</li> <li>○ An Booster-Impfung wird gearbeitet.</li>   <p>! <b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ca. 40.000 Anmeldungen pro Tag</li> <li>○ Insg. &gt;16 Mio. Anmeldungen seit 11/2020</li> </ul> </ul></ul>	<p>FG21 (Scheida)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! BMG fragt an, wer am 9.11. beim BMG/BMI Krisenstab (16-17 Uhr) teilnehmen kann. Themen: nicht-pharmazeutische Corona-Schutzmaßnahmen (AHA+L), kurze Einschätzung zur erwarteten Situation im Herbst/Winter; aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teilnahme O. Hamouda</li>   <p>! Einschätzung: Gesundheitliche Gefährdung für Geimpfte ist moderat und noch ansteigend. Wie wird das von der Bevölkerung aufgefasst. Sollte differenziert werden, dass insbesondere die ältere Bevölkerung gefährdet ist?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Public Health Perspektive: Ausgehend von steigenden Inzidenzen steigender Infektionsdruck, auf Bevölkerungsebene steigt das Risiko.</li> <li>○ Auch die Versorgungssituation verschlechtert sich.</li> </ul> </ul>	<p>Alle</p> <p>Wichmann</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! 2 neue Themenseiten: Ansteckung und Übertragung und Co-Administration des Corona-Impfstoffs mit anderen Tot-Impfstoffen</p>	<p>BZgA (Ommen)</p>

	<p><b>Presse</b> ! Am Montag Wartungsarbeiten, evtl. kurzzeitige Ausfälle</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b> ! Unterstützen Presse mit ControlCOVID Tweet ! Bewerbung der Datenspende, erste Ergebnisse werden vorgestellt. ! Grafik zu Impfdurchbrüchen noch in Arbeit</p> <p>! Frage an BZgA: Ist nochmal eine Kampagne zur Kontaktreduktion geplant? ○ AHA-L Regeln sollen wieder verstärkt kommuniziert werden. ○ Sollten RKI und BZgA in Abstimmungsrunde mit BMG gemeinsam einbringen.</p> <p>! Bitte an BZgA: Informationen sehr textlastig, kann man Infografiken etwas leichter auffindbar machen? ○ Nimmt Hr. Ommen mit, bereits jetzt Infografiken als Begleitung zum Text</p> <p>! In den Medien wird von einer Pandemie der Ungeimpften gesprochen. Aus fachlicher Sicht nicht korrekt, Gesamtbevölkerung trägt bei. Soll das in Kommunikation aufgegriffen werden? ○ Von Seiten der BZGA gibt keine Entwarnung, AHA+L Regeln werden wieder stärker in den Fokus genommen. ○ Dient als Appell an alle, die nicht geimpft sind, sich impfen zu lassen. ○ Sagt Minister bei jeder Pressekonferenz, vermutlich bewusst, kann eher nicht korrigiert werden. ○ In der Kommunikation sollte aufgepasst werden, wie kritisch man über den Impfstoff kommunizieren will, immerhin nach einem halben Jahr immer noch &gt;90% Wirksamkeit. Wenn 95% geimpft wären, sähe die Situation anders aus. ○ Die Frage ist, wie kann man die aktuelle Lage mit welcher Kommunikationsstrategie in den Griff bekommen. Deshalb AHA+L in Kommunikation auch an Geimpfte adressieren.</p> <p>! Sollte Presse mit P1 wieder stärker Selbsttests proagieren, vor allem in Bezug auf private Treffen an Weihnachten. ○ Keine allgemeine Empfehlung von 2G+, wurde am Mittwoch so entschieden.</p> <p><i>ToDo: auf nächste Tagesordnung setzen: spezielle Empfehlungen für Weihnachtsfeiertage für Familienfeste sinnvoll?</i></p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>Ommen</p> <p>Mielke</p> <p>Haas</p> <p>Wichmann</p> <p>Wenchel</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Informationen aus den Ländern zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen</p>	<p>FG36 (Haas)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus EpiLag Informationen zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen. Es ist nicht möglich diese Information weiter zu kommunizieren, dies wäre aber in Bezug auf AHA-L Regeln wichtig.</li> </ul> <p><i>ToDo: In EpiLag oder AGI thematisieren bzw. Seuchenreferenten adressieren um Länder für EpiBull Artikel zu motivieren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gourmet-Treffen auf Sylt, Attack-Rate 35% -&gt; Niedersachsen bitten, das als Ausbruchsbericht zu publizieren. Unter diesem Bericht sollte erwähnt werden, dass es schon mehrere solcher Ereignisse gab.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Stand EpiBull Artikel, Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern (Indikatoren)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maßnahmen letztes Jahr haben dazu geführt, dass sich das Virus trotz fehlender Impfung nicht unbegrenzt ausbreiten konnte. -&gt; schon Textbausteine zu diesem Thema von Abt. 2</li> <li>○ Ergebnisentwurf wird, sobald fertig im Verteiler Krisenstab zirkuliert.</li> </ul>	<p>Abt.3/ Abt.2/ ZIG</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b> ! (nicht besprochen)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Evidenz Transmission vollständig Geimpfter: Impfeffektivität gegenüber Delta-Variante (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schutz vor asymptomatischen Infektionen (4 Studien): 63%</li> <li>○ Schutz vor milden Verläufen: mRNA &gt; Vaxzevria</li> <li>○ Metaanalyse von 4 Studien zu Impfdurchbrüchen unter Delta</li> <li>○ Laborbasierte Studie, USA: 719 Proben, keine demographischen Angaben, Impfstoff unbekannt             <ul style="list-style-type: none"> <li>- mittlere Ct-Werte der Geimpften glichen denen der Ungeimpften; gleicher Anteil Ct &lt;25 bei Ungeimpften und Geimpften.</li> <li>- Asymptomatische: Ct&lt;25 bei 29% der Ungeimpften und 67% der Geimpften</li> </ul> </li> <li>○ Krankenhausbasierte Studie, Singapore             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 218 Patienten, 71 geimpft, 130 ungeimpft, mit mRNA-Impfstoffen</li> <li>- Ungeimpfte sind deutlich jünger.</li> <li>- Initialer Ct-Wert unterscheidet sich nicht.</li> <li>- Geschwindigkeit des Abfalles der viral load</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG33 (Harder)</p>

	<p>bei Geimpften deutlich höher, schnellere virale Clearance</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Impfdurchbrüche bei HCW, NL<ul style="list-style-type: none"><li>– 161 Impfdurchbrüche, alle 4 Impfstoffe</li><li>– Medianes Alter 25, alles milde Infektionen</li><li>– Mittlerer CT-Wert bei Geimpften und Ungeimpften gleich</li><li>– Impfung verringert Wahrscheinlichkeit für positive Viruskultur</li></ul></li><li>○ Haushaltskontaktstudie, UK<ul style="list-style-type: none"><li>– 19 Indexfälle, 602 Kontakte unter Delta</li><li>– Unter Geimpften 7 Indexfälle/31 Kontakte, unter Ungeimpften 8 Indexfälle/15 Kontakte</li><li>– Geschwindigkeit des Abfalls der viral load höher bei Geimpften</li></ul></li><li>○ Epidemiologische Studien zur Transmission: Haushaltskontaktstudie, UK, Kohortenstudie, Kontakte von symptomatischen und asymptomatischen Fällen<ul style="list-style-type: none"><li>– &gt;95.000 Indexfälle</li><li>– Reduktion der Transmission unter Corminaty um 65% und unter Vaxzevria um 35%</li></ul></li><li>○ Fazit:</li><li>○ Impfeffektivität gegen Delta-Variante<ul style="list-style-type: none"><li>– Schutz vor asymptomatischer Infektion: VE ca. 60-65%, mRNA &gt; Vektor-Impfstoffe</li></ul></li><li>○ Impfdurchbruchsstudien<ul style="list-style-type: none"><li>– Initiale Ct-Werte vacc = unvacc</li><li>– Schnellerer Abfall des viral load bei vacc</li><li>– Viruskultur?</li></ul></li><li>○ Verhinderung der Transmission<ul style="list-style-type: none"><li>– Nur 1 Studie unter Delta: Reduktion der Transmission um ca. 50% (Comirnaty &gt; Vaxzevria)</li></ul></li><li>○ Lancet Studie zeigt, dass sekundäre Attackrate identisch ist, jedoch sehr kleine Fallzahlen.</li></ul> <p>! Wie kann es sein, dass Daten zur Impfeffektivität am Anfang so falsch waren (Schutz vor 90% der Infektionen)?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ In Bezug auf asymptomatische Infektionen gab es am Anfang keine Informationen. Studien zur Delta-Variante wurden erst nach Alpha durchgeführt.</li><li>○ Delta-Variante und waning, Abgrenzung Einfluss Delta und waning nicht möglich.</li></ul> <p>! <b>Bezugnehmend auf grundlegende Aspekte und Besonderheiten der Immunität gegen Infektionen des</b></p>	
--	--	--

FG17 (Oh)



	<p>Respirationstrakt wird auf folgende Punkte hingewiesen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Unmittelbar nach der Impfung hat man ein hohes Level an neutralisierenden Antikörpern, diese transsudieren in die Schleimhaut, woraus hohe lokale (=mukosale) Immunität im Nasenrachenraum resultiert. Deswegen besteht in den ersten 2 Wochen – 2 Monaten nach Impfung sehr guter Schutz vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion. Mit dem Abfall neutralisierender Antikörper sinkt lokale Immunität wieder, so dass im Anschluss an dieses 2-8 Wochen-Zeitfenster der Schutz vor Infektion deutlich geringer ist. Dementsprechend können sich Geimpfte &gt;2 Monate nach Impfung auch wieder leichter infizieren.</li><li>- Die Erwartung ist, dass die meisten Geimpften nicht oder nur leicht symptomatisch sind, dass sie aber durchaus hohe Viruskonzentrationen im Nasen-/Rachenraum aufweisen und kontagiös sind.</li></ul> <p>! Die Ergebnisse der <a href="#">UK Haushaltskontaktstudie</a> (Lancet Infectious Diseases) reflektieren das, was anhand der grundlegenden Erkenntnisse zur Immunität gegen Infektionen des Respirationstrakts zu erwarten ist: Der Schutz vor Infektion nimmt ca. &gt;2 Monate nach Impfung erheblich ab.</p> <p>Zwar ist die Fallzahl dieser Studie eher klein, die methodische Stärke liegt aber in der engmaschigen (täglichen) Beprobung enger Kontaktpersonen, unabhängig vom Symptomstatus. So wurden auch asymptomatische Infektionen zuverlässig erfasst, die in Beobachtungsdaten sonst unterschätzt werden (da die Beprobung in größeren Zeitabständen bzw. vorwiegend bei symptomatischen Personen erfolgt).</p> <p>! Man sollte dementsprechend sehr vorsichtig mit der Aussage sein, dass Impfungen vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion schützen. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Impfung trifft dies immer weniger zu. Dies gilt umso mehr, weil eine fortlaufende Adaptation des Virus an den Immunelektionsdruck in der Population anzunehmen ist, welche zukünftig ebenfalls die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion herabsetzen könnte.</p> <p>! Verkürzung des Sheddings spielt in Bezug auf Haushaltskontakte keine Rolle, aber in Bezug auf sonstiges Geschehen.</p> <p>! Normalerweise wäre es kein Problem, wenn Personen mild oder asymptomatisch infiziert werden. Die hohe Anzahl Ungeimpfter ist das Problem.</p> <p>! Ist 2G oder 3G noch ein Schutzkonzept, das empfohlen werden kann? Was ist mit geimpften Kontaktpersonen, kann der Ausschluss von der Quarantäne noch gerechtfertigt</p>	
--	---	--

	<p>werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In großer Studie wurden odds ratio nach Settings unterschieden: in Haushalten deutlich höher, in anderen Settings etwas niedriger.</li> <li>○ Infektionsprävalenz in Studienpopulation spielt eine Rolle.</li> <li>○ Kontakte in Innenräume ohne Maske sind das Problem. Setting Haushalt aufgrund der wiederholten und kontinuierlichen Kontakte, steigender Infektionsdruck</li> <li>○ Schwere Erkrankungsfälle könnten verhindert werden, wenn dies Geimpften klargemacht werden kann.</li> <li>○ Größere Stratifikation nach Alter; Kontakte mit Älteren erfordern mehr Testungen.</li> </ul> <p>! Kommunikation kann nicht geändert werden. Würde große Verwirrung hervorrufen. Andere Aspekte sollten in den Vordergrund gestellt werden: AHA+L, Boosterung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Punkte betonen, doppelt Geimpft wieder in Quarantäne zu schicken, ist nicht vermittelbar.</li> <li>○ Soll 2G+ auf die Tagesordnung gesetzt werden?</li> </ul>	<p>Wieler</p>
<p>9</p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 816 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 63 SARS-CoV-2</li> <li>○ 232 RSV</li> <li>○ ## Rhinovirus</li> <li>○ 54 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 68 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ 8 Metapneumovirus</li> <li>○ 3 Influenzavirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! 219 Proben, davon 110 positiv auf SARS-CoV-2 (50,2%).</p> <p>! Antigenpaper wurde veröffentlicht zusammen mit PEI.</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>



10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Nächste Woche kurzer Überblick über aktuelle Therapieempfehlungen im Krisenstab <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veröffentlichung hierzu im deutschen Ärzteblatt der Fachgruppe COVRIIN, Link wird an Verteiler versendet</li> </ul>	ZBS7 (Schulz-Weidhaas)
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	Alle
12	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG32
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG38
14	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Lagezentrum-Schichtbesetzung über Weihnachten, Vorschlag: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verzicht auf Krisenstabsitzung am 24.12 und 31.12, d.h. Sitzungen am 22. und 29.12. und dann wieder am 05.01.</li> <li>○ Arbeitsfreie Tage werden nicht besetzen im Lagezentrum, von kurzer Kontrolle der internationalen Kommunikation am 26.12. abgesehen.</li> <li>○ Tägliche automatisierte Berichterstattung an allen außer den arbeitsfreien Tagen.</li> <li>○ Kein Wochenbericht zwischen Weihnachten und Neujahr, da Daten nicht aussagekräftig, d.h. Wochenbericht am 23.12. und dann wieder am 06.01.</li> <li>○ Alles unproblematisch, außer Verzicht auf Wochenbericht.                         <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Könnte RKI in schlechtes Licht rücken.</li> <li>5. Vorbereitung des Wochenberichts bedeutet hohen Arbeitsaufwand für viele Personen.</li> <li>6. Journalisten proaktiv auf Problem hinweisen: Daten sind aufgrund von Feiertagen schwer zu beurteilen. Nimmt Pressestelle mit.</li> </ol> </li> </ul> <i>ToDo: Bericht ans BMG mit Vorschlag, wie beschrieben</i>	FG38 (Rexroth)
15	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
16	<b>Andere Themen</b> ! SARS-CoV-2 bei Weißwedelhirschen, Informationen aus dem FLI (Hr. Beer), Artikel in Ärztezeitung <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meldung aus USA: bis zu 50% der Hirsche haben Antikörper.</li> <li>○ FLI kontaktiert: im Moment noch keine Proben von Rot- und Rehwild verfügbar. Proben werden aktuell untersucht.</li> <li>○ Vermutet wurde Transmission von Mensch zu Tier; Tiere sind hoch suszeptibel, fortwährende Quelle, Weiterentwicklung des Virus möglich.</li> </ul> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	Buda

Ende: 14:14 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 05.11.2021, 12:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Stefan Kröger	
	○ Lars Schaade	○ Silke Buda	
	○ Lothar Wieler	○ Walter Haas	
	○ Esther-Maria Antão	○ Udo Buchholz	
!	Abt. 1	○ Kai Schulze	
	○ Martin Mielke	!	FG37
!	Abt. 3	○ Sebastian Haller	
	○ Osamah Hamouda	!	FG 38
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth	
	○ Janna Seifried	!	P1
!	ZIG	○ John Gubernath	
	○ Johanna Hanefeld	!	Presse
!	FG14	○ Ronja Wenchel	
	○ Melanie Brunke	!	ZBS1
!	FG17	○ Janine Michel	
	○ Djin-Ye Oh	!	ZBS7
!	FG21	○ Christian Herzog	
	○ Wolfgang Scheida	○ Claudia Schulz-Weidhaas	
!	FG 32	!	ZIG1
	○ Michaela Diercke	○ Romy Kerber	
!	FG 33	!	BZgA
	○ Ole Wichmann	○ Oliver Ommen	
	○ Thomas Harder		
!	FG34		
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		





	<p>Griechenland, Ungarn, Niederlande</p> <p>13. Leichte Zunahme für Deutschland</p> <p>14. Malta und Spanien: weiterhin als einzige Länder in der 1., am wenigsten besorgniserregenden Kategorie</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>15. SurvNet übermittelt: 4.709.488 (+37.120), davon 96.346 (+154) Todesfälle</p> <p>1. 7-Tage-Inzidenz 169,9/100.000 Einw.</p> <p>2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,91/100.000 EW, AG ≥ 60jährige: 9,15/100.000 EW</p> <p>16. Fälle auf ITS: 2.332 (+106)</p> <p>17. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 57.835.987 (69,6%), mit vollständiger Impfung 55.647.310 (66,9%)</p> <p>18. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <p>1. Thüringen, Sachsen, Bayern, BW am stärksten betroffen</p> <p>19. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <p>1. 11 LK mit Inzidenz &gt;500 und 76 mit Inzidenz &gt;250</p> <p>2. Inzidenz in Miesbach: 717</p> <p>20. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe</p> <p>1. Bei 10-19 Jährigen teilweise &gt; 1000 /100.000 EW</p> <p>2. Auch bei 80+ Jährigen in einem LK in Sachsen Inzidenz &gt;500</p> <p>21. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht)</p> <p>1. Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz zu erwarten</p> <p>22. COVID-19 Trends</p> <p>1. Wieder Anstieg bei Todesfällen</p> <p>23. Sterbefallzahlen</p> <p>1. Seit Oktober etwas deutlichere Übersterblichkeit als sonst, nicht allein aus COVID Todesfällen zu erklären.</p>	<p>Mielke</p> <p>Harder</p> <p>Wichmann</p> <p>Wenchel</p>
--	--	--

	<p>24. Gibt es einen Grund, warum NRW und Niedersachsen, insgesamt der Nord-Westen relativ günstig dasteht vor allem bei den 50+ Jährigen?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anteil Geimpfter im Nord-Westen ist deutlich höher. Neben östlichen BL sind auch in BY und BW weniger geimpft.</li><li>2. Problematisch Vergleiche zu einem bestimmten Zeitpunkt zu ziehen. Die Situation war auch schon andersrum, 7-Tagesinzidenz ist zu kleinteilig.</li><li>3. Impfquote hat einen Effekt, erklärt aber nicht alles.</li><li>4. Korrelation Impfstatus-Inzidenz wird von FG33 kritisch gesehen. Impfquote und Fallzahlen können nicht auf die gleichen Personen zurückzuführen werden.</li><li>5. In Bremen wurden z.B. in nennenswerten Umfang Personen aus dem Umland geimpft.</li><li>6. Wenn Daten der KV verfügbar sind, ist eine individuelle Zuordnung möglich. Daten können retrospektiv ausgewertet werden.</li><li>7. Korrelation auf Bevölkerungsebene hängt vom Erreger ab, klappt gut bei Rota, schlecht bei Influenza.</li><li>8. Es gibt auch andere Gründe für eine hohe Inzidenz, z.B. Verhalten.</li><li>9. Deutschland ist in größeres Geschehen eingebettet, von Situation in Nachbarländern beeinflusst.</li></ol> <p>Könnte nächste Woche im Wochenbericht Bezug zu Control COVID hergestellt werden?</p> <p>25. Auf LK Ebene hohe Anfälligkeit für Verzerrung.</p> <p>26. Auf Landesebene Bezug zu ControlCOVID nehmen, um Situation besser einordnen zu können. Als Tabelle oder in Textform?</p> <p>27. Hospitalisierungsinzidenz ist im Wochenbericht bereits enthalten.</p> <p>28. Würde Blick auf ControlCOVID lenken, hat keine Folgen für Bundesländer, aber hilfreich für Einordnung der Lage.</p> <p>29. Bis auf ein BL sind alle in der höchsten Stufe.</p> <p><i>ToDo: Montag Tweet mit Link, Presse entwirft Vorschlag</i></p>	<p>Wichmann</p>
--	---	-----------------

	<p>30. Zeitpunkt der Levelerreichung korreliert wahrscheinlich nicht mit Inzidenz. Keine großen Veränderungen bei Impfung mehr in letzter Zeit, longitudinal könnte etwas gezeigt werden.</p> <p>31. Könnte man an Kooperationspartner outsourcen, evtl. Uni Münster, Kontaktverhalten longitudinal ins Modell nehmen, komplex.</p> <p>Wurden Kontaktdaten der Uni Münster schon vorgestellt?</p> <p>32. Vorstellung in Abteilung, Aufarbeitung in FG33 aus Kapazitätsgründen nicht möglich. Soll Münster machen, dann Vorstellung in Abteilung.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verlegung von 18 rumänischen Patienten ist abgeschlossen.</li> <li>! KH sind an Belastungsgrenze.</li> <li>! Neue Anfrage aus Slowenien ab nächster Woche wird diskutiert, ist politische Entscheidung.</li> <li>! Auch andere europäische Länder sind bereit Patienten aufzunehmen.</li> <li>! In ZIG abgesehen von Patientenversorgung im Augenblick keine weiteren Hilfersuchen.</li> <li>! Vorbereitung auf weitere Unterstützung in Madagaskar</li> </ul>	<p>ZBS7 (Herzog)</p> <p>ZIG (Hanefeld)</p>





	<p><b>Presse</b> ! Am Montag Wartungsarbeiten, evtl. kurzzeitige Ausfälle</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b> ! Unterstützen Presse mit ControlCOVID Tweet ! Bewerbung der Datenspende, erste Ergebnisse werden vorgestellt. ! Grafik zu Impfdurchbrüchen noch in Arbeit</p> <p>! Frage an BZgA: Ist nochmal eine Kampagne zur Kontaktreduktion geplant? ○ AHA-L Regeln sollen wieder verstärkt kommuniziert werden. ○ Sollten RKI und BZgA in Abstimmungsrunde mit BMG gemeinsam einbringen.</p> <p>! Bitte an BZgA: Informationen sehr textlastig, kann man Infografiken etwas leichter auffindbar machen? ○ Nimmt Hr. Ommen mit, bereits jetzt Infografiken als Begleitung zum Text</p> <p>! In den Medien wird von einer Pandemie der Ungeimpften gesprochen. Aus fachlicher Sicht nicht korrekt, Gesamtbevölkerung trägt bei. Soll das in Kommunikation aufgegriffen werden? ○ Von Seiten der BZGA gibt keine Entwarnung, AHA+L Regeln werden wieder stärker in den Fokus genommen. ○ Dient als Appell an alle, die nicht geimpft sind, sich impfen zu lassen. ○ Sagt Minister bei jeder Pressekonferenz, vermutlich bewusst, kann eher nicht korrigiert werden. ○ In der Kommunikation sollte aufgepasst werden, wie kritisch man über den Impfstoff kommunizieren will, immerhin nach einem halben Jahr immer noch &gt;90% Wirksamkeit. Wenn 95% geimpft wären, sähe die Situation anders aus. ○ Die Frage ist, wie kann man die aktuelle Lage mit welcher Kommunikationsstrategie in den Griff bekommen. Deshalb AHA+L in Kommunikation auch an Geimpfte adressieren.</p> <p>! Sollte Presse mit P1 wieder stärker Selbsttests proagieren, vor allem in Bezug auf private Treffen an Weihnachten. ○ Keine allgemeine Empfehlung von 2G+, wurde am Mittwoch so entschieden.</p> <p><i>ToDo: auf nächste Tagesordnung setzen: spezielle Empfehlungen für Weihnachtsfeiertage für Familienfeste sinnvoll?</i></p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Gubernath)</p> <p>Ommen</p> <p>Mielke</p> <p>Haas</p> <p>Wichmann</p> <p>Wenchel</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Informationen aus den Ländern zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen</p>	<p>FG36 (Haas)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus EpiLag Informationen zu Ausbrüchen unter 2G-Bedingungen. Es ist nicht möglich diese Information weiter zu kommunizieren, dies wäre aber in Bezug auf AHA-L Regeln wichtig.</li> </ul> <p><i>ToDo: In EpiLag oder AGI thematisieren bzw. Seuchenreferenten adressieren um Länder für EpiBull Artikel zu motivieren.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gourmet-Treffen auf Sylt, Attack-Rate 35% -&gt; Niedersachsen bitten, das als Ausbruchsbericht zu publizieren. Unter diesem Bericht sollte erwähnt werden, dass es schon mehrere solcher Ereignisse gab.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Stand EpiBull Artikel, Deutschland im Vergleich mit anderen Ländern (Indikatoren)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Maßnahmen letztes Jahr haben dazu geführt, dass sich das Virus trotz fehlender Impfung nicht unbegrenzt ausbreiten konnte. -&gt; schon Textbausteine zu diesem Thema von Abt. 2</li> <li>○ Ergebnisentwurf wird, sobald fertig im Verteiler Krisenstab zirkuliert.</li> </ul>	<p>Abt.3/ Abt.2/ ZIG</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht besprochen)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Evidenz Transmission vollständig Geimpfter: Impfeffektivität gegenüber Delta-Variante (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schutz vor asymptomatischen Infektionen (4 Studien): 63%</li> <li>○ Schutz vor milden Verläufen: mRNA &gt; Vaxzevria</li> <li>○ Metaanalyse von 4 Studien zu Impfdurchbrüchen unter Delta</li> <li>○ Laborbasierte Studie, USA: 719 Proben, keine demographischen Angaben, Impfstoff unbekannt             <ul style="list-style-type: none"> <li>- mittlere Ct-Werte der Geimpften glichen denen der Ungeimpften; gleicher Anteil Ct &lt;25 bei Ungeimpften und Geimpften.</li> <li>- Asymptomatische: Ct&lt;25 bei 29% der Ungeimpften und 67% der Geimpften</li> </ul> </li> <li>○ Krankenhausbasierte Studie, Singapore             <ul style="list-style-type: none"> <li>- 218 Patienten, 71 geimpft, 130 ungeimpft, mit mRNA-Impfstoffen</li> <li>- Ungeimpfte sind deutlich jünger.</li> <li>- Initialer Ct-Wert unterscheidet sich nicht.</li> <li>- Geschwindigkeit des Abfalles der viral load</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG33 (Harder)</p>

	<p>bei Geimpften deutlich höher, schnellere virale Clearance</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Impfdurchbrüche bei HCW, NL<ul style="list-style-type: none"><li>- 161 Impfdurchbrüche, alle 4 Impfstoffe</li><li>- Medianes Alter 25, alles milde Infektionen</li><li>- Mittlerer CT-Wert bei Geimpften und Ungeimpften gleich</li><li>- Impfung verringert Wahrscheinlichkeit für positive Viruskultur</li></ul></li><li>○ Haushaltkontaktstudie, UK<ul style="list-style-type: none"><li>- 19 Indexfälle, 602 Kontakte unter Delta</li><li>- Unter Geimpften 7 Indexfälle/31 Kontakte, unter Ungeimpften 8 Indexfälle/15 Kontakte</li><li>- Geschwindigkeit des Abfalls der viral load höher bei Geimpften</li></ul></li><li>○ Epidemiologische Studien zur Transmission: Haushaltkontaktstudie, UK, Kohortenstudie, Kontakte von symptomatischen und asymptomatischen Fällen<ul style="list-style-type: none"><li>- &gt;95.000 Indexfälle</li><li>- Reduktion der Transmission unter Corminaty um 65% und unter Vaxzevria um 35%</li></ul></li><li>○ Fazit:</li><li>○ Impfeffektivität gegen Delta-Variante<ul style="list-style-type: none"><li>- Schutz vor asymptomatischer Infektion: VE ca. 60-65%, mRNA &gt; Vektor-Impfstoffe</li></ul></li><li>○ Impfdurchbruchsstudien<ul style="list-style-type: none"><li>- Initiale Ct-Werte vacc = unvacc</li><li>- Schnellerer Abfall des viral load bei vacc</li><li>- Viruskultur?</li></ul></li><li>○ Verhinderung der Transmission<ul style="list-style-type: none"><li>- Nur 1 Studie unter Delta: Reduktion der Transmission um ca. 50% (Comirnaty &gt; Vaxzevria)</li></ul></li><li>○ Lancet Studie zeigt, dass sekundäre Attackrate identisch ist, jedoch sehr kleine Fallzahlen.</li></ul> <p>! Wie kann es sein, dass Daten zur Impfeffektivität am Anfang so falsch waren (Schutz vor 90% der Infektionen)?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ In Bezug auf asymptomatische Infektionen gab es am Anfang keine Informationen. Studien zur Delta-Variante wurden erst nach Alpha durchgeführt.</li><li>○ Delta-Variante und waning, Abgrenzung Einfluss Delta und waning nicht möglich.</li></ul> <p>! <u>Bezugnehmend auf grundlegende Aspekte und Besonderheiten der Immunität gegen Infektionen des</u></p>	<p><u>Oh (FG17)</u></p>
--	--	-------------------------



Respirationstrakt wird auf folgende Punkte hingewiesen:

- Unmittelbar nach der Impfung hat man ein hohes Level an neutralisierenden Antikörpern, diese transsudieren ~~transfundieren~~ in die Schleimhaut, woraus hohe lokale (=mukosale) Immunität im Nasenrachenraum resultiert. Deswegen besteht in den ersten 2 Wochen – 2 Monaten nach Impfung sehr guter Schutz vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektion. Mit dem Abfall neutralisierender Antikörper nach 2–8 Wochen sinkt lokale Immunität wieder, so dass im Anschluss an dieses 2-8 Wochen-Zeitfenster der Schutz vor Infektion deutlich geringer ist. Dementsprechend können sich Geimpfte >2 Monate nach Impfung auch wieder leichter infizieren. In den ersten 2 Wochen – 2 Monaten sehr guter Schutz vor Infektion.
- Die Erwartung ist, dass die meisten Geimpften nicht oder nur leicht wenig-symptomatisch sind, dass sie aber durchaus hohe Viruskonzentrationen im Nasen-/Rachenraum aufweisen und kontagiös sind. Die meisten Übertragungen finden vor oder zu Beginn der Infektion statt.
- ! Die Ergebnisse der UK Haushaltskontaktstudie (Lancet Infectious Diseases) reflektieren das, was anhand der grundlegenden Erkenntnisse zur Immunität gegen Infektionen des Respirationstrakts zu erwarten ist: Der Schutz vor Infektion nimmt ca. >2 Monate nach Impfung erheblich ab. Zwar ist die Fallzahl dieser Studie eher klein, die methodische Stärke liegt aber in der engmaschigen (täglichen) Beprobung enger Kontaktpersonen, unabhängig vom Symptomstatus. So wurden auch asymptomatische Infektionen zuverlässig erfasst, die Schutz vor asymptomatischer Infektion wird in Beobachtungsdaten sonst unterschätzt werden (da die Beprobung in größeren Zeitabständen bzw. vorwiegend bei symptomatischen Personen erfolgt). immer unterschätzt.
- ! Man sollte dementsprechend sehr vorsichtig mit der Aussage sein, dass Impfungen vor jeglicher (auch asymptomatischer) Infektionen verhindern/schützen. Mit zunehmendem zeitlichen Abstand zur Impfung trifft dies immer weniger zu. Dies gilt umso mehr, weil eine fortlaufende Adaptation des Virus an den Immunselektionsdruck in der Population anzunehmen ist, welche zukünftig ebenfalls die Schutzwirkung der Impfung gegen Infektion herabsetzen könnte.
  
- ! Verkürzung des Sheddings spielt in Bezug auf Haushaltskontakte keine Rolle, aber in Bezug auf sonstiges Geschehen.

	<p>! Normalerweise wäre es kein Problem, wenn Personen mild oder asymptomatisch infiziert werden. Die hohe Anzahl Ungeimpfter ist das Problem.</p> <p>! Ist 2G oder 3G noch ein Schutzkonzept, das empfohlen werden kann? Was ist mit geimpften Kontaktpersonen, kann der Ausschluss von der Quarantäne noch gerechtfertigt werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In großer Studie wurden odds ratio nach Settings unterschieden: in Haushalten deutlich höher, in anderen Settings etwas niedriger.</li> <li>○ Infektionsprävalenz in Studienpopulation spielt eine Rolle.</li> <li>○ Kontakte in Innenräume ohne Maske sind das Problem. Setting Haushalt aufgrund der wiederholten und kontinuierlichen Kontakte, steigender Infektionsdruck</li> <li>○ Schwere Erkrankungsfälle könnten verhindert werden, wenn dies Geimpften klargemacht werden kann.</li> <li>○ Größere Stratifikation nach Alter; Kontakte mit Älteren erfordern mehr Testungen.</li> </ul> <p>! Kommunikation kann nicht geändert werden. Würde große Verwirrung hervorrufen. Andere Aspekte sollten in den Vordergrund gestellt werden: AHA+L, Boosterung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diese Punkte betonen, doppelt Geimpft wieder in Quarantäne zu schicken, ist nicht vermittelbar.</li> <li>○ Soll 2G+ auf die Tagesordnung gesetzt werden?</li> </ul>	<p>Wieler</p>
<p>9</p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 816 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 63 SARS-CoV-2</li> <li>○ 232 RSV</li> <li>○ ## Rhinovirus</li> <li>○ 54 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 68 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ 8 Metapneumovirus</li> <li>○ 3 Influenzavirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>

	<p>! 219 Proben, davon 110 positiv auf SARS-CoV-2 (50,2%).</p> <p>! Antigenpaper wurde veröffentlicht zusammen mit PEI.</p>	
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Nächste Woche kurzer Überblick über aktuelle Therapieempfehlungen im Krisenstab</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Veröffentlichung hierzu im deutschen Ärzteblatt der Fachgruppe COVRIIN, Link wird an Verteiler versendet</li> </ul>	ZBS7 (Schulz-Weidhaas)
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>! Lagezentrum-Schichtbesetzung über Weihnachten, Vorschlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verzicht auf Krisenstabsitzung am 24.12 und 31.12, d.h. Sitzungen am 22. und 29.12. und dann wieder am 05.01.</li> <li>○ Arbeitsfreie Tage werden nicht besetzen im Lagezentrum, von kurzer Kontrolle der internationalen Kommunikation am 26.12. abgesehen.</li> <li>○ Tägliche automatisierte Berichterstattung an allen außer den arbeitsfreien Tagen.</li> <li>○ Kein Wochenbericht zwischen Weihnachten und Neujahr, da Daten nicht aussagekräftig, d.h. Wochenbericht am 23.12. und dann wieder am 06.01.</li> <li>○ Alles unproblematisch, außer Verzicht auf Wochenbericht.             <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Könnte RKI in schlechtes Licht rücken.</li> <li>5. Vorbereitung des Wochenberichts bedeutet hohen Arbeitsaufwand für viele Personen.</li> <li>6. Journalisten proaktiv auf Problem hinweisen: Daten sind aufgrund von Feiertagen schwer zu beurteilen. Nimmt Pressestelle mit.</li> </ol> </li> </ul> <p><i>ToDo: Bericht ans BMG mit Vorschlag, wie beschrieben</i></p>	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle



<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>	Buda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>! SARS-CoV-2 bei Weißwedelhirschen, Informationen aus dem FLI (Hr. Beer), Artikel in Ärztezeitung             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meldung aus USA: bis zu 50% der Hirsche haben Antikörper.</li> <li>○ FLI kontaktiert: im Moment noch keine Proben von Rot- und Rehwild verfügbar. Proben werden aktuell untersucht.</li> <li>○ Vermutet wurde Transmission von Mensch zu Tier; Tiere sind hoch suszeptibel, fortwährende Quelle, Weiterentwicklung des Virus möglich.</li> </ul> </li> <li>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex</li> </ul>	

**Ende:** 14:14 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 10.11.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG11
- ! FG12
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - 
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG35
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Inessa Markus(Protokoll)
  - Ulrike Grote
  - Claudia Syffczyk
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
- ! MF3
- ! MF4
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
- ! BZgA
- ! BMG

- Martina Fischer
- Jasmin Benser

- Janina Ensin



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 4.884.054  (+39.676), davon 96.963 (+236) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 232/100.000 Einw.  Hospitalisierungsinzidenz: 4.6/100 000, bei &gt; 60 J 10.5 /100  000; damit wurde der allgemeine Grenzwert von 5 als  Gesamtwert überschritten; zeigt die Belastung an  Verlauf der 7-T-Inzidenz: Am höchsten in SN mit &gt;500;  gefolgt von TH, BY und BW; insgesamt deutlicher Anstieg;  Knick in der Kurve am Ende durch Meldeverzug; Nord-  West/Süd-Ostgefälle  R Wert deutlich über 1  Geografische Verteilung 7-T-Inzidenz nach LK:  Das erste Mal ein LK (LK Rottal-Inn) über 1000/ 100 000;  Insgesamt hohe Inzidenzen (&gt;500) im Süd-Osten (BY, SN, TH  und Teile BW); Inzidenz nimmt über die letzten Wochen  kontinuierlich zu; Top 15 über 700/100 000  Inzidenz der Fälle nach AG und KW (heatmap)  Fast in allen AG Inzidenz über 100; AG 10-14J über 400;  ältere AG 85J/90J über 130 und 200, deutlich höher als in  dritten Welle  7-T-Inzidenz nach LK und AG:  LK mit hohen Inzidenzen nehmen in jüngeren und  mittelalten AG zu; in der Gruppe &gt; 50J nehmen LK mit  Inzidenz &gt; 500 zu; in Rottal-Inn liegt die Inzidenz bei 50-59 J  &gt; 1000/100 000; AG &gt; 80J zahlreiche LK über 500  7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz nach BL:  TH, SN, BY, ST, BW deutlich erhöht, Bundesweit bei 4,6;  einige BL liegen deutlich darüber  TH, BY und SA weisen die höchsten Hosp-Inzidenzen auf,  15% der LK liegen über 10/100 000  Todesfälle (Karte): Kleine Zahlen, starke Schwankungen, Hohe  Zahlen in den LK mit hoher Hospitalisierungszahl und  Inzidenzen  Beispiel (Dashboard): Rottal-Inn Inzidenz deutlich höher im  Vergleich zur 2 und 3 Welle, dies gilt auch für Traunstein,  Dingolfingen, Deggendorf (Inzidenz bei Älteren sehr hoch)  Großstädte mit &gt;500 000 Einwohner: alle Großstädte weisen  eine Inzidenz &gt; 100/100 000, ausgenommen Bremen bei  85/100 000</p> <p>Frage: Ist eigentlich bekannt, warum TH eine vielfach erhöhte  Hospitalisierungsinzidenz hat?</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



	<p>Inzidenz seit 3 Wochen im Vgl. am höchsten, SN geringfügig darunter. Hospitalisierungsinzidenz ist anfällig für Ungenauigkeiten                  Thüringen hat auch hohes Durchschnittsalter und geringe Impfquoten                  Sachsen hat nur 33% Datenvollständigkeit bei Hospitalisierung, Thüringen 66%</p> <p><i>ToDo: FG 32 Weiterführende Klärung am Freitag</i></p> <p>Testkapazität und Testungen: <a href="#">hier</a> (<i>nur mittwochs</i>)                  Anzahl der Testungen nicht wesentlich verändert, Positivanteil deutlich gestiegen von 12 auf 16%, höchster Wert seit Beginn der Erfassung                  Auslastung der Kapazitäten: aktuell ca. 50% der PCR-Testkapazität genutzt, unterschiedliche Verteilung in den BL                  In TH Kapazitäten nahezu ausgelastet, andere BL zwischen 50-60% Auslastung                  Positivanteile in TH, SA fast 30%; BB Anstieg steil nach oben, insgesamt steigend                  Übersicht Teststrategie in Kitas nach BL: Geimpfte nur sporadisch in einzelnen Bereichen getestet, PCR-Pooltest in NRW und BY in Grundschulen, weitere BL AG-Test 2-3 pro Woche</p> <p>ARS-Daten (<a href="#">hier</a>)                  Daten aus Monats- und Wochenbericht                  Bei gleichbleibender Testung Anstieg des Positivanteils                  Vgl. BL über versch. Wellen: Einige BL verzeichnen einen höheren Positivanteil in der aktuellen Welle im Vgl. zu vorhergehenden Wellen, KW 34-44 2020 und 2021 auch deutlicher Anstieg des Positivanteil  <i>Testgruppe und Testort</i> nach Arztpraxen, KH und Andere:                  Hohe Positivanteile in Arztpraxen, KH im Vgl. deutlich niedriger; Andere (Testzentren) deutliche Zunahme                  Nach AG: 5-14 J steiler Anstieg in den letzten Wochen in Arztpraxen                  Anzahl der Testung pro AG und Ort: Jüngere eher in Arztpraxen, Ältere in KH;                  Testung nach AG: 80 J am meisten getestet, gefolgt von AG 5-14 J bzw. 15-34 J; Positivanteile: 5-14 J am höchsten                  Ausbrüche (KW44) Altenpflegeheime (APH) und med. Einrichtungen:                  Med. Einrichtungen: 119 Ausbrüche (118 in KW43); (unten/grün) APH 161 Ausbrüche (135 Ausbrüche in der Vorwoche)</p> <p>Frage: Gibt es eine Verzögerung in der Bearbeitung der Proben in TH auf Grund der starken Auslastung?</p> <p>Turnaround time in TH liegt bei einem Tag.</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------

	<p>Syndromische Surveillance (<a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)  Grippeweb: Anstieg ARE setzt sich fort, ganz normales Niveau und vergleichbar mit Vorjahren; AHA-Regeln scheinen diese Saison keinen Einfluss zu haben  ARE-Konsultationsinzidenz: leicht gesunken, Herbstferien  SARI-Fälle: Fallzahlen in AG 0 bis 4 Jahre trotz deutlichem Rückgang weiter sehr hoch (65% der SARI-Fälle mit RSV-Diagnose), so viele SARI-Fälle in dieser AG wie sonst nur auf dem Höhepunkt der Grippewelle; AG &gt; 35 Jahre erhöht, ähnlich Werte aus Vorjahr in KW 44, aber höher als in den Jahren von der COVID-19-Pandemie; Nachmeldungen möglich  Anteil COVID-19 an SARI bei 33% (KW 43: 31%);  Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung bei 64% (KW 43: 51%)  Kita: 267 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen, die meisten Ausbrüche in SN (n=41), BW (n=37); Durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, Median: 3 Fälle; (22 Ausbrüche mit &gt;=10 Fällen/Ausbruch); Erwachsene bilden einen großen Anteil in den Ausbrüchen  Schulen: 919 Ausbrüche für die letzten 4 Wochen, die meisten Ausbrüche in BW (n=210), BY (n=136)  Durchschnitt: 5 Fälle, Median: 3 Fälle; 62 Ausbrüche mit &gt;=10 Fällen</p> <p>Frage zu Kita-Ausbrüchen:  Bei positiven Betreuungspersonal werden Kinder seltener nachgetestet, daher kann es sein, dass der Anteil der Betreuenden in den Ausbrüchen in Kitas im Vgl. zu Schulen niedriger erscheint.  Maßnahmen den BL unbekannt, jedoch sind es vor allem junge Erwachsenen, die sich gegenseitig infizieren. Kinder spielen eine Rolle, aber am ehesten nicht die Tragende.</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)  In KW44: 71% Positivenrate (186 Einsendungen)  54 Arztpraxen aus 14 BL; größter Anteil bei 0-4 J  Keinen Nachweis von Influenza, mehr Nachweise SARS-CoV-2  Endemische Coronaviren: Trend setzt sich fort  Sonstige Atemwegsviren: Rhinovirus rückgängig, RSV dominieren (34% Posrate), 49% der Nachweise bei 0-4 J</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)  Starker Anstieg in der Belegung, besonders ITS Neuaufnahmen von COVID-19: +1465 Pat in letzten 7 Tagen (30% mehr im Vgl zu Vorwoche)  Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Alle BL über 3%, mehrere über 12%, Trend zunehmend  Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad Anteil der Invasivbeatmung (dunkelgrün) sehr hoch, Anteile vgl mit Vorwellen  Anteil der Verstorbenen: 50-80 Pat pro Tag; Trend steigend  Altersverteilung COVID-19 Pat auf ITS: über 60J über 60%,</p>	<p>Fr. Fischer</p>
--	---	--------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>Verschiebung in die älteren Gruppen                  Personal/Raummangel: Freie Betten nehmen ab,                  Personalmangel auf dem Peak der zweiten über der dritten                  Welle, extrem stark                  67% der Meldebereiche melden eine eingeschränkte Kapazität                  Prognose für 20 T: Anstieg der ITS Belegung bundesweit</p> <p>VOC/VOI in Deutschland (<a href="#">hier</a>):                  Keine Veränderung, B.1.617.2 (Delta) weiterhin dominierend                  VOI B.1.621 (My)/ C.37 (Lambda) keine Nachweise in der                  letzten Woche                  Anteil der Stichprobe (gleichbleibende Anzahl der                  Sequenzierungen) sinkt auf 1,2%; Grund: steigende Fallzahlen                  VOI: AY.4.2 (Delta plus): Keine Zunahme                  AY33: Anteil stabil; keine Zunahme                  AY.4.2: Insgesamt 620 Nachweise, Vgl. Unterschiede                  Altersmedian, Hospitalisierung, Anteil Verstorbene,                  Impfdurchbrüche nicht signifikant; breite geographische                  Verteilung</p>	<p>FG36</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)                   (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p>	<p>Abt. 3</p>

<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Keinen Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Seit dieser Woche gibt es wieder wöchentliche BPK Sprechzettel in Vorbereitung</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer 2G/3G Überarbeitung s. <i>Diskussion RKI Strategie</i> Tweet am WE: Kontaktreduzierende Maßnahmen hervorheben</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>6</b></p>	<p>Bereits im Stufenplan/ Control COVID (S. 9) beschrieben: „Bei zunehmendem Infektionsdruck (Stufe 2) sollten sich auch Geimpfte und Genesene bei planbaren Kontakten zu Personen mit hohem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf außerhalb des eigenen Haushalts einem aktuellen Test unterziehen und nur mit negativem Testergebnis treffen (betrifft auch private Veranstaltungen wie Geburtstagsfeiern, Spieleabende usw.).“</p> <p>Dabei wird bei 3 G eine Testung mit NAT (bsp PCR) empfohlen.</p> <p>Unterschiedliche Bezeichnungen und Konzepte 2 G, 2G plus (2 G mit AG Nachweis) und 3G NAT (Test mit PCR für Hochrisikosetting) müssen erklärt werden. Es sollte eine weitere Verwirrung der Bevölkerung bzgl. versch. Konzepte vermieden werden.</p> <p>Eine weitere konkrete Darstellung und Hervorhebung relevanter Szenarien zur Veranschaulichung für die Bevölkerung und Verweis auf bestehende Dokumente (Control COVID Papier) wäre wünschenswert. Es wurde diskutiert, ob eine Beschränkung auf Hochrisikosettings oder eine allgemeine Empfehlung zur Testung v.a. von Geimpften erfolgen sollte. Eine zusätzliche Testung (v.a. PCR) bindet Ressourcen und ist nur bei Kontrolle dieser nützlich. In Hochrisikosettings werden die Testkonzepte (Alle geimpft, gebooster, mehrfach in der Woche getestet, Kontaktbeschränkungen) nicht konsequent umgesetzt. Dabei sollte vor allem in Bildung und Beruf seriell getestet werden und anlassbezogen bei Geimpften und Risikokonstellationen (s. Modellierungen EpiBull-Artikel)</p> <p>Empfehlungen in den einzelnen Papieren (z.B: Altenpflege-Dokument, Testverordnung, TestVO der Länder) sind nicht immer konsistent bzgl. ihrer Empfehlungen. Auch auf Bundesebene sind Testpflichten</p>	<p>Abt. 3 / Alle</p>





	<p>für Geimpfte nicht unbedingt legal (Schutz AusnahmeVO): Geimpfte sind mit Getesteten gleichgestellt. Generell sollte ein zusätzlicher Nutzen von der Testung ausgehen.</p> <p>Insgesamt sollte bei der aktuellen Situation und Entwicklung offensiver kommuniziert werden, dass die Bevölkerung die Anzahl der Kontaktpersonen reduziert werden (social bubble) und Massenveranstaltungen eingeschränkt werden und das Verhalten an Karnival/Weihnachten/ Besuchen im Altersheim angepasst werden sollte. Es herrscht eine Unsicherheit in der Bevölkerung (hohe Fallzahlen, wenig Aktion von der Politik), der Appell sollte praktisch und klar sein und von der Bevölkerung umsetzbar sein.</p> <p>AHA+L, Kontaktbeschränkungen, Testungen in Hochrisiko/vulnerable Settings als Message für die BPK und Twitter, zusätzlicher Hinweis im Lagebericht</p> <p>ToDo:</p> <p><i>FG36, FG37 und Abt1 einheitliche (minimal-invasive) Anpassung des Stufenplans zu NAT</i></p> <p><i>Presse: Kommunikation über die Flyer (Weihnachtstreffen in der social bubble mit Testgedanken/ 2G und 2Gplus bei Treffen mit Personen mit hohem Risiko)</i></p> <p><i>Flyer sollten in mehrere Sprachen übersetzt werden</i></p> <p><b>!</b> Diskussion zu Gesetzentwurf auf Freitag verschoben</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b> (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>

9	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b> S. Lage national  <b>ZBS1</b> (nicht berichtet)	FG17  ZBS1
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <i>(ausnahmesweise auch mittwoch)</i>  <b>CWA: nur auf ärztlichen Rat hinweisen oder auch auf Antivirale?</b> CWA wird hauptsächlich für die Benachrichtigung von KP genutzt. Aktuell verfügbare Therapieoptionen (Monoklonale AK, weitere Medikamente kommen) in Frühphase der Erkrankung indiziert, wenn bsp. Eine KP positiv getestet Idee: bei KP mit Symptomen/pos. Test empfehlen sich mit dem HA in Verbindung zu setzen um mögliche frühzeitige Therapieoptionen zu besprechen. RKI gibt keine Therapieempfehlungen. Es sollte der Kontakt zu Fachgesellschaften (Bestehender Arbeitskreis mit Einbezug von Allgemeinmediziner und Internisten) aufgenommen werden und ein Statement für die CWA und Testpapier abgestimmt werden  <i>ToDo: Fr. Niebank kümmert sich um die Koordination und Abstimmung</i>	ZBS7
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
12	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
14	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
15	<b>Wichtige Termine</b>	Alle



	keine	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Freitag, 12.11.2021, 11:00	

**Ende: 13:07 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 12.11.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
    - Lars Schaade
    - Lothar Wieler
  - ! Abt. 2
    - Thomas Ziese
  - ! Abt. 1
    - Martin Mielke
  - ! Abt. 3
    - Osamah Hamouda
    - Tanja Jung-Sendzik
    - Janna Seifried
  - ! FG14
    - Melanie Brunke
  - ! FG17
    - Djin-Ye Oh
  - ! FG21
    - Patrick Schmich
    - Wolfgang Scheida
  - ! FG 32
    - Michaela Diercke
  - ! FG 33
    - Thomas Harder
  - ! FG34
    - Viviane Bremer
  - ! FG36
    - Stefan Kröger
  - ! FG37
    - Sebastian Haller
  - ! FG 38
    - Maria an der Heiden
    - Petra v. Berenberg (Protokoll)
  - ! MF2
    - Thorsten Semmler
  - ! P1
    - Ines Lein
  - ! P4
    - Marc Wiedermann
    - Pascal Klamser
  - ! Presse
    - Ronja Wenchel
  - ! ZBS 1
    - Janine Michel
  - ! ZBS7
    - Michaela Niebank
    - Agata Mikolajewska
  - ! ZIG
    - Johanna Hanefeld
  - ! ZIG1
    - Regina Singer
    - Mikheil Popkhadze?
    -
  - ! BZgA
    - Martin Dietrich
    - Mikheil Popkhadze?







	<p>2. 4 LK &gt; 1000/100.000 Ew. ( 1 %)</p> <p>3. 51 LK (1/8) &gt; 500/100.000 Ew., vorwiegend Bayern</p> <p>4. 2 LK &lt; 50/100.000 Ew</p> <p>5. Überwiegend Inzidenzen &gt; 100/100.000 Ew.</p> <p>24. Verlauf der 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz der Bundesländer</p> <p>1. Durch Meldeverzug größerer Graubereich</p> <p>2. Anstiege bzw. hohe Anstiege in allen BL</p> <p>3. Stärkste Anstiege in TH und BY, deutlich auch in MV</p> <p>25. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz (Wochenbericht)</p> <p>1. 8,4/100.000 Ew.</p> <p>26. Sterbefallzahlen</p> <p>1. Weiterhin leichte Übersterblichkeit</p> <p>2. Laut <i>destatis</i> nicht allein durch COVID-Todesfallzahlen zu erklären, andere Ursachen unbekannt</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>27. Könnte bei den Todesfällen eine Untererfassung vorliegen? AW: Eher nicht, Todesfälle sind sehr gut erfasst</p> <p>28. Könnten sich hier bereits Langzeiteffekte von verzögerten oder suboptimalen Therapien bemerkbar machen?</p> <p>AW (Abt 2): Register und Erfassungssysteme sind zu langsam um das jetzt schon zu erfassen, allenfalls Hinweise auf geänderte Muster</p> <p><b>ToDo 1: Todesursachenstatistik und ggf. andere Erfassungssystem auf geänderte Muster überprüfen</b></p> <p>29. Modellierungen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>30. <i>Covid-19 Mobility Project</i>, GPS-Daten-basierter Kontaktmonitor</p> <p>1. Reduzierung der mittleren Anzahl tägl. Kontakte:</p> <p>- Durch 1. Lockdown: 100% ! 50% für 1 Monat</p>	<p><b>P4</b></p>
--	--	------------------



	<p>- Durch Lockdown light: 73% ! 68% für 2 Wochen</p> <p>- Durch 2. Lockdown 72% ! 55% für 6 Monate</p> <p>- Aktuell: Nach stetigem Anstieg seit 7/2021 Abfall seit Mitte 9/2021</p> <p>2. Variation der Kontakte (Proxy für Gruppengrößen):</p> <p>- Im Lockdown light verringerte wöchentliche Fluktuationen (WE-Veranstaltungen)</p> <p>- Aktuell größer als je in der Pandemie + leichter Anstieg</p> <p>3. Alltag (Woche) und Freizeit (Wochenende, WE)</p> <p>- Präpandemisch Kontaktzahl und Variation am WE größer</p> <p>- Bis 7/2021 im Mittel weniger Kontakte am WE, Lockdown light verringerte die Gruppengrößen am WE effektiv</p> <p>-Aktuell: In der Woche sinkt Anzahl der Kontakte stärker als am WE</p> <p>- Gruppengrößen stagnieren unter der Woche und werden an WE größer</p> <p>- Halloween als letztes Feiertags-WE: keine Auffälligkeiten</p> <p>- Für 11.11. (Karnevalsbeginn) werden Auffälligkeiten erwartet</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>31. Handelt es sich überwiegend um Kontakte im Freien? Daraus würde sich eine Untererfassung ergeben, da jahreszeitlich jetzt mehr Kontakte indoor stattfinden?</p> <p>32. GPS- Daten können auch indoor erfasst werden, in welchem Umfang muss mit dem Anbieter diskutiert werden</p> <p><b><i>ToDo 2: Prüfung, inwiefern eine Untererfassung durch indoor-Kontakte vorliegt bzw. in welchem Umfang diese erfasst werden, keine Deadline</i></b></p> <p>33. Sind Konzerte/Sportveranstaltungen zu erkennen?</p> <p>34. Nein, höchste Auflösung ist Bundeslandebene, keine Aussagen hierzu möglich</p>	
--	--	--

	<p>35. <i>Erste Einsichten aus der neuen Corona-Datenspende</i></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Corona-Datenspende 2.0 seit 19.10. 2021 mit der Möglichkeit In-App-Umfragen durchzuführen</li><li>2. Fragen zu Tests, Symptomen, Soziodemograf. Daten, Verhalten i.d. Pandemie</li><li>3. 545/ 5634 User haben den Zeitraum ihres pos./neg. Tests mitgeteilt! Aussagen zu Änderungen in physiolog. Variablen sind möglich:</li><li>4. Ruhepuls: Anstieg um ca. 3 bpm für mindestens 40 Tage</li><li>5. Aktivität reduziert um ca. 3500 Schritte/Tag für 20 Tage</li><li>6. Schlafdauer um 1 h erhöht für 7-14 Tage</li><li>7. Alle Parameter steigen bereits vor dem pos. Testergebnis an</li><li>8. Ergebnisse sind trotz ungenauerem Testzeitraum und fehlendem Symptombeginn konsistent mit Publikation <i>Radin, Jennifer M. et al. 'Assessment of Prolonged Physiological and Behavioral Changes Associated With COVID-19 Infection'. JAMA Network</i></li><li>9. Ziele: Erhöhung der Konfidenz durch weitere Bewerbung der App, Vergrößerung der Stichprobe, Nutzung der neuen Erkenntnisse zur Optimierung des Fiebermonitors</li></ol> <p><b>Diskussion</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>36. Zeitspannen entsprechen/bestätigen klinische Verläufe, bspw. erhöhte Schlafdauer über 1-2 Wochen, erhöhter Ruhepuls über 6 Wochen</li><li>37. Gibt es eine direkte Messung?</li><li>38. Nein, Ruhepuls wird als Proxy verwendet</li><li>39. Wie viele der negativ Getesteten sind symptomatisch? Gäbe Hinweise auf unterschiedliche Verläufe von COVID und bspw. Influenza.</li><li>40. Bisher wurde bei neg. Getesteten die Symptomatik nicht abgefragt. Im Rahmen der 2. Studie wird eine wöchentliche Abfrage, ob getestet wurde, um eine Frage zur Testindikation (Symptomatik) ergänzt.</li></ol>	
--	---	--



	<p>41. Ist eine Auswertung nach Impfstatus möglich?</p> <p>42. Prinzipiell ja, aber CAVE Bias, 95% der Datenspender sind geimpft</p> <p>43. Insbesondere die Kontaktmonitor-Daten bestätigen die Empfehlungen des RKI zur Kontaktreduzierung und zum meiden großer Veranstaltungen</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Einem Hilfsersuchen Rumäniens (Lieferung von Beatmungsgeräten) kann nicht entsprochen werden</li> <li>! WHO Intra-Action <del>Reviewport</del> in Nord-Mazedonien ist abgeschlossen (ZIG1 und FG38 beteiligt)</li> <li>! ZIG, FG38 und FG 37 sind in Vorbereitung eines <b>Intra-Action Reviewsports (?)</b> für Iran</li> <li>! Namibia: Unterstützung des Aufbaus von Laboren durch Webinare und Schulungen</li> <li>! Usbekistan: IPC-Schulung für Krankenhäuser</li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (Folien <a href="#">hier</a>) (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>CWA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o <b>35, 9 Mio.</b> Downloads, 640.000 Warnende/Tag, &gt; 90.000 empfangene Warnungen/Tag, 21.000 Twitter-Follower</li> <li>o Sehr positive Entwicklung: Mitnutzung des Luca-QR-Codes</li> <li>o Kommunikation über Luca: Blog, FAQ, Thread (200.000 Impressions, 1600 Likes), Themenseite, Bürger:innen- und Presseanfragen, großes Medienecho (dpa, Spiegel, Tagesschau etc.)</li> </ul> </li> <li>! <b>CovPass</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o CovPass-App: &gt;23,8 Mio. Downloads, jetzt Version 1.12</li> <li>o CovPassCheck-App: ca. 702.363 Downloads                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verstärkte Kommunikation, auch mit BMG, zur Steigerung der CovPassCheckApp</li> <li>2. Workshop geplant</li> <li>3. Zunehmend Anfragen durch LKA /Landespolizei zu gefälschten Impfnachweisen</li> </ol> </li> </ul> </li> <li>! <b>DEA</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ca. 40.000 Anmeldungen pro Tag</li> <li>o Insg. &gt;16,4 Mio. Anmeldungen seit 11/2020</li> <li>o Weiterhin hoher Kommunikationsbedarf (viele Anrufe)</li> </ul> </li> <li>o Kommentar: Befragungsinhalte zu verknüpfen war eines der großen Ziele, die erreicht wurden</li> <li>o Derzeit stark erhöhtes Arbeitsaufkommen durch steigende Zahlen, explodierende Hotline-Anfragen, Regierungswechsel erschwert die Kommunikation mit dem BMG, mehr Unterstützung von dort wäre wünschenswert</li> </ul>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>Schmich</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p>	

	<p>! Frage: Sollte Risikobewertung noch weiter eskaliert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweis auf Äußerung Montgomeries zu Impfdurchbrüchen im Promillebereich</li> <li>○ Entspricht nicht der Realität, die aus unserer Tabelle (Wochenbericht) zu entnehmen ist</li> <li>○ Sollten Geimpfte nicht doch getestet werden?</li> <li>○ War bereits Thema im Krisenstab letzten Mittwoch: Ist im Stufenplan dargestellt (3 Tests/Woche im beruflichen Setting), sollte man SchülerInnen und Studierende hier noch stärker herausstellen?</li> <li>○ Serielles Testen in definierten Settings ist erfolgreich, wo könnte Hinweis auf den Einschluss Geimpfter in serielle Testkonzepte platziert werden?</li> <li>○ Fällt in die Zuständigkeit von Bildungsministerium (ggf. ansprechen?) und Arbeitsministerium (Minister Heil ist aktiv)</li> <li>○ RKI sollte das trotzdem empfehlen, Flyer zu 2G/3G wäre eine Möglichkeit</li> </ul> <p><b>ToDo 3: Integration des Hinweises in den Flyer zu 2G/3G. Einschluss Geimpfter in serielle Testkonzepte: Im berufl. Setting, an Schulen und Bildungseinrichtungen 3Tests/Woche auch für Geimpfte und Genesene, insbesondere vor Kontakt zu vulnerablen Personen oder Risikogruppen)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sollte dies auch in den Empfehlungen für Schulen adressiert werden?</li> <li>○ Statt vollständige Überarbeitung sollte hier auf Stufe 2 hingewiesen werden</li> <li>○ Wie könnte das BMBF adressiert werden, da keine direkten Ansprechpartner bekannt sind?</li> </ul> <p><b>ToDo 4: Entwurf eines Berichts an das BMBF, mit der Feststellung, dass Geimpfte und Genesene nicht regelmäßig getestet werden und mit dem Vorschlag, mit einer Klarstellung an die Landesministerien heranzutreten. Ein Briefentwurf an die Ministerien soll beigelegt werden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommentar BZgA: Nimmt das Thema „2G +Testen“, Fragen zur Kostenübernahme, zu gesetzlichen Testpflichten und zu Testkapazitäten müssen berücksichtigt werden mit in den Steuerungskreis heute</li> <li>○ Bis zur nächsten Sitzung wird geklärt, an welcher Stelle die BZgA gezielt auf das Testen Geimpfter hinweisen kann</li> <li>○ Altenheime sollten unbedingt nach 2G+Testen vorgehen, ansonsten sollten die Empfehlungen kongruent mit ControlCovid bleiben, die betriebliche Empfehlung und die für Schulen sollte nur noch einmal verdeutlicht werden, einzige Lücke sind Bildungseinrichtungen, hier muss tatsächlich</li> </ul>	<p>Schaade          Seifried</p> <p><b>P1 (Lein)</b></p> <p>Seifried</p> <p>Dietrich</p> <p>Mielke</p>
--	--	--

	nachgebessert werden  <b>ToDo 5: Anpassung und Zirkulation der aktuellen Risikobewertung, ggf. die Formulierung „sehr besorgniserregend“ aus dem Wochenbericht übernehmen, steigende Fallzahlen textlich akzentuieren</b>	<b>an der Heiden</b>
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Derzeit Fokussierung auf Auffrischungsimpfung, angesprochen werden Gruppen, die erfolgversprechend sind: Bereits Geimpfte, Schwangere, Stillende <ul style="list-style-type: none"> <li>o Eckfeldanzeigen in Tageszeitungen</li> <li>o Fernsehspot zur Auffrischungsimpfung</li> <li>o Editorials zur Auffrischung in Tageszeitungen AHA-L</li> <li>o Frage: Zielgruppe der Älteren?</li> <li>o Schwerpunkt auf &gt;60Jährige wird berücksichtigt (Telefonaktion mit Tageszeitungen für &lt;60Jährige in BY, SN, TH)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tweet zum Wochenbericht erhielt 1000 Likes</li> <li>! Botschaft zum Absagen von Großveranstaltung wurde (kritisch) rezipiert</li> <li>! Twitter-Gewitter-Begleitung der BPK</li> </ul> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Twitter zur Impfung in Arbeit: keine Impfung schützt zu 100%! Vorsichtsmaßnahmen trotz Impfung</li> <li>! In Arbeit: Verhaltensempfehlungen für <u>Herbst/Winter/Feiertage</u> und Flyer zu Impfdurchbrüchen</li> </ul> <p><b>Lagebericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Soll neben der 7-Tage-Inzidenz im täglichen automatisierten Lagebericht auch die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz dargestellt bzw. berichtet werden (incl. Disclaimer zum Graubereich durch Meldeverzug)?</li> <li>! Hintergrund: Gespräch mit Steffen und Rottmann-Großner (beide BMG), wie das heterogene Meldeverhalten verbessert bzw. beschleunigt werden kann (Disclaimer zum unterschiedlichen Meldeverzug)</li> <li>! Es kann gezeigt werden, dass LK mit hohen Inzidenzen auch Hospitalisierungsinzidenzen &gt;5/100.000 Ew. haben</li> </ul> <p><b>ToDo 6: Darstellung soll in den tägl. Lagebericht aufgenommen und das unterschiedliche Meldeverhalten per Disclaimer transparent gemacht werden</b></p>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p> <p>Bremer</p> <p>Hamouda</p> <p><b>Bremer</b></p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Allgemein</li> <li>! Frisch aus der BPK: Thilo Jung stellte die Frage nach der Quarantänisierung Geimpfter enger Kontaktpersonen. Minister Spahn hat im Anschluss Gesprächsbedarf zu</li> </ul>	Präs. Wieler

	<p>diesem Thema signalisiert (eventuell befürchtet er, dass das RKI in diese Richtung gehen möchte). Nächste Woche findet eine Schalte mit dem Minister statt. Wie steht das RKI dazu?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfiehlt man das, fällt die Grundlage für 2G/3G Regelungen weg</li> <li>○ Es ist eine Risikoabwägung: 60% weniger Infektion nach Impfung ist eine relevante Größe, Daten zur Übertragung sind uneinheitlich</li> <li>○ Gutes Thema, aber es sollten differenzierte Lösungen gefunden werden: Bspw. für geimpfte HCW als KP (hier wird üblicherweise der Hygienebeauftragte informiert)</li> <li>○ Hinweis: Grundlage für 2G/3G ist der Schutz vor schwerer Erkrankung und vor ITS-Behandlungsbedarf, er würde auch bei Quarantäne für Geimpfte nicht entfallen, 2/3 Schutz vor Infektion ist kein guter Wert, RKI sollte nicht kommunizieren, dass Geimpfte keine Überträger sind, da bald viele Menschen Geimpfte Übertragende kennen werden</li> <li>○ Inwiefern sind die GÄ noch zur KoNa in der Lage (wurde vereinzelt bereits gänzlich eingestellt) ! ist die Botschaft zielführend, wenn die KP ohnehin nicht in Quarantäne geschickt werden?</li> <li>○ Bisher war dem Gesetzgeber immer wichtig, die Benefits für Geimpfte herauszustellen, u.a. auch dass Geimpfte aus Risikogebieten von der Quarantäne befreit sind</li> <li>○ RKI soll kongruent bleiben, und ein Gesamtkonzept schaffen, FG 36 und FG 37 (KH und Pflegeheime) sollten die Quarantäne-Empfehlungen allgemein und in Einrichtungen des Gesundheitswesens prüfen</li> <li>○ Diskussion mit FG 14 und Herrn Mielke ist bereits im Gang, FG 36 kann gern noch mit einbezogen werden</li> <li>○ In der Pflege galt eigentlich Verständigung auf systematische Testung, da bei Quarantäne noch größere personelle Engpässe drohen</li> <li>○ Vorschlag Quarantäne light (5 Tage +Test)?</li> <li>○ An sich hat eine Risikoabwägung schon stattgefunden, FG 36 nimmt das Thema trotzdem mit, incl. der Frage nach dem Benefit</li> </ul>	<p>Schaade</p> <p>Mielke</p> <p>Oh</p> <p>Hanefeld</p> <p>Schaade</p> <p>Haller</p> <p>Schaade</p> <p>Kröger</p> <p>Schaade</p> <p>Seifried</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Da GÄ nicht Schritt halten, profitieren ggf. alle von der Empfehlung, bei Kontakt zu vulnerablen Gruppen als geimpfte KP 5 Tage Kontakte zu reduzieren und sich dann zu testen?</li> <li>○ Diese Empfehlung für Geimpfte KP ist sinnvoll, dies gilt auch für Personen, die Kontakt zu Personen mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen haben.</li> <li>○ In Pflegeheimen genügt es nicht, die Einwohner zu schützen durch Tests etc., auch die Inzidenzen in der Bev. müssen gesenkt werden</li> <li>○ Wenn Geimpfte in Quarantäne gehen, werden dann vorwiegend Ungeimpfte geschützt?</li> <li>○ Frage: Ist der Schutz vor Infektion bei Geboosterten wieder deutlich höher?</li> <li>○ Ja, aber die Dauer ist unbekannt und die Wirkung kommt für diesen Winter nicht schnell genug</li> <li>○ Könnte man ganz D in 2 Wochen boostern, entspräche das einem kleinen Lockdown. Darüber hinaus sollte thematisiert werden, dass eine Infektion nach Impfung nicht positiv als Booster bewertet werden sollte, da Krankheitsrisiken bestehen, bspw. wurden vermehrt thromboembolische Ereignisse bei Impfdurchbrüchen beobachtet (unklar ob durch Durchbruch oder durch Impfung)</li> <li>○ Geimpft und im Lockdown? Ist die Alternative eine um 2 Jahre reduzierte Lebenserwartung?</li> <li>○ RKI sollte sich die Freiheit nehmen, unabhängige Überlegungen anzustellen und dann damit auf das BMG zuzugehen</li> <li>○ Prinzip der Wirksamkeit, Angemessenheit und Praktikabilität sollte gewahrt bleiben im Rahmen einer nüchternen Stellungnahme zum Zusatznutzen einer Quarantäne bei geimpften engen KP</li> <li>○ Eine Diskussionsrunde zum Thema „Zukunft-wird es wieder ein normales Leben geben?“ wird vorgeschlagen</li> </ul> <p><b>ToDo 9: Terminfindung und Einladung (Verteiler Krisenstab) zu einer abendlichen virtuellen Diskussionsrunde zum o.g. Thema, Dauer 1 Stunde, innerhalb der nächsten 2-3 Wochen (in jedem Fall</b></p>	<p>Oh</p> <p>Schaade</p> <p>Mielke</p> <p>Oh</p> <p><b>an der Heiden</b></p>
--	--	--

	<p><b>vor Weihnachten), Anpassung an die Kalender von Schaade und Präs Wieler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Zum Gesetzentwurf der Ampel-Koalition besteht kein weiterer Gesprächsbedarf</li> <li>! <b>RKI-intern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Nicht besprochen</li> </ul> </li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht besprochen)</li> </ul>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! STIKO berät derzeit zur Booster-Impfung für alle, in etwa 10 Tagen könnte ein Entwurf vorliegen</li> <li>! Wird eine möglichst synchrone Boosterung in der Empfehlung angestrebt? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Nein, Fokus richtet sich auf Verhinderung schwerere Erkrankungen, daher synchrones Vorgehen derzeit nicht präferiert, Reihenfolge mit absteigendem Alter, auch Schwangere werden adressiert</li> </ul> </li> <li>! Ist die Impfeffektivität weiterhin berechenbar, wenn unter 2G-Bedingungen nur noch Ungeimpfte exponiert sind? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ja, solange es Ungeimpfte gibt, gibt es ein Maß für die Effektivität</li> </ul> </li> <li>! Bleibt der 6-monatige Abstand zur Grundimmunisierung? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ja, ggf. gelockert „in der Regel“</li> </ul> </li> <li>! Läuft der Status „geimpft“ ohne Booster aus? Wie ist das für Vakzine Janssen ohne mRNA-Booster (s. Frankreich)? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Regelung noch unklar, STIKO-Empfehlung muss abgewartet werden</li> </ul> </li> <li>! Wird es Booster-Impfangebote an die RKI-Mitarbeiter geben? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ja, ist bereits in Gang, zunächst nach Alter und Risikofaktoren, dann Einsatzpersonen, dann alle, ebenso wird es für MA ab nächster Woche 3 Tests/Woche geben, das hausinterne Hygienekonzept wird angepasst werden</li> </ul> </li> <li>! Wer monitort die Impfkapazitäten? <ul style="list-style-type: none"> <li>o Umsetzung und Durchführung ist nicht Aufgabe der STIKO</li> <li>o In manchen BL werden Zentren wieder geöffnet</li> <li>o Vergütung wurde angehoben auf 28 € (+</li> </ul> </li> </ul>	FG33 (Harder)



	<p>Wochenendzulage 8€)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wegen organisatorischer Probleme werden nicht alle Impfzentren wieder öffnen können</li> </ul>	
9	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 873 Proben, davon 800 untersucht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 323 SARS-CoV-2</li> <li>○ 250 RSV</li> <li>○ 161 Rhinovirus</li> <li>○ 73 saisonale CoV (v.a. OC 43)</li> <li>○ 46 HPIV</li> <li>○ 7 HMPV</li> <li>○ 2 Influenza A</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! 161 Proben, davon 77 positiv auf SARS-CoV-2 (47,8%)</p> <p>! Vermehrtes Testen durch hausinterne Fälle</p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>
10	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Evidenzbasierte Therapieoptionen nach Krankheitsphasen, Übersichtsgrafik abrufbar unter:</li> <li>○ Ambulant: MAK bei Risiko auf schweren Verlauf</li> <li>○ Stationär: mehrere Therapieoptionen, auch Remdesivir ist zugelassen</li> <li>○ Seit gestern 2 weitere MAK bzw. Kombination durch EMA zugelassen: Casirivimab/Imdevimab (Ronapreve, Fa. Roche) und Regdanvimab (Regkirona, Fa. Celltrion Healthcare Hungary Kft)</li> <li>○ Mehrere für andere Indikationen zugelassene Medikamente befinden sich im rolling review</li> <li>○ <b>Ausblick:</b> Kombination aus 2 AK mit Langzeitwirkung (6-12 Monate) (gute Substanz für die Prophylaxe)</li> <li>○ Bisher nur Pressemitt., keine Studienergebnisse für:</li> <li>○ PrEP: 77% Risikoreduktion bei ½ Jahr Nachbeobachtung</li> <li>○ PEP: nur 33% Risikoreduktion für schwere Erkrankung, aber bei Seronegativität bei Therapiebeginn 77% Risikoreduktion</li> <li>○ Werden alle i.m. verabreicht</li> <li>○ In Tablettenform (ambulant) Molnupiravir, Polymerasehemmer, stärker als Remdesivir, CAVE mutagenes Potential, in Phase 2-3 Studien relevante</li> </ul>	<p>ZBS7 (Mikolajewsk a)</p>

	<p>Reduktion der Viruslast</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Proteaseinhibitor Ritonavir: viele Medikamenteninteraktionen</li> <li>○ Vergleichsstudie Molnupiravir/Ritonavir: Risikoreduktion 50% (Symptombeginn &lt;5 Tage) vs. 89% (Symptombeginn &lt;3Tage), NNT (number needed to treat) jeweils 18</li> </ul> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es eine Handreichung für Niedergelassene zur Entscheidungsfindung? Indikationsstellung ist nicht trivial, da Zeitfenster eine große Rolle spielt und Risiko für schweren Verlauf zu Beginn schwer abschätzbar ist</li> <li>○ MAK sind sehr gut verträglich, nur sehr selten anaphylaktische Reaktionen</li> <li>○ Bei Symptomatik &lt; 7 Tage soll die Indikation großzügig gestellt werden, AK- Kontrolle soll abgenommen, Befund jedoch nicht abgewartet werden</li> <li>○ Bei Symptomatik &gt; 7 Tage soll der serologische Befund abgewartet werden (UK-Studie: auch hospitalisierte Pat. Profitieren von MAK, wenn sie seronegativ sind)</li> </ul>	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	Alle
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Ein kurzer Bericht zu Weihnachten ist geplant, der nach Freigabe durch Herrn Schaade an das BMG gesendet wird	FG38 (an der Heiden)
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> ! Nicht besprochen	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nicht berichtet ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 13:16 Uhr

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 17.11.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antao
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
  - Patrick Schmich
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Claudia Sievers
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG36
  - Silke Buda
  - Walter Haas
  - Julia Schilling
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maren Imhoff (Protokoll)
- ! MF 1
  - Stephan Fuchs
- ! MF 2
  - Torsten Semmler
- ! MF 4
  - Janina Esins
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG 2
  - Hanna-Tina Fischer
- ! BZgA
  - Jasmin Benser
- ! ZBS 7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend</b> (Folien <a href="#">hier</a>) SurvNet übermittelt: 5.129.950 (+52.826), davon 98.274 (+294) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 319,5/100.000 EW; 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter Fälle: 5,15/100.000 EW (erstmalig &gt; 5, Nachmeldungen ausstehend), in der Altersgruppe ab 60 J.: 11,97 /100 000 EW aktive Fälle: ca. 490.800 Anteil COVID-19 an ITS-Belegung: 14,7 % Stufe 2 gemäß ControlCOVID erreicht Verlauf der 7-Tage-Inzidenz nach Bundesland: deutliche Anstiege in BY, SN, TH Nowcasting und 7-Tage-R-Wert: 7-Tage-R weiterhin um 1,2 schwankend Geografische Verteilung 7-T-Inzidenz nach LK: Top 15-LK &gt; 900/100.000 EW, in 95 % aller LK liegt die 7-Tage- Inzidenz &gt; 100/100.000 EW; Großstädte mit höchsten 7-T- Inzidenzen: Dresden, München, Nürnberg, Leipzig Inzidenz der Fälle nach AG und KW (Heatmap): höchste 7-Tage-Inzidenz in der AG 6-10: 732/100.000 EW, AG 11-14: 687/100.000 EW; in den AG 80+: &gt; 150/100.000 EW 7-T-Inzidenz nach LK und AG: hohe Anzahl LK mit 7-Tage-Inzidenz &gt; 500/100.000 EW, bisher v. a. in den Altersgruppen von 0-59; Anstieg auch in höheren Altersgruppen prognostiziert Verlauf 7-Tage-Hospitalisierungs-Inzidenz nach BL: bundesweit &gt; 5; TH &gt; 20; SN: hohe 7-Tage-Inzidenz wird in Hospitalisierungs-Inzidenz nicht widerspiegelt, vermutlich werden Hospitalisierungen unzureichend gemeldet; umgekehrte Situation in MV: hier gute Meldung von Hospitalisierungen bei vergleichsweise geringer 7-Tage- Inzidenz; TH meldet Hospitalisierungen besser als SN; unterschiedliches Meldeverhalten beeinträchtigt Aussagekraft der Darstellung Todesfälle nach Sterbewoche: in KW 44 und KW 45 jeweils &gt; 800 Sterbefälle Zusatzauswertungen (Folien <a href="#">hier</a>): 7-Tage-Inzidenz hospitalisierter COVID-19-Fälle nach BL; Sterbefälle nach LK</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>) deutliche Zunahmen sowohl bei Anzahl der Testungen als auch bei Positivenanteil KW 45: &gt; 1,6 Mio. Testungen, 17 % Positivanteil, höchster</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p>

	<p>Positivenanteil seit Beginn der Erfassung Laborauslastung hoch, in einigen BL beinahe ausgelastet, dadurch Gefahr verzögerter Ergebnisübermittlung Positivenanteil nach Laborstandort: BB &gt; 20 %, TH um 30 %, SN &gt; 30 %, in fast allen BL ansteigender Trend</p> <p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>) Zunahme bei Anzahl Testungen (KW 45: &gt; 600.000) und bei Positivenanteil (KW 45: &gt; 15 %) in allen Altersgruppen und in fast allen BL; SL rel. stabil im Vergleichszeitraum 2020 wurden mind. genauso viele Testungen durchgeführt wie in 2021, der Positivenanteil in 2020 lag jedoch niedriger als in 2021; die Differenz im Positivenanteil zum Vorjahr ist in den BL unterschiedlich ausgeprägt: z. B. in SN, TH sehr deutliche Zunahme im Vergleich zu 2020 Anstieg bei Testungen und Positivenanteil v. a. in Arztpraxen (dort Testung v. a. von symptomatischen Pat.), in KH weniger starker Anstieg (dort v. a. Testung von asymptomatischen Pat.); im Vergleich zum Vorjahr ähnliche Anzahl Testungen; höchste Positivenanteile in der AG 5-14 Zunahme bei Ausbrüchen: aktuell 138 aktive Ausbrüche in KH, 192 aktive Ausbrüche in Alten-/Pflegeeinrichtungen; Ausbrüche spiegeln allgemeinen Inzidenzanstieg wider</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitteilung Gerit Korr, BMG: Ministerium nervös hinsichtlich PCR-Testkapazitäten, Bedarfsplanung; RKI: erforderlich für Bedarfsplanung: Meldepflicht für Testungen, Übermittlung von Testzahlen erfolgt bisher freiwillig;</li> <li>- Mitteilung ALM e. V.: Labore können prinzipiell Kapazitäten steigern, brauchen dafür Absicherung; problematisch: beginnende Abwanderung von Personal aufgrund erneut zunehmender Belastung</li> </ul> <p><b>TODO:</b> FG 32 – im Gespräch mit BMG auf Meldepflicht für PCR-Testungen hinwirken</p> <p><b>VOC/VOI in Deutschland</b> (Folien <a href="#">hier</a>) keine Veränderung: B.1.617.2 (Delta) weiterhin dominierend Anteil der Stichproben nimmt bei steigenden Fallzahlen ab (KW 44: 1,1 %) kaum Veränderung bei Delta-Sublinien unter Beobachtung: AY 4.2 und AY.33 um 1 % (KW 44)</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b> (Foliensatz 1 <a href="#">hier</a>, Foliensatz 2 <a href="#">hier</a>) CorSurV verlängert bis 06/2022 erfolgreiche Verknüpfung von Sequenzdaten mit Epidaten: 47 % (?) Darstellung des Mappings auf primärsequenzierende Labore: einige Labore übermitteln nie eine ID, Ursachen unklar – Kontakt mit betroffenen Laboren aufnehmen, um Ursachen und Lösung für fehlende Übermittlung zu suchen</p>	<p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 32 (Sievers)</p> <p>MF 2 (Semmler), MF 1 (Fuchs)</p>
--	--	--

	<p>Delta ist das „neue Normal“, viele Sublinien ursprüngliche Delta-Linie: 28 % Anteil in DE Delta-Sub-Sublinie AY.4.2: zwei zusätzliche Mutationen im Spike-Gen, Verdacht auf erhöhte Übertragbarkeit; in GB als VUI deklariert, dort in der Verbreitung stark zunehmend; in DE bislang vergleichsweise wenige Nachweise (s. oben: VOC/VUI in Deutschland)</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>geografische Verbreitung von AY.4.2? – Aw: keine Peaks, sondern kontinuierliche Zunahme der Nachweise, d. h. keine Hinweise auf lokale Ausbruchsgeschehen</i></li></ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>) <b>Grippeweb:</b> ARE-Rate auf gleichem Stand wie 2019/2020, deutlich höher als 2020/2021; im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg der ARE-Rate, Ausnahme: Altersgruppe 35-59 <b>Arztbesuche wegen ARE:</b> aktuell deutlich mehr Konsultationen als in den vorigen Saisons - vermutete Ursachen: mehr Menschen gehen auch bei schwacher Symptomatik zwecks Testung zum Arzt, RSV-Zirkulation; Altersgruppe 0-4: weiterhin hohes Niveau, aber keine weitere Zunahme <b>ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle:</b> ausgeprägter Peak in Altersgruppe 0-4, Krankheitslast in dieser Altersgruppe v. a. bedingt durch RSV (67 %); zunehmend SARI-Fälle auch in Altersgruppen 35-59 (73 % COVID-19), 60-79 (58 % COVID-19), 80+ (47 % COVID-19) <b>ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen:</b> COVID-19-Anteil nimmt zu, KW 45: 38 % (ITS: 64 %) <b>COVID-SARI-Fälle, Herbst 2020 und 2021 im Vergleich:</b> ähnliches Fallzahlniveau in allen Altersgruppen <b>Ausbrüche in Kindergärten/Horten/Schulen:</b> Kitas/Horte: Anteil der AG 15+ zunehmend, die meisten Ausbrüche in BW und SN, durchschnittlich 5 Fälle pro Ausbruch; Schulen: deutlich mehr Ausbrüche als 2020, 856 Ausbrüche in den letzten 4 Wochen; durchschnittlich 5 Fälle pro Ausbruch; <b>Hospitalisierte Kinder:</b> RSV: bis KW 39 starker Anstieg der SARI-Fälle, zuletzt 300-400 SARI-Fälle wöchentlich; COVID-19: keine Steigerung, in KW 43 ca. 80-90 Hospitalisierte, wobei die Hospitalisierung möglicherweise aus anderen Gründen erfolgte und COVID-19 als Nebendiagnose festgestellt wurde; Fazit: die Krankheitslast bei Kindern geht ausdrücklich von RSV aus</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <i>voraussichtlicher Verlauf der Grippezeit? – Aw: Verhalten der Bevölkerung wird sich verändern, noch bevor politische Maßnahmen ergriffen werden; die Verhaltensänderungen werden auch den Verlauf der Influenzawelle bestimmen</i></li><li>- <i>Folie 11 zeigt zuletzt Rückgänge der Ausbruchszahlen in Schulen – Bewertung? – Aw: Rückgänge nicht überbewerten,</i></li></ul>	<p>FG 36 (Buda)</p>
--	---	---------------------

	<p><i>GÄ derzeit stark belastet, die vermeintlichen Rückgänge werden sich durch nachträgliche Übermittlungen aufheben</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Kinder spielen in der Transmission von SARS-CoV-2 eine große Rolle, der Schulbetrieb wird reaktiv durch Klassen- und Schulschließungen blockiert. Haben wir einen Ansprechpartner für verlässliche Informationen/Zahlen zu Schließungen? – Aw: möglicherweise BMFSJ, BMBF, KMK</i></li> <li>- <i>PCR-Pooltestungen in NW: ab jetzt Rückstellprobe zu jeder Probe - beschleunigt Informationswege, weil Kinder aus positiven Pools nicht erneut beprobt werden müssen</i></li> </ul> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>in KW 45 bisher höchste Zahl an Einsendungen (266);          Altersgruppe 0-4 überproportional vertreten          insgesamt zweithöchste Positivrate: 62 %          SARS-CoV-2: Anteil ähnlich wie Vorwoche, Ct-Werte ungewöhnlich niedrig, d. h. hohe Viruslast, letzte Woche Kontamination eines Puffers          Influenza: gelegentliche Nachweise          Influenza weltweit: im Vergleich zur Vorsaison aktuell stärkerer Anstieg, u. a. Influenza B (Victoria), H3N2 in RU und US dominierend          Basisimmunität gering, Potential für Influenzawelle gegeben          endemische Coronaviren: OC43 weiterhin um 10 %          sonstige Atemwegsviren: bei RSV leichter Rückgang, HRV wie üblich um 20 %, PIV leicht rückläufig, HMPV auf niedrigem Niveau</p> <p><b>DIVI-Intensivregister</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>starker Anstieg bei COVID-19-ITS-Neuaufnahmen, Stand 16.11.: +1.781 in den vergangenen 7 Tagen (+20 % im Vergleich zur Vorwoche)          absolute Anstiege in allen Altersgruppen; Altersgruppe 60+ macht einen Anteil von 64,4 % aus          hoher Anteil schwerer Fälle, um 80 Todesfälle täglich in 7-8 BL &gt; 12 % Anteil COVID19 an Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten          Höchststand bei Meldungen zu Personalmangel, 38 % der Intensivbereiche haben keine Kapazitäten im High-Care-Bereich (unabhängig von Behandlungsgrund), 72 % der Intensivbereiche geben „begrenzte bzw. keine Verfügbarkeit“ an          SPoCK: in allen Regionen/Kleeblättern wird ein starker Anstieg der COVID19-ITS-Patienten prognostiziert          Lage spitzt sich zu</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Personalmangel für die verringerten Kapazitäten ursächlich? – Aw: Personalmangel korreliert mit Rückgang der Kapazitäten, Ausgleichszahlungen spielen möglicherweise auch eine Rolle</i></li> </ul>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>MF 4 (Esins)</p>
--	---	---



2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>angepasste Risikobewertung wurde zirkuliert (Dokument <a href="#">hier</a>) weitere Anpassungen werden gemeinschaftlich in der Krisenstabssitzung diskutiert und vorgenommen, u. a. zu Kontaktreduktion, wichtigen Infektionsumfeldern, Empfehlung der STIKO zu Auffrischimpfungen, Sorge um zunehmende Belastung des Gesundheitswesens und abnehmende Behandlungskapazitäten unabhängig vom Behandlungsgrund</p> <p><b>TODO:</b> <i>Zirkulation des Dokuments, Nutzung der aktualisierten Risikobewertung für morgigen Wochenbericht (FG 36), nächste Vorstellung der Risikobewertung im Krisenstab kommenden Freitag (19.11.)</i></p>	FG 38 (Rexroth)
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>kein Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p>hohe Aufrufzahlen von RKI-Twitter und -Internetseiten im Vergleich zu Oktober, hohe Aufmerksamkeit Twitter: Begleitung des Wochenberichts morgen BPK kommenden Freitag (19.11.): Thematisierung der angepassten Risikobewertung/ Gefährdungslage (siehe <i>TOP 4, Risikobewertung</i>), Sprechzettel in Vorbereitung Vorschlag für BPK: Grippeweb-Grafik zeigen</p> <p><b>P1</b></p> <p>Vorstellung 2G-/3G-Flyer kommenden Freitag im Krisenstab</p> <p><b>Diskussion:</b> <i>Können wir die Unterschiede in der Inzidenz bei geimpften und ungeimpften Personen deutlicher herausstellen? Aus den BL liegen relativ gute Zahlen vor. – FG 33: Berichterstattung zu Impfeffektivität jetzt wöchentlich (statt alle vier Wochen).</i></p>	<p>BZgA (Benser)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>

<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>ControlCOVID: auf die letzte Woche besprochene „minimal-invasive“ Anpassung der Testempfehlungen für Alten- und Pflegeheime wird verzichtet</p> <p>Begriff der „qualitativ hochwertigen Antigen-Tests“ soll auf der COVID-19-Diagnostik-Seite (rki.de/covid-19-diagnostik) definiert werden</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 3 / Alle</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Empfehlungen Kontaktpersonen-Management (Dokument <a href="#">hier</a>) Veröffentlichung geplant für Freitag (19.11.) bei Ermittlung von KP je nach Kapazität des GA stärkerer Fokus auf sensible Bereiche und Situationen mit hohem Übertragungspotential (Abschnitt 2.1, Abschnitt 3.2.1); Empfehlung zur Selbstquarantäne vor Anordnung durch das GA (Abschnitt 3.2.2); Einschränkung der Ausnahme von der Quarantäne für geimpfte KP (Abschnitt 3.2.2) Einschränkung der Ausnahme von der Quarantäne für geimpfte KP: Empfehlung steht im Widerspruch zu § 10 SchAusnahmV</p> <p><b>Diskussion:</b> <i>Empfehlung zur Quarantäne für geimpfte KP wird aufgrund der Widersprüche zu gesetzlichen Bestimmungen Rückfragen erzeugen - Implikationen bedenken – Empfehlungen für Quarantäne werden den Verlauf des Infektionsgeschehens nur minimal beeinflussen, dienen v. a. der Entlastung des ÖGD – Änderungen vom Minister unkommentiert zur Kenntnis genommen – Formulierung anpassen, um Empfehlungscharakter deutlich zu machen</i></p> <p><b>TODO:</b> Formulierungsvorschläge heute an FG 36, Dokument morgen (18.11.) zur Kenntnis an AGI, Veröffentlichung durch Pressestelle am Freitag (19.11.)</p>	<p>FG 36 (Haas)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>

<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b> siehe <i>TOP 1, Lage national</i> <b>ZBS1</b> nicht anwesend	FG17  ZBS1
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <i>(ausnahmsweise auch mittwochs)</i> Kleeblätter Süd und Ost rechnen mit strategischer Patientenverlegung ab nächster Woche; West und Süd-West: Verlegung nur regional; Nord: mit Ausnahme von SH entspannt COVRIIN berät zu konkreten Vorschläge ans BMG, u. a. zu frühzeitiger Verlegung, struktureller Verlegung, AK-Therapie	ZBS 7 (Herzog)
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> (nicht berichtet)	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> (nicht berichtet)	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 19.11.2021, 11:00 Uhr	

**Ende: 13:33 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 19.11.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Walter Haas	
	○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda	
	○ Lars Schaade	!	FG37
	○ Esther-Maria Antão	○ Muna Abu Sin	
!	Abt. 2	!	FG38
	○ Thomas Ziese	○ Ute Rexroth	
!	Abt. 3	○ Renke Biallas (Protokoll)	
	○ Osamah Hamouda	!	ZBS7
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Christian Herzog	
!	FG13	○ Michaela Niebank	
	○ Stephan Fuchs	!	ZBS1
!	FG14	○ Andreas Nitsche	
	○ Marc Thanheiser	○ Janine Michel	
!	FG17	!	P1
	○ Djin-Ye Oh	○ Christina Leuker	
!	FG21		
	○ Wolfgang Scheida	!	Presse
!	FG32	○ Marieke Degen	
	○ Michaela Diercke	○ Ronja Wenchel	
	○ Claudia Sievers		
!	FG33	!	ZIG
	○ Ole Wichmann	○ Johanna Hanefeld	
!	FG34	!	ZIG1
	○ Viviane Bremer	○ Romy Kerber	
		!	BZgA
		○ Martin Dietrich	



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Datenstand: WHO, 17.11.2021 254.256.432 Fälle (+6,4% im Vergleich zu Vorwoche) 5.112.461 Todesfälle (CFR: 2,01%) Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. USA 2. Deutschland 3. Russische Föderation 4. UK 5. Türkei 6. Ukraine 7. Polen 8. Niederlande 9. Tschechien 10. Österreich Epidemiologische Lage EU/EW durch ECDC 1. Auf einer Skale 1-10 (very low – very high): Deutschland 8,0 (High) – Vorwoche 8,3 Epikurve WHO Sitrep: Weiterhin steigender globaler Trend Stärkster Anstieg bei Fällen (+8) und Todesfällen (+5%) in Europa</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Welche Maßnahmen haben die Länder getroffen, die besonders gut mit der Pandemie umgegangen sind, getroffen und warum lassen sich die schweren Verläufe auch in Ländern mit guter Gesundheitsstruktur und monetären Mitteln beobachten? Eine Aufarbeitung sollte auf EU Ebene laufen. Unterschiedliche Faktoren könnten relevant sein, u.a. die Altersstruktur in Europa. In afrikanischen Ländern spielen demographische Faktoren aber auch Diagnostik und Saisonalität eine Rolle. In asiatischen Ländern könnte die Nachhaltigkeit, mit der Maßnahmen getroffen wurden, relevant sein. Die ZIG kann einzelne Fragestellungen bearbeiten und in kommenden Treffen präsentieren. Der diagnostische Bias kann sich auf die Inzidenz aber auch auf die Todesfälle auswirken, z.B. wurden vlt. einige Todesfälle nicht mit COVID-19 diagnostiziert Eine Übersicht der Übersterblichkeitsdaten aus Afrika wäre ebenfalls interessant.</p> <p><b>ToDo:</b> Darstellung der unterschiedlichen ITS Aufnahmekriterien im internationalen Vergleich soll in 2 Wochen im Krisenstab von der ZIG vorgestellt werden. Genau Terminierung ist noch nicht erfolgt. Nach dieser Aufgabe soll eine Übersicht zu Übersterblichkeitsdaten aus afrikanischen Ländern erstellt werden.</p>	<p>ZIG1</p> <p>Schaade</p> <p>Rexroth</p> <p>Hanefeld</p> <p>Bremer</p> <p>Schaade</p> <p>ZIG, Schaade</p>

## National

Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien [hier](#)  
SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.248.291  
(+52.970), davon 98.739 (+201) Todesfälle  
7-Tage-Inzidenz: 340,7/100.000 Einw.  
Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.434.229 (70,3%),  
mit vollständiger Impfung 56.351.352 (67,8%)  
7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz  
Gesamt: 5,34 / 100.000 Einw.  
>= 60 Jahre: 12,55 / 100.000 Einw.  
Fälle auf ITS: 3.431 (+55)  
Anteil Belegung ITS mit COVID-19: 15,3%  
Erstaufnahmen ITS: +287  
Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  
2. Aus Sachsen konnten keine Fälle übermittelt werden,  
daher sind die Daten zurzeit nicht repräsentativ  
3. Weiterhin hohe Inzidenzen  
4. Anzahl der LK mit 7-TI >25/100.000 Einw.: 410/411  
5. Anzahl der LK mit 7-TI >50/100.000 Einw.: 410/411  
6. Anzahl der LK mit 7-TI >100/100.000 Einw.: 395/411  
7. Anzahl der LK mit 7-TI >1000/100.000 Einw.: 12/411  
Verlauf 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz  
8. Anstieg in fast allen BL, größter Anstieg in Thüringen  
9. Das Verhältnis zur 7 Inzidenz ist in der BL unterschiedlich  
10. Durch die Vollständigkeit der Daten kommt es zu einer  
Unterschätzung des HI. Die HI kann bis zu 50% höher als  
ausgewiesen sein  
11. Die Datenvollständigkeit unterscheidet sich je nach  
Bundesland, zw. 35-99%  
Eine Übersterblichkeit ist zurzeit beobachtbar, Gründe  
müssen noch mit Abt. 2 geklärt werden

## Diskussion:

Ein Datenvergleich von 2019 mit 2020 zu den NCD  
versursachten Todeszahlen zeigt einen Anstieg der  
Sterberaten von 5%. Größter Anstieg bei Herz-Kreislauf-  
Erkrankungen und endokrinen Erkrankungen. Bei Herz-  
Kreislauf-Erkrankungen sind jährliche Schwankungen  
bekannt. In den USA zeigen sich ähnliche Beobachtungen. Im  
Laufe der Pandemie zeigt sich ein Rückgang der präventiven /  
prophylaktischen Leistungen. Eine Auswirkung dieses  
Rückgangs auf die Mortalität durch NCD ist in diesem kurzen  
Zeitraum jedoch nicht zu erwarten. Das durch Abt. 2 erstellte  
Dokument wird im Verteiler Krisenstab verteilt.  
Bedingt durch den Meldeverzug muss eine Entscheidung zur  
Berichterstattung zwischen Aktualität und Präzision getroffen  
werden. Sollte ein Verzug von einer Woche in Kauf genommen  
werden, um präzisere Werte zu berichten?  
Dieser Vorschlag bereits aus den Landesbehörden. In einer  
Phase des starken Anstiegs wäre damit jedoch nicht viel  
gewonnen.

FG32



	<p>Eine wochenaktuelle Darstellung der Daten sollte in Betracht gezogen werden.                  Eine Herausforderung stellt die Verknüpfung der berichteten Werte mit juristischen Maßnahmen dar.                  Die Vollständigkeit der Meldedaten bleibt weiterhin ein Problem. Wie soll damit umgegangen werden? Sollten die Daten zur Vollständigkeit veröffentlicht werden?                  Eine Abstimmung dazu könnte z.B. in der AGI erfolgen. Ebenso sollte die Grundlage der Daten noch einmal geklärt werden (ist im jedem Land das IfSG Grundlage?).                  Die variierende Vollständigkeit der Daten und die einhergehende Limitation der Evidenz sollte kommuniziert werden um Transparenz zu wahren.                  Die Limitationen der Daten, sowie der gesetzlich vorgeschriebenen Indikatoren (v.a. Hospitalisierungsinzidenz) wurden bereits ausgiebig kommuniziert                  Die Meldedaten stellen weiterhin qualitativ hochwertige Daten dar. Das Surveillance-System in Deutschland hat seine Limitation ist aber weiterhin sehr gut. Die Limitationen sind bekannt.                  Die Datenvollständigkeit sollte kommuniziert werden. So können die verwendeten Maßzahlen beurteilt werden.</p> <p><b><i>ToDo:</i></b> Die Zahlen zur Datenvollständigkeit sollen ausgewiesen werden. Eine Abstimmung mit den Landesbehörden soll zeitnah (in der nächsten AGI) erfolgen.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>Intra-Action Review wird im Iran in Zusammenarbeit mit Abt. 3 und Charité durchgeführt. Der Fokus liegt auf der Anwendung von Telemedizin während der Pandemie                  Vermehrt Nachfragen zu Materialien und Laborbedarfen, auch aus dem afrikanischen Raum</p>	<p>ZIG</p>



<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Folien, <a href="#">hier</a>  CWA:  Kennzahlen:  &gt;36,2 Mio. Downloads   690.000 Warnende insgesamt  &gt;8800 Warnende/Tag &gt;120.000 empfangene Warnungen/Tag (PPA)  Entwicklung:  Hotfix gefälschte Zertifikate  Version 2.14 (nächsten Montag)  Kommunikation:  Pandemie-Geschehen (Wochenbericht, Kennzahlen)  Englischsprachiges Dashboard  CWA, CovPass-App, CovPassCheck-App: 3C gegen Corona Impfen  CovPass:  Kennzahlen:  &gt; 132 Mio. DCC (Stand 12.11.)  CovPass-App: &gt;24 Mio. Downloads (Stand 12.11.)  CovPassCheck-App: 737.843 Downloads (Stand 12.11.)  Entwicklung:  Version 1.13 verzögert (bisher keine Rückmeldung vom Google-Review)  Kommunikation:  Check-App Kommunikation gepushed  Nutzung Check-App steigt (Hamburger Verordnung)  DEA  immer mehr Länder werden wieder als Risikogebiete eingestuft &gt; Zahl der Anmeldungen steigt  1 Jahr DEA: ca. 50.000 Anmeldungen pro Tag   &gt; 16,7 Mio. Anmeldungen seit 11/2020</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Gibt es einen Ausblick auf die Kompatibilität der CovPassCheck-App mit Lucca QR-Codes?  Die Codes können nur dann eingelesen werden, wenn sie nach dem 26.05.2021 erstellt wurden. Der Betreiber der App muss sich um die Kompatibilität kümmern. Die Betreiber wurden bereits informiert und in der Check App wird es einen Hinweis darauf geben.</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Redaktionelle Änderungen werden durchgeführt  Eine Testung vor den Kontakt mit Personen mit erhöhtem Risiko einer Erkrankung sollte empfohlen werden</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Boosterimpfung soll kommunikativ bearbeitet werden.</p>	<p>BZgA</p>

	<p>Mehrere Kanäle werden genutzt (TV, Radio, Plakate, Zeitung etc.)                  Informationsmaterialien zur Boosterimpfung wurden in einem Digitalpaket erarbeitet                  Ein besonderer Fokus wurde auf impfzögerliche Personen gelegt, um diese zu einer Impfung zu bewegen, also Impflücken zu schließen</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Wurde Kontakt zu Bundesverbänden verschiedener Gruppen aufgenommen, um mit diesen über verschiedene Strategien zu diskutieren?                  Ein Austausch hat bereits im Sommer stattgefunden.                  Wurde der TV-Spot soweit angepasst, dass die geimpften Personen nicht mehr ohne grundlegende Schutzmaßnahmen (AHA+L) z.B. feiern gehen?                  Die Kommunikation von Massenveranstaltung findet im aktuellen Spot (<a href="https://www.youtube.com/watch?v=JXQ2C5IXYzk">https://www.youtube.com/watch?v=JXQ2C5IXYzk</a>) nicht mehr statt. Das kommunikative Ziel ist es den Impfschutz darzustellen und zu einer Auffrischungsimpfung aufzurufen.                  Lediglich den Schutz der Impfung zu kommunizieren ist in dieser Lage alleinstehend nicht ausreichend. Die Kontaktreduktion und grundlegende Maßnahmen (AHA+L) sollte kommuniziert werden um mit der Lage umzugehen.                  Die Kommunikation der Kontaktreduktion ist sinnvoll, jedoch wird die Bevölkerung nicht in der Geschwindigkeit nur durch Kommunikation dazu zu bewegen sein.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Derzeitig wird vom Social-Media-Team ein Plan zur Kommunikation über die Weihnachtszeit entwickelt</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer zum Risiko bei 2G/3G Veranstaltungen wurde überarbeitet                  Graphik zu Impfdurchbrüchen wird erarbeitet                  Dokument zu Verhaltensregeln soll bis Montagmittag kommentiert werden</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Eine Anpassung der Darstellungen von Personen sollte den Altersgruppen entsprechend angepasst werden.                  Die ersten Maßnahmen bei Treffen von Personen außerhalb des eigenen Haushaltes, sollten weiterhin die AHA+L bleiben und nicht die Testungen.                  Auch die Antigentestung bei nicht Risikopersonen kann zu Verringerung der Transmissionen beitragen                  Durch Verringerte Verfügbarkeit von Tests sollten diese möglichst gezielt eingesetzt werden                  Eine „geschichtete“ Empfehlung soll dargestellt werden, d.h. grundlegend sollte bei Treffen auf die Basismaßnahmen geachtete und Kontakte reduziert werden. Sollte es jedoch zu</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
--	---	-------------------------

	<p>Kontakten mit z.B. Risikogruppen kommen, empfiehlt es sich einen Test durchzuführen. Die Darstellung der einzelnen geimpften und infizierten Personen könnte Irreführend sein, da der reale Anteil deutlich höher ist. Die Darstellung sollte daher quantitativ abgestimmt werden (mit FG33). Bei den Verhaltensregeln sollten die AHA+L priorisiert dargestellt werden und nicht die Impfung.</p> <p><b>ToDo:</b> Weiter Änderungen zu der Kommunikation der Testung und Maskengebrauch bei Kontakt mit Risikogruppen in dem Flyer und dem Dokument zu Verhaltensregeln sollen durchgeführt werden. Eine Testung soll v.a. bei Kontakt mit Risikogruppen erfolgen und nicht unbedingt bei jedem Kontakt im privaten Bereich. Die Basismaßnahmen und Kontaktreduktion bleiben im Fokus. Dokument soll bis Freitag DS erstellt sein.</p>	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
8	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Stabile Hospitalisierungsinzidenz unter den Geimpften Die Wirksamkeit sinkt leicht im Verlauf für die milden Verläufe Bei schweren Verläufen sinkt die Wirksamkeit leicht bei den Ü60 LSHTM Modellierungen: Bei einer Boosterimpfung von nur den 70+ würde eine 5. Welle stärker ausfallen als bei der Boosterimpfung der gesamten Bevölkerung. Die Boosterimpfung wird keinen großen Effekt auf die aktuelle Welle haben, aber auf das kommende Infektionsgeschehen in 2022. Bei einer Verkürzung des Impfabstands (unter 6 Monate) steigt die Anzahl des Impfdosen die pro Woche potentiell geimpft werden, dies kann zu einer Verringerung der Impfkapazitäten führen, v.a. von Relevanz für vulnerable Gruppen Empfehlungen und Zulassung von Impfungen bei Kindern &gt;5 Jahren soll zeitnah erarbeitet / durchgesetzt werden</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Inwieweit ist die Schwere der Erkrankung in den Modellierungen der LSHTM berücksichtigt?</p>	<p>FG33</p>

	<p>Details zum dem Modell bzgl. der Schwere sind nicht bekannt. Weitere Details können im Anschluss bilateral ausgetauscht werden.</p> <p>Wird für Novavax auch eine Boosterimpfung zugelassen? Die Einzelheiten der Zulassung für Novavax sind noch nicht geklärt.</p> <p>Die Kapazitäten zur Impfung der Bevölkerung sollten durch die Politik gestärkt werden (z.B. durch Öffnung von Impfzentren).</p> <p>Eine Boosterimpfung ab 3-4 Monaten ist sinnvoll. Daten aus Israel können Aufschluss darüber geben, wie lange die Boosterimpfung vorhält.</p> <p>Die Effektivität der dritten Impfung in Deutschland kann noch nicht beurteilt werden. Daten aus anderen Ländern zeigen, dass in Risikogruppen eine hohe Effektivität nachgewiesen werden kann.</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Der Beschlussentwurf zur aktualisierten STIKO Empfehlung zur Boosterimpfung wurde veröffentlicht</p>	
<p><b>9</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 859 Proben, davon:              40 SARS-CoV-2              143 Rhinovirus              31 Parainfluenzavirus              89 saisonale (endemische) Coronaviren              6 Metapneumovirus              2 Influenzavirus (beide H3N2)</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>227 Proben erhalten              98 Proben positiv (43,2%)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Thüringen wird mit Verlegungen von Patient:innen in das weitere Bundesgebiet beginnen              Die Darstellung des Kleeblattsystems soll weiter bekannt gemacht werden              Zulassung der monoklonalen Antikörper zur COVID-19 Therapie erfolgt</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Wie hoch ist die Verfügbarkeit der monoklonalen Antikörper?              Es gibt zum aktuellen Zeitpunkt keinen Engpass.              Diese Therapiemöglichkeit in der vorklinischen Krankheitsphase sollte in stark betroffenen Regionen weiter</p>	<p>ZBS7</p>

	<p>bekannt gemacht werden, sodass die Belastungssituation reduziert werden kann.</p> <p><i><b>ToDo:</b> Informationspaket zur Anwendung von monoklonalen Antikörpern in der frühzeitigen Therapie von COVID-19 soll erarbeitet und in der nächsten AGI geteilt werden.</i></p>	
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>der LK Ludwigslust Parchim hat wieder Daten übermittelt</p>	FG 32
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>Termin zur Diskussion der Perspektiven im Haus (Maskennutzung, 3G etc.) am <b>02.12.2021</b></p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>16</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:11 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 24.11.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| ! FG33                            | o N.N.               |
| o Institutsleitung                | ! FG34               |
| o Lothar H. Wieler                | o Viviane Bremer     |
| o Lars Schaade                    | ! FG36               |
| o Esther-Maria Antão              | o Walter Haas        |
| o                                 | o Udo Buchholz       |
| ! Abt. 1                          | o Silke Buda         |
| o Martin Mielke                   | o Stefan Kröger      |
| ! Abt. 3                          | o Kristin Tolksdorf  |
| o Osamah Hamouda                  | ! FG37               |
| o Tanja Jung-Sendzik              | o Tim Eckmanns       |
| o Janna Seifried                  | ! FG38               |
| ! FG11                            | o Ute Rexroth        |
| o Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | o ZBS7               |
| ! FG14                            | o Michaela Niebank   |
| o Melanie Brunke                  | o Annegret Schneider |
| o Marc Thanheiser                 | o MF1                |
| o FG17                            | o Stefan Fuchs       |
| o Thorsten Wolff                  | o MF4                |
| o Ralf Dürrwald                   | o Martina Fischer    |
| o Djin-Ye Oh                      | o P1                 |
| o FG21                            | o Christina Leuker   |
| o Wolfgang Scheida                | o Presse             |
| ! FG25                            | o Marieke Degen      |
| o Christa Scheidt-Nave            | o Ronja Wenchel      |
| ! FG32                            | ! BZgA               |
| o Michaela Diercke                | o Oliver Ommen       |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.497.795 (+66.884), davon 99.768(+335) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 404,5/100.000 Einw.                      Hospitalisierungsinzidenz: 5,7/ 100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.791.289 (70,7%), mit vollständiger Impfung 56.637.852 (68,1%), mit Auffrischimpfung 6.641.501                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anstieg in allen BL, sehr steiler Anstieg in Sachsen, Thüringen und Saarland</li> <li>2. 7d-R-Wert &gt;1</li> <li>3. 22 LK mit Inzidenz &gt;1000 und 1/3 der LK mit Inzidenz &gt;500</li> <li>4. Inzidenz nach AG und Meldewoche: wöchentlicher Inzidenzanstieg von 100, Anstieg in allen AG</li> </ol> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)                      Folien <a href="#">hier</a>                      200.000 Testungen mehr als in der Vorwoche                      Testpositivenrate ca. 20%                      Anzahl Testungen = 1,8 Mio, Kapazität liegt bei ca. 2,2 Mio                      Einzelne BL haben Auslastungsgrenze überschritten, z.B. Brandenburg, Thüringen, BaWü. Sachsen                      50% der Labore haben eine Testpositivenrate von &gt;20%</p> <p>ARS-Daten                      nicht berichtet                      VOC-Bericht                      nicht berichtet                      Molekulare Surveillance (nur mittwochs)                      nicht berichtet                      Syndromische Surveillance (nur mittwochs)                      nicht berichtet                      Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)                      nicht berichtet                      Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)                      Folien <a href="#">hier</a>                      4041 COVID-19 Patienten auf den ITS (+2055 in den letzten 7d)                      Anstieg in allen BL, 9BL mit ITS-Auslastung von &gt;12%                      Behandlungsbelegung nach Schweregrad: Anstieg der</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Hamouda</p> <p>Fischer</p>



	<p>Patienten mit invasiver Beatmung, ca. 100 Patienten versterben pro Tag auf ITS          Altersstruktur von 3813 ITS-Patienten (96% aller gemeldeteten ITS Patienten): Anstieg in allen Altersgruppen, besonders stark bei den 50-79-Jährigen, Anstieg von 5 auf 28 Patientinnen in der Altersgruppe 0-17 in den letzten 5 Wochen          Personal-und Raummangel: 75% teilweiser oder kompletter Verfügbarkeitseinschränkung          SPoCK: Anstieg in den nächsten 3 Wochen im Osten, Süden und Südosten</p> <p>Modellierungen <i>(nur freitags)</i>          nicht berichtet</p> <p>Diskussion</p> <p>Frage: Wie hoch ist die Surge Kapazität (d.h. Umwandlung von non-COVID-19 Betten in COVID-19 ITS Betten)          Antwort: Die Notfall-Reserve-Kapazität ist als Kenngröße dafür nicht geeignet, da sie hauptsächlich low-care ITS Betten beinhaltet. Daher Orientierung an den Beatmung- und ECMO-Kapazitäten.</p> <p>Frage: Warum bleibt Anzahl verfügbarer ITS Betten konstant, obwohl COVID-19 ITS Patientenzahl stark ansteigt?          Antwort: Anteil von Non-COVID-19 Patienten wird gedrückt, z.B. durch Verschiebung von Operationen. Um das zu illustrieren, ist eine neue Grafik notwendig</p> <p><b>ToDo1</b>  <i>Graphische Darstellung des Verlaufs COVID-19/Non-COVID-19 ITS Patienten und der Verfügbarkeit freier ECMO-Betten (Fischer)</i></p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>          nicht berichtet</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (Dokument <a href="#">hier</a>):          Fokus wurde auf Grundimmunisierung statt wie bisher auf Boosterimpfung verschoben          Hervorhebung der Belastung des Gesundheitssystems          ärztliche Konsultation ggf. Therapieoptionen wahrnehmen:          „Durch frühzeitige ärztliche Konsultation können individuell therapeutische Möglichkeiten geprüft werden (z.B. antivirale</p>	Abt. 3



	<p>Therapie). Die Therapie schwerer Krankheitsverläufe ist komplex und erst wenige Therapieansätze haben sich hier in klinischen Studien als wirksam erwiesen.“</p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu: Webseite aktualisiert zu neuen Entwicklungen, z.B. Novellierung Infektionsschutzgesetz, STIKO Empfehlung                  Merkblatt zum Verhalten über die Feiertage: Impfschutz, AHA-L, Testung, Kontaktreduzierung, Boostern                  Info zur EMA Zulassung für Kinder ab 5 Jahren                  Flyer zu 2G/3G/2G+</p> <p>Frage aus Krisenstab: Was wird unter 2G+ verstanden? Antwort: Definition unbekannt, Vorschlag aus Krisenstab wird gern übernommen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Wahrscheinliche Überschreitung der 100.000 Marke an Verstorbenen am nächsten Tag, daher ggf. ein Twitter Thread dazu und zum Ausgleich kein Begleit-Tweet zum Wochenbericht                  erfolgreiches Hintergrundgespräch für Journalisten zur Hospitalisierungsinzidenz durchgeführt durch Hamouda, Diercke und M. an der Heiden</p> <p><b>P1</b></p> <p>Diskussion über 2G/3G Flyer (<a href="#">hier</a>)                  Ersetzen des begriffs ‚Veranstaltung‘ durch ‚Treffen/Zusammenkünfte‘                  Streichen der 2G/3G-Personengrafik nach langer Diskussion, da Grafik häufig zu Missverständnissen führt und Anteile stark Inzidenzabhängig sind                  Weitere Illustrationen überprüfen und ggf. streichen: z.B. Entfernen des Proben Tropfens in Schnelltest-Bild, Entfernen des Bilds mit dem Pärchen mit Maske auf dem Sofa                  Da Eingangs bereits erwähnt wird, dass das Tragen von Masken wichtig ist, soll darauf unter 5. nicht mehr eingegangen werden                  Unter 5. nicht auf Alten- und Pflegeheime eingehen, da diese eigene SOPs haben, Nur auf private Treffen außerhalb des eigenen Haushalts eingehen</p> <p><b>ToDo2</b>                  Bitte das ‚+‘ bei 2G+ definieren: Es handelt sich um Geimpfte oder Genesene, die zusätzlich negativ getestet sind. Nicht auf Art der Testung eingehen. Mit P1 2G/3G Flyer (Leuker) abstimmen.                  (Ommen)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p>	

<p><b>Allgemein</b></p> <p>! 1. Verschiedene Datenangebote zur Hospitalisierungsinzidenz: Was soll das RKI kommunizieren, wie häufig, auf welcher geographischen Ebene? (7-Tageswert tagesaktuell, eingefroren, nachkorrigiert, Nowcast...)</p> <p>Diskussion über die Darstellung der Hospitalisierungsinzidenz für die einzelnen Bundesländer Es wurde angeregt, im Vorfeld zu klären, welcher Wert maßgeblich für Regelungen sei, dies aber im Laufe der Diskussion wieder verworfen, da BL oft eigene Werte heranziehen. Stattdessen sollen alle verfügbaren Werte ähnlich wie beim R-Wert täglich veröffentlicht werden und ggf. eine regelmäßige Einschätzung erfolgen, wie die Werte zu interpretieren sind. Der eingefrorene Wert sollte als Richtwert empfohlen werden Durch die Veröffentlichung aller Werte soll verdeutlicht werden, dass die aktuelle Untererfassung der tatsächlichen Hospitalisierungsinzidenz nicht durch das RKI zu verantworten ist, sondern durch die unvollständige Meldung der Länder</p> <p>! 2. Anliegen aus der AGI: Wegfall von PCR-Testindikationen zur Entlastung der PCR-Kapazitäten</p> <p>Es wurde aus der AGI angeregt, dass Ermöglichungstests, z.B. Freitestung nach Quarantäne, 2G+ und Pooltestung an Schulen nicht mehr empfohlen werden. Nach einer Diskussion wurde entschieden, dass auf die nationale Teststrategie verwiesen wird mit einem Disclaimer, dass die BL je nach Kapazität davon abweichen dürfen. RKI Papiere dazu (Kontaktpersonennachverfolgung, Entlassmanagement, Testkonzepte für Schulen) werden aus diesem Anlass nicht geändert.</p> <p>! 3. AG zur Antiviralen Therapie Herr Schade regt an, dass sich eine Arbeitsgruppe bildet, die sich ergebnisoffen damit auseinandersetzt, ob das RKI eine antivirale Therapie aus Public Health Gesichtspunkten empfehlen kann oder nicht. Es sollen Aspekte der Frühtherapie und Prophylaxe (Chemo- Prophylaxe als Auftrag der STIKO) berücksichtigt werden.</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>ToDo3</b> <i>Tägliche Veröffentlichung der Nowcasting-, adjustierten sowie eingefrorenen Werte für die 7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz (Diercke, Rexroth)</i></p> <p><b>ToDo4</b> Textvorlage zur Testindikation (für Wochenbericht?) von J.</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
--	---------------------------



<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 26.11.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:10 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 2021-11-26, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG34
! Institutsleitung	o Viviane Bremer
o Lothar H. Wieler	! FG36
o Esther-Maria Antão	o Walter Haas
! Abt. 1	o Silke Buda
o Martin Mielke	o Stefan Kröger
! Abt. 2	! FG37
o Svenja Matusall	o Sebastian Haller
! Abt. 3	! FG38
o Tanja Jung-Sendzik	o Ute Rexroth
o Janna Seifried	o Renke Biallas (Protokoll)
! FG13	! ZBS7
o Stephan Fuchs	o Christian Herzog
! FG14	o Agata Micolajewska
o Mardjan Arvand	! ZBS1
o Melanie Brunke	o Janine Michel
! FG17	! P1
o Thorsten Wolff	o Ines Lein
o Barbara Biere	! Presse
o Djin-Ye Oh	o Ronja Wenchel
! FG21	! ZIG
o Wolfgang Scheida	o Anna Rhode
! FG32	o Heinz Ellerbrok
o Michaela Diercke	o Mikheil Popkhadze
! FG33	! BZgA
o Ole Wichmann	o Martin Dietrich





TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:                      Datenstand: WHO, 25.11.2021                      Fälle: 258.830.438 Fälle (+9,5% im Vergleich zu Vorwoche)                      Todesfälle: 5.174.646 Todesfälle (CFR: 2,0%)                      Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:                      1. USA 2. Deutschland 3. UK 4. Russische Föderation 5. Türkei                      6. Niederlande 7. Polen 8. Frankreich 9. Tschechien 10. Vietnam</p> <p>RRA ECDC: current SARS-CoV-2 epidemiological situation and projections for the end-of-year festive season, 17th update                      Situation in Deutschland: High Concern</p> <p>Grafik veranschaulicht die Belastung durch COVID-19 im Verlauf, unter Berücksichtigung der Impfraten und Kontaktreduktion. 0% stellt des derzeitigen Baseline Wert dar. Die Grafik veranschaulicht die Relevanz von Kontaktbeschränkungen zusätzlich zur Impfung der Bevölkerung</p> <p><b>Figure 8. Projected burden of COVID-19 mortality in relation to vaccination coverage and contact rate change between December 2021 and the end of January 2022</b></p> <p>Note: The figure shows the risk for mortality burden as circles in blue ('manageable risk'), yellow ('increased risk'), and red ('high risk'), across different vaccination coverages as well as different changes in contact rates from the current situation and assuming 30% increased contacts due to the festive season.</p> <p>Einflüsse auf die Krankheitsschwere von COVID-19;                      internationaler Überblick                      Studien in Mali, <a href="#">Sierra Leone</a> und Uganda untersuchen den Einfluss einer routinemäßigen Exposition gegenüber Malaria auf die Krankheitsschwere Von COVID-19                      Es wird die Hypothese aufgestellt, dass durch diese Exposition ein gewisser Trainingseffekt des Immunsystems vorliegt, sodass es nicht zu einer Überreaktion auf SARS-CoV-2 kommt                      COVID-19-Patienten mit vorangegangener Malariainfektion behielten normale Zytokinspiegel  <a href="#">Laborstudie in Sierra Leone zu Kreuzimmunität, Präpandemisches Serum (Ebolaüberlebende und Kontakte) weist reaktivität gegen SARS-2, SARS-1 und MERS auf. Etwas niedriger als Vergleichsgruppe der COVID-19 Patienten (USA) aber sehr viel höher als in präpandemischem Serum aus USA</a></p>	ZIG1



	<p>(<del>endemische Coronaviren &amp; SARS-CoV-2</del>) könnten eine Rolle spielen  Virusvariante B.1.1.529  Aktuell starker Fallzahlenanstieg in Tschwane/Pretoria, Provinz Gauteng, Südafrika (<b>R=1,94</b>)  Einzelne Nachweise in Botswana (4) und Hongkong (1, Reisehistorie Südafrika) – Nachtrag: Belgien  Diverse Spikeprotein Veränderungen: A67V, &amp;Delta;69-70, T95I, G142D, &amp;Delta;143-145, &amp;Delta;211-212, ins214EPE, G339D, S371L, S373P, S375F, K417N, N440K, G446S, S477N, T478K, E484A, Q493K, G496S, Q498R, N501Y, Y505H, T547K, D614G, H655Y, N679K, P681H, N764K, D796Y, N856K, Q954H, N969K, L981F  PCR Auffälligkeit: S-Gen Verlust (n=77), ermöglicht PCR screening  Bislang keine Info zu Veränderung von Transmissionsfähigkeit, Krankheitsschwere, Immunevasion, Reinfektionsfähigkeit etc. vorhanden.  Seit 24.11.2021 “Variant under Monitoring” by WHO  Seit 26.11.2021 „Variant of Concern“ by ECDC  Heute (26.11.2021) tagt WHO Technical Advisory Group (TAG) on virus evolution  Einstufung von Südafrika, Lesotho, Eswathini, Malawi, Botswana, Mosambik als Virusvariantengebiete</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beförderungsverbot (Rechtsgrundlage EinreiseVO)</li> <li>2. Flugverbot wird diskutiert (vermutlich keine Rechtsgrundlage)</li> <li>3. Zeitpunkt: möglichst schnell, rechtlich möglich: Sonntag 00Uhr</li> <li>4. Diskussion: Anpassung §10 EinreiseVO zu Ausnahmen möglich</li> </ol> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Bei dem RRA des ECDC ist der Ansatz gut, jedoch sollte geklärt werden, welchen Zeitpunkt die ECDC als Baseline festlegt. In Deutschland kam es bereits zu einem massiven Anstieg, daher wäre es wichtig zu wissen, welcher Zeitpunkt genutzt werden soll, um die Grafik auszuwerten.  Kreuzreaktionen der N Proteine von SARS-CoV-2 und saisonalen Beta-Coronaviren ist wohl bekannt. Unklar, ob das irgendeine Relevanz für COVID hat.  In Honkong sind nach NY Times 2 Patienten identifiziert. Einer der Fälle war in einem Hotel in einem Zimmer gegenüber des Indexfalls untergekommen.  HK hat eine sehr gute Einreisequarantäne. Wenn man die Variante dort bei Einreisenden gefunden hat, dann wird sie auch in anderen Ländern angekommen sein  In Deutschland wurde diese Variante noch nicht identifiziert. Die Sensitivität der Surveillance ist relativ gut, aber zurzeit müssten ca. 2000 Fälle mit der Variante infiziert sein, um diese in der Surveillance nachzuweisen. Die Sequenzdaten sind sehr frisch.  Mit Partnern aus Südafrika wurde besprochen, dass bei</p>	<p>Haas</p> <p>Wolff</p> <p>Oh</p> <p>Fuchs</p>
--	--	---



	<p>Auffälligkeiten direkt eine Sequenzierung angeschlossen werden sollte.                  Es gibt Hinweise auf mehrere Feiern, die potentiell Ausgangspunkt für das Infektionsgeschehen sein könnte. Die Impfrate in Südafrika ist relativ gering. Es gibt wenig Informationen zur Epidemiologie des Ausbruchs. CDC Africa hat aufgerufen keinen Travel-Ban zu implementieren, da diese in der Vergangenheit wenig Impact gezeigt haben.                  Über Telemedizin besteht Kontakt zu 2 Krankenhäusern in ZA. Sollte es durch diesen Kanal Informationen geben, werden diese weitergeleitet.                  Diese Line scheint unabhängig von der Delta Variante entstanden zu sein und zeigt ein ungewöhnliches Mutationsprofil. Weitere Untersuchungen sind nötig um valide Aussagen treffen zu können.                  In der fachlichen Empfehlung zum Kontaktpersonenmanagement werden konkret 2 Varianten (Beta &amp; Gamma) genannt, diese Formulierung ist sehr spezifisch und berücksichtigt nicht neu auftretende Varianten. Ein generelles Statement zu Reisen auf Länder mit VOC ist nicht enthalten. Dies weicht von der geltenden Verordnung zu Risiko- und Virusvariantengebieten ab.</p> <p><b>ToDo:</b> Empfehlungen zur KoNa anpassen, sodass der Wortlaut angepasst wird, dass eine Quarantäne von Reisenden aus Gebieten mit wahrscheinlicher Exposition zu VOCs empfohlen wird und im Einklang mit geltenden Verordnungen steht.</p> <p><u>ZIG1/PHI bittet darum die Aktualität beider Aufgaben (ID4582 ITS Aufnahmekriterien im internationalen Vergleich und ID4583 Übersterblichkeitsrate Afrika) kritisch zu prüfen. Die Aufgaben sind nicht besonders klar umrissen und bedeuten (so wie sie jetzt gestellt sind) unglaublich großen Arbeitsaufwand. Wir haben dafür derzeit keine Unterstützung in Aussicht und können das so kaum stemmen, besonders in Erwartung der sich entwickelnden internationalen Situation um B.1.1.529.</u></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.650.170 (+74.414), davon 100.476 (+357) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 438,2/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 58.901.630 (70,8%), mit vollständiger Impfung 56.716.237 (68,2%)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sachsen bei fast 1.200 / 100.000 EW</li> <li>2. Anstieg im gesamten Bundesgebiet zu beobachten</li> <li>3. Bayern zeigt möglicherweise Stagnation</li> <li>4. Anzahl Kreise mit 7-TI &gt;50 = 411/411(+0)</li> <li>5. Anzahl Kreise mit 7-TI &gt;500 = 149/411 (+11)</li> <li>6. Anzahl Kreise mit 7-TI &gt;1000 = 34/411 (+5)</li> </ol> <p>Hospitalisierte gesamt: 5,97 / 100.000 EW</p>	<p><a href="#">IBBS/STAKO B?</a></p> <p>Haas</p> <p>Haas, Kröger</p> <p><a href="#">Rohde ZIG1</a></p> <p>FG32</p>
--	---	--

	<p>Hospitalisierte &gt;60: 14,45 / 100.000 EW  Todeszahlen nach Alter und Meldewoche  Sterbezahlen bisher unter dem Niveau des letzten Winters  Höchste Sterbezahlen in der AG 60-79 und &gt;80  Im gesamten Verlauf 35 Kinder verstorben; alle mit Vorerkrankungen  Einige Todgeburten in der AG 0-4; in diesem Jahr bisher 9 Todesfälle  Übersterblichkeit derzeit beobachtbar</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Man sollte die Todesfälle unter 0-4-jährigen nicht mit den Todesfällen in anderen Altersgruppen vergleichen, sondern mit der Häufigkeit anderer Todesursachen in anderen Altersgruppen  50% unter den Verstorbenen in den höheren Altersgruppen waren geimpft. Dies muss mit der gesamten Impfquote in Kontext gesetzt werden. Berücksichtigt man diese, ist der Schutz durch die Impfung weiterhin gut.</p>	
2	<p><b>Internationales</b></p> <p>Twinning Projekt mit Namibia  Im Rahmen einer IAR wurde identifiziert, dass labortechnische Kapazitäten zur Durchführung von PCR gestärkt werden sollen  Im vergangenen Jahr wurde das erste Testlabor aufgebaut. zurzeit kann dieses Labor 20 -60 Samples / Tag möglich  Im August dieses Jahres wurde ein neues Labor eingerichtet; zurzeit kann dieses Labor &gt;100 Samples / Tag möglich  Ein weiteres Labor wird zurzeit aufgebaut und das Personal trainiert  SARS-CoV-2 validiertes Testing soll bald möglich sein</p>	Ellerbrok



<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p><b>CWA</b>                  Kennzahlen:                  knapp 37 Mio. Downloads   750.000 Warnende insgesamt                  12.000 Warnende/Tag                  150.000 empfangene Warnungen/Tag                  Entwicklung:                  Notification Booster-Impfung nach 6 Monaten                  Kommunikation:                  BPK über CWA und CovPass-Check                  CWA, CovPass-App, CovPassCheck-App (&gt;100k Impressions)                  Pandemie-Geschehen (Wochenbericht, Kennzahlen)                  Impf-Kommunikation</p> <p><b>CovPassApp</b>                  Kennzahlen:                  134,6 Mio. DCC (Stand 23.11.)                  CovPass-App: &gt; 25 Mio. Downloads (Stand 25.11.)                  CovPassCheck-App: &gt; 950.000 Downloads (Stand 25.11.)                  tägliche Downloads um 50% gestiegen in der letzten Woche                  Entwicklung:                  Version 1.14                  Kommunikation:                  Check-App Kommunikationsmaterial steht online zur Verfügung                  Akzeptanz der CheckApp steigt ! Bsp. NRW Verordnung</p> <p><b>DEA</b>                  Kennzahlen:                  immer mehr Länder werden wieder als Risikogebiete eingestuft &gt; Zahl der Anmeldungen steigt                  ca. 60.000 Anmeldungen pro Tag   &gt; 17,1 Mio. Anmeldungen seit 11/2020</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Hinweise zur Kontaktbeschränkung werden prominenter plaziert                  Kommunikation zur Booster-Impfung wird weiter ausgebaut</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Gestern wurde zu den 100.000 Todesfällen getwittert. Große Resonanz auf den Post                  In den letzten Wochen gab es insgesamt eine erhöhte Resonanz und Aufmerksamkeit auf den öffentlichen Kanälen des RKI</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

## **P1**

Der 2G/3G Flyer wird zurzeit überarbeitet und soll wenn möglich Montag veröffentlicht  
Flyer „Verhaltensregeln: Sicher durch den Winter“ wurde erstellt und mit der AG Diagnostik abgestimmt. Die Empfehlungen wurden überarbeitet.

### **Diskussion:**

Einige Formulierungen scheinen relative komplex und lang.  
Eine Reduktion wäre wünschenswerte.  
Es sollte klar kommuniziert werden, dass eine Kontaktreduktion auch jetzt schon wichtig ist und nicht erst zu Weihnachten.

**ToDo:** Es wird gebeten Rückmeldung direkt im Dokument zu den Verhaltensregeln ([hier](#)) gegeben werden.

### **Dokument zu PCR-Testing Kapazitäten**

Entwurf [hier](#)  
Empfehlung für einen Zielgerichteten Einsatz von PCR Kapazitäten  
Ländern können in Abhängigkeit von der regionalen Situation Regelungen entsprechend anpassen. Es handelt sich von Seiten des RKI um Empfehlungen.  
Ein Verweis im Dokument zur Nationalen Teststrategie sollte erfolgen  
Die Indikation der PCR-Pool Testungen wurde in der AGI kritisch diskutiert

**ToDo:** Text des Dokuments soll am Montag veröffentlicht werden.

### **Kommunikation zur neuen Variante aus Südafrika**

Entwurf [hier](#)  
Herr Wolff hat einen Text zur fachlichen Einschätzung der neuen Variante entworfen und im Krisenstab geteilt  
Das Dokument soll keine Empfehlungen zu Maßnahmen enthalten und lediglich eine fachliche Einschätzung des Virus sein  
Das Dokument wurde im Krisenstab überarbeitet  
Das Dokument wird auf der Webpage des RKI als extra Artikel aufgenommen. Bei einer Klassifizierung als VOC wird dies dann in der entsprechenden Rubrik veröffentlicht



<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Der Ausschuss für Humanarzneimittel (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) bei der Europäischen Arzneimittelagentur (European Medicines Agency, EMA) hat am 25.11.2021 die Empfehlung ausgesprochen, für den COVID-19-Impfstoff Comirnaty von BioNTech/Pfizer eine Zulassungserweiterung für die EU und damit auch Deutschland zu erteilen. Mit der Zulassungserweiterung kann dieser Impfstoff ab einem Alter von 5 Jahren eingesetzt werden. <b>Eine Off-Label Nutzung des jetzt verfügbaren Impfstoffs für Erwachsene bei Kindern ab 5 Jahren wird in Deutschland nicht empfohlen.</b> Eine entsprechende Empfehlung der STIKO ist noch in Arbeit. Eine Stellungnahme zur Impfpflicht wurde erarbeitet. Eine einrichtungsbezogene aber auch allgemeine Impfpflicht wird vom RKI als sinnvoll erachtet. Zurzeit erreicht das RKI viele Erlasse mit kurzer Bearbeitungszeit (&lt;24h)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Die Regelung zur Schutzimpfung bei Genesenen bleibt erhalten. Bei einer Impfung die bereits mehr als 6 Monate zurückliegt, soll ebenfalls eine Booster-Impfung erfolgen</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Ein Initiativbericht zur Anpassung der SchAusnahmV sollte erfolgen, da diese Verordnung geimpfte Personen generell von der Quarantäne ausnimmt. Dies entspricht nicht den aktuellen Anforderungen in der jetzigen epidemischen Lage. Ein genaues Datum der Lieferung des Impfstoffes für Kinder ist noch nicht bekannt. In der jetzigen Lage mangelt es nicht an Impfstoff für Erwachsene. Eine einrichtungsbezogene Impfpflicht lässt sich einfacher implementieren als eine allg. Impfpflicht</p>	<p>FG33</p>

<b>9</b>	<b>Labordiagnostik</b> (nicht berichtet)	
<b>10</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> Die neue SurvNet Version würde ausgerollt Impfdaten können nun besser erfasst werden Zusätzlich werden Informationen zu Reinfektionen erfasst	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> Heute fand die 300. Sitzung des Krisenstabs statt.	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> Keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:05 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 01.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Walter Haas
○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda
○ Lars Schaade	○ Stefan Kröger
○ Esther-Maria Antão	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 1	! FG37
○ Martin Mielke	○ Tim Eckmanns
! Abt. 2	○ Muna Abu Sin
○ Thomas Ziese	○ Mirco Sandfort
! Abt. 3	! FG38
○ Osamah Hamouda	○ Ute Rexroth
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Renke Biallas (Protokoll)
! FG13	○ Alba Mendez
○ Stephan Fuchs	! ZBS7
! FG14	○ Christian Herzog
○ Mardjan Arvand	! MF1
○ Melanie Brunke	○ Thorsten Semmler
! FG17	! MF4
○ Ralf Dürrwald	○ Martina Fischer
○ Djin-Ye Oh	! P1
! FG21	○ John Gubernath
○ Wolfgang Scheida	! Presse
! FG32	○ Susanne Glasmacher
○ Michaela Diercke	○ Marieke Degen
○ Justus Benzler	○ Ronja Wenchel
! FG33	
○ Thomas Harder	! ZIG
! FG34	○ Johanna Hanefeld
○ Viviane Bremer	! BZgA
	○ Andrea Rückle







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 5.903.999                      (+67.186), davon 101.790 (+446) Todesfälle                      Anzahl der aktiven Fälle: 864.600 (+22.400)                      7-Tage-Inzidenz: 442,9/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 59.407.188 (71,4%),                      mit vollständiger Impfung 57.024.545 (68,6%), davon                      10.377.200 (12,5%) mit Booster-Impfung                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Starker Rückgang in Sachsen, vermutlich nicht natürlich,                      sondern durch Kapazitätsmangel                      Abflachen in ST &amp; BB                      Anzahl Kreise mit 7-TI &gt; 50/100.000: 411/411 (+0)                      Anzahl Kreise mit 7-TI &gt; 500/100.000: 146/411 (-11)                      Anzahl Kreise mit 7-TI &gt; 1000/100.000: 32/411 (-3)                      Nowcasting R-Wert                      Sinkender Trend auf Bundes- und Länderebene, zurzeit knapp                      unter 1                      Hospitalisierungsinzidenz                      Sinkender Trend in Thüringen, aber weiterhin &gt;15 /100.000                      EW                      Gesamt: 5,61 /100.000 EW                      &gt;60: 13,00 /100.000 EW                      Anzahl der Todesfälle                      Weiterhin steigende Anzahl der Todesfälle</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die beobachteten Fallzahlen nehmen nicht mehr so rasant zu,                      wie in den letzten Wochen. Wir können aber trotz Stagnation                      der Fallzahlen und sinkendem R-Wert keine Entwarnung                      geben, da das Abbremsen zumindest zum Teil durch örtlich                      erschöpfte Labor-Kapazitäten und begrenzte Kapazitäten im                      ÖGD erklärt werden kann.                      Der R-Wert ist eine Ableitung aus den Meldedaten und eine                      Abnahme kann auch Folge der Überlastung im ÖGD sein.                      Die eingeschränkte Aussagekraft des R-Wert bei Überlastung                      des ÖGD und niedriger Erfassung von Fällen sollte                      kommuniziert werden. Eine solche Einordnung wäre z.B. im                      Wochenbericht oder den FAQs möglich                      Je höher die Positivenanteil, desto höher auch der Anteil der                      Unentdeckten</p> <p><b>ToDo:</b> Im Wochenbericht soll die derzeitige Stagnation der Inzidenz gut                      eingeordnet werden, ebenso der sinkende R-Wert.</p>	<p>FG32</p> <p>FG 37</p>

## Testkapazität und Testungen

Folien [hier](#)

Anzahl der Testungen nochmal angestiegen, Positivenanteil auch gestiegen (21,19%)

Je höher der Positivenanteil bei zugleich hohen Fallzahlen, desto höher die Untererfassung

Kapazitäten in Bundesländern mit höchsten Inzidenzen äußerst stark belastet

Positivenquote: Extrem hohes Niveau: 50% der Labore haben einen Positivenanteil von >20%, 75% liegen >10%

Laborauslastung: Auslastung in einigen Bundesländern > 90%.

! Gefahr verzögerter Ergebnisübermittlung

Allerdings nicht aus allen übermittelnden Laboren Angaben zur Testkapazität

Positivenanteil: In allen Bundesländern deutlicher Trend nach oben

ARS-Daten

Verzögerungen bei der Testung: zurzeit >1 Tag; vorher um die 0,6 tage

### **Diskussion:**

PCR-Kapazitäten sind teils so knapp, dass sogar symptomatische AG-Test positive Personen nicht PCR-bestätigt werden

Eine Turn-Around-Zeit von <24h sollte ebenfalls angestrebt werden.

Pro Woche werden ca. 65.000 variantenspezifische PCR-testungen durchgeführt.

Eine Priorisierung des Einsatzes von PCR-Tests gemäß der Nationalen Teststrategie aktuell geboten

FG 36

### **VOC-Bericht**

Folien [hier](#)

Wenig Veränderungen im Vergleich zur Vorwoche (bis 46. KW)

Anteil von Omikron: 0% (1 Meldung)

Variant under Monitoring: stagnierender oder sinkender Anteil

VOC Omikron:

Nachweise in 18 Ländern, davon 12 in Europa (Stand 30.11.)

> 150 bestätigte Fälle, ca. 1000 Verdachtsfälle (Stand 30.11.)

Diverse Spikeprotein Veränderungen: PCR Auffälligkeit: S-Gen Verlust (n=77), ermöglicht PCR screening

bisherige Informationen:

1. Starker Fallzahlanstieg in Tschwane, Provinz Gauteng, Südafrika R=1,94
2. Vorläufige Daten aus SA zeigen erhöhte Reinfektionsrate, ob Omikron die Ursache und/oder es sich um einen anders begründeten Anstieg handelt, ist unklar.
3. Bislang keine Info zu Veränderung von



## Molekulare Surveillance

Folien [hier](#)

### Omikron:

Mutationsprofil

Insgesamt sind 9 Mutationen innerhalb des S-Gens aus anderen VOCs bekannt (convergente Entwicklungen)

Phylogenie

Omikron ist sehr isoliert zu anderen Clustern.

Erklärung dafür wäre z.B. eine längere unbekannte Zirkulation

Mutations-basierte Screening-Verfahren hätten Omikron in Deutschland frühzeitig erkannt

## Syndromische Surveillance

GrippeWeb bis zur 47. KW 2021

Der Wert (gesamt) lag in der 47. KW 2021 bei 5.000 / 100.000 EW

Entspricht einer Gesamtzahl von ca. 4,2 Mio akuten

Atemwegserkrankungen (46. KW: ca. 4,6 Mio.)

Im Vergleich zur 46. KW 2021: Rückgang bei den Kindern (0 bis 14 Jahren)

ARE Konsultationen bis zur 47. KW 2021

KonsInz insgesamt im Vergleich zur Vorwoche gesunken. In 47. KW: 1.479 (Vorwoche: 1.799)

KonsInz bei 0-bis 4-Jährigen nähert sich durch den Rückgang wieder den Vorjahreswerten an

In keinem BL Ferien

Bis auf MvP und BeB sind die KI der Kinder 0-4 und 5-14 Jahre zurückgegangen. Die Gesamt Konsultationsinzidenz ist in fast allen BL zurückgegangen (außer MvP und Thüringen, Sachsen ist stabil geblieben).

ICOSARI-KH-Surveillance bis zur 47. KW 2021

SARI-Fallzahlen sind insgesamt gestiegen! Seit Saisonbeginn hohes Niveau deutlich über den Vorsaisons

in AG 0 bis 4 Jahre: kein weiterer Rückgang, weiterhin hohes Niveau

50% der SARI-Fälle in AG 0-4 mit RSV-Diagnose, Vorwoche 62%; Anteil geht zurück aber weiter sehr hoch; 50% sonst eher Peak-Niveau in anderen Saisons)

Altersgruppen ab 35 Jahre Anstieg, auf Niveau der Vorsaisons (hoch bis sehr hoch)

Anteil SARI-COVID-Fälle bei Hospitalisierungen seit KW 41 kontinuierlich ansteigend; ! Anteil COVID-19 an Intensiv bleibt sehr hoch, fast auf Peak-Niveau (2. und 3. Welle, ging bis max. 88%)

Anteil COVID-19 an SARI 54% (KW 46: 48%)

Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 78% (KW 46: 79%)

Ausbrüche in Kindergärten / Horte

Seit Oktober erneuter Anstieg; Niveau der zweiten Welle

FG 36



	<p>überstiegen (etwa 1 Monat früher als im Vorjahr) Anfang Nov etwa 3-mal mehr Ausbrüche als im Vorjahr zu dieser Zeit Anteil AG nimmt möglicherweise wieder zu; zuletzt bei 50% Eckdaten der <b>letzten 4 Wochen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Bisher 493 Ausbrüche</li> <li>8. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle pro Ausbruch, median: 4 Fälle; (etwa 8% Ausbrüche <math>\geq 10</math> Fällen)</li> </ol> <p>Ausbrüche in Schulen Ausbrüche steigen nach Herbstferien wieder sehr rasch an In KW 45 neuer Höchstwert mit bisher 570 Ausbrüchen/Woche; etwa 4-mal mehr Ausbrüche als im Vorjahr Überwiegend AG 6-10 in Schulausbrüchen übermittelt (31%; AG 11-14: 31%; AG 15-20: 11%, AG 21+: 7%) Eckdaten der <b>letzten 4 Wochen:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Bisher 1.536 Ausbrüche</li> <li>10. Ausbruchsgröße: durchschnitt: 5 Fälle, median: 4 Fälle pro Ausbruch; etwa 11% der Ausbrüche mit <math>\geq 10</math> Fällen</li> <li>11. größere Ausbrüche überwiegend in BB, ST und SN (Durchschnittliche Größe: 8-9)</li> <li>12. Kleinere Ausbrüche eher in HH, HE, BW und BY (Durchschnitt 3-4)</li> </ol> <p>Hospitalisierte Kinder ICOSARI deckt 6 % der Bevölkerung ab, bei 200 SARI Fällen im Sentinel ca. 3.000 neu hospitalisierte Kinder insgesamt geschätzt, davon rund 1.500 mit RSV-Diagnose in der 47. KW 2021 <b>Meldesystem:</b> theoretisch Vollerfassung der neu hospitalisierten COVID-19-Fälle, in der 45. KW (Stand 29.11.2021 ca. 120 hospitalisierte Kinder 0 bis 5 Jahre mit COVID-19</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> 221 Einsendungen (+1) 59 Arztpraxen (-2) / 16 Bundesländer 65% Positivenanteil Geringere Viruslast bei Geimpften als bei Ungeimpften Höchste Positivenquote bei RSV, aber rückgängig; höchster Anteil bei den 0-4 Jährigen</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Mit Stand 01.12.2021 werden <b>4.690</b> COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. In allen Bundesländern ist ein Anstieg in der COVID-ITS-Belegung zu sehen Erneuter Anstieg in täglichen ITS-Neuaufnahmen von COVID-Patienten mit <b>+2.396</b> in den letzten 7 Tagen Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl</p>	
--	--	--

	<p>betreibbarer ITS-Betten: Alle Länder ansteigend  &lt; 3% Linie (Basisstufe): 0 Länder; &gt; 3 % (Stufe 1): 16 Länder;  &gt;12%: 9 Länder  63,1% über 60J in aktueller ITS-Belegung  Anteil Belegung der 60+ Jährigen steigt prozentual (rechte Graphik)  Alle Altersgruppen steigen in absoluten Zahlen an (auch die unter 18, kleine Zahl aber auch nun bei 28), besonders starke Anstiege ab 40+, extrem starke Anstiege in Gruppe 60-69 (gelb) und 70-79 (braun)  SpoCK  Prognosen für die nächsten 20 Tage. Prognosen düster – hierbei ist zu beachten, dass dies die Trends anzeigt wenn der jetzige Zustand und Trend sich fortsetzt (sprich keine Maßnahmen oder andere Effekte die nächsten Tage einsetzen). Verlässlich sind also v.a. eher die nächsten 10 Tage der Prognose</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>nicht berichtet</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>nicht berichtet</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Ein neues Dokument zum Monitoring von COVID-19 und der Impfsituation in Langzeitpflegeeinrichtungen wird zeitnah veröffentlicht (<a href="#">hier</a>)</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Material zur Auffrischimpfung wird demnächst veröffentlicht  Grippekampagne wird ausgerollt  Plakat zur Impfung bei Kindern für Kinder wurde gestaltet, ebenso wie weiteres Informationsmaterial  Grundlegende Schutzmaßnahmen sollen weiterhin thematisiert werden</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Es soll weiterhin zur Vorsicht ermahnt werden und kommuniziert werden, dass das derzeitige Plateau kein Zeichen zur Entwarnung ist</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Ein bundesweiter Aufruf sollte gestartet werden um Reisende aus den Virusvariantengebieten aufzurufen sich bei Symptomen freiwillig abzusondern und testen zu lassen  Die Kostenübernahme dafür ist nicht geklärt  England und Norwegen haben bereits ein Datum festgelegt und zur Absonderung aufgerufen</p> <p><b>ToDo:</b> Tweet-Beitrag soll noch heute entworfen werden, sodass</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>Personen die aus einem Virusvariantengebieten eingereist sind Kontakte reduzieren und bei Symptomen einen Test durchführen sollten.</p> <p><b>P1</b></p> <p>Der Flyer „Sicher durch den Winter“ wurde gestern publiziert</p>	<p>Presse, Social Media Team</p> <p>P1</p>
<b>6</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Alle</p>
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG33</p>
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>10</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>ZBS7</p>
<b>11</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG14</p>
<b>12</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG 32</p>
<b>13</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG38</p>
<b>14</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG38</p>
<b>15</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	<p>Alle</p>



<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 03.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende: 13:15 Uhr**

## Sondersitzung Krisenstab zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Donnerstag, 02.12.2021, 17:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade / Lothar H. Wieler

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Thomas Ziese
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Djin-Ye Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG25
  - Christa Scheidt-Nave
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG36
- Walter Haas
- Silke Buda
- Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Renke Biallas (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Michaela Niebank
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- ! MF1
  - Thorsten Semmler
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Jamela Seedat
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
  - Carlos Correa-Martinez
- ! Weitere Teilnehmende
  - Linus Grabenhenrich

**Beitrag/ Thema**

**Zukunft RKI nach der Pandemie**

Ziel des Austausches ist es, mit etwas langfristigerer Perspektive als im Krisenstab sonst möglich, über die Pandemie, mögliche Anpassungen des RKI und die Entwicklung beeinflussende gesellschaftliche Aspekte zu sprechen.

**Was kann man von früheren Pandemien und in Vorbereitung auf spätere Lagen lernen? Perspektiven künftiger Pandemieprävention und Lagemanagement**

Die jetzige Lage ist nicht gut vergleichbar mit vergangenen Ereignissen / Pandemie (z.B. Influenza, SARS-CoV-1, HIV). Dennoch kann auch aus diesen vergangenen Ereignissen gelernt werden.

Das RKI hat wiederholt darauf hingewiesen, dass Vakzine allein nicht die Lösung zu Bewältigung der pandemischen Lage sind. Eine Vielzahl an Maßnahmen führt in Kombination zum Erfolg. Dies wird auch für kommende Pandemien gelten.

Einige der implementierte Maßnahmen sind im Vergleich zum vorher Bekannten sehr einschneidend und könnten auch in Zukunft genutzt werden (z.B. die Nutzung von Masken in der Öffentlichkeit, AHA+L insgesamt).

Maßnahmen, die zum Schutz vor COVID-19 angewandt wurden, haben sich gegen ARE insgesamt als effektiv erwiesen und können in Zukunft auch gut saisonal bei andere ARE genutzt werden (z.B. Masken im ÖPNV).

Bemühungen zur Bekämpfung einer Pandemie sollten besonders stark zu Beginn sein, sodass ein Fortschreiten frühzeitig verhindert werden kann

Eine Pandemie kann beendet werden indem keine neuen Antigenkontakte mehr stattfinden. Daher ist zukünftig eine rasche und effektive Impfkampagne wichtig, um eine Pandemie zu beenden.

Vorhandene Daten sollten schnell synthetisiert und genutzt werden, um effektive Maßnahmen zu identifizieren und dann auch zeitnah implementieren zu können.

In der jetzigen Lage (aber auch zukünftig) sollte auch darauf geachtet werden frühzeitig klar zu kommunizieren welche Verläufe in der Pandemie möglich sind und was die für die Bevölkerung bedeutet (z.B. erneute Kontaktbeschränkungen im Winter werden eine Herausforderung und es könnte auch in Zukunft wieder dazu kommen, dass solche Maßnahmen implementiert werden müssen)

Eine frühzeitige und effektive Implementierung von evidenzbasiert effektiven Maßnahmen sollte gewährleistet werden. Ein effektiver Infektionsschutz ist essentiell, sollte aber nicht um jeden Preis erfolgen (z.B. Bürgerrechte, Freiheitsrechte, Menschenrechte). Das Vorgehen in China z.B. scheint aus infektionsepidemiologischer Sicht effektiv gewesen zu sein, kann aber nicht uneingeschränkt als Vorbild für Deutschland dienen.

Weitere Public Health Themen, wie z.B. gesundheitliche Ungleichheit wurden in der Pandemie stärker hervorgebracht (sogenanntes „*Brennglas*“) und sollten zukünftig stärker berücksichtigt werden.

Viele Entscheidungen können nicht alleine evidenzbasiert, sondern müssen wertebasiert- d.h. politisch - getroffen werden.

Eine stärker global solidarische Perspektive sollte in der Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Prävention sowie des Lagemanagements eingenommen werden, sodass Ressourcen (u.a. technische Lösungen) global gerecht verteilt werden können.

Ein globaler Wandel in Richtung geringeren Ressourcenverbrauchs, weniger Flugverkehr, weniger Großveranstaltungen (v.a. im Winter) wäre aus Sicht der Infektionsprävention sinnvoll

Eine Einschränkung mit Reduktion des Konsums und Ressourcenverbrauchs wäre auch aus Gründen der Sozialen Gerechtigkeit und des Klimaschutzes grundsätzlich wünschenswert. Hierfür wäre aber ein grundsätzlicher globaler Wandel der Werte nötig und dies hätte fundamentale Auswirkungen auf den Wohlstand der Industrienationen.

### **Leben nach Bewältigung der Pandemie**

Es wäre eine Möglichkeit, dass die Bevölkerung aufgrund einer Grundimmunität das Leben wie gewohnt zurückbekommt. Das Geschehen könnte endemisch werden und vereinzelt Wellen müssten bewältigt werden, z.B. mit bekannten Strategien (z.B. AHA+L).

Das Immunsystem bei Kindern und Jugendlichen zeigt, dass ein gut trainiertes Immunsystem einen positiven Effekt auf die Vermeidung von schwere Krankheitsverläufe haben kann.

Auch wenn eine Grundimmunität besteht, kann es aber dennoch zu Durchbrüchen kommen und in diesen Fällen kann man auch schwer erkranken und auch versterben. Die Impfung schützt nur bedingt vor den Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2-Infektion. Eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über ein hinnehmbares Restrisiko für eine Infektion sollte geführt werden.

Im Verlauf der Krise wird sich die Gesamtbevölkerung die „Normalität“ zurückfordern. Dies geht z.B. auch damit einher, dass Restrisiken immer mehr akzeptiert werden. Das Verhalten der Menschen wird sich aber durch die Erfahrungen der Pandemie geändert haben. Eine weitere Anpassung wird stattfinden und bestimmte Maßnahmen werden entwickelt (z.B. Therapien).

Es muss kommuniziert werden, dass die Gesellschaft stärker aus dieser Krise hervorgehen wird, als zuvor, z.B. können nun schneller Impfstoffe entwickelt werden und das Verständnis für Infektionsschutzmaßnahmen ist gestiegen.

### **Vorgeschlagene Änderungen am RKI**

Die Lage erstreckt sich schon extrem lange. Auf eien derartige Krise war das RKI weder personell noch strukturell vorbereitet. Strukturen und Arbeitsweisen sollten dauerhaft angepasst und weiterentwickelt werden, sodass das RKI und der ÖGD weiterhin gut auf die kommenden Herausforderungen (z.B. weitere Pandemien) vorbereitet ist.

Auch andere Themen müssen weiter bearbeitet werden. Es sollten neue Arbeitsstrukturen aufgebaut werden, sodass Pandemie- und Normalbetrieb gleichzeitig aufrechterhalten werden können. Ebenso müssen personelle Ressourcen best möglich geschützt werden, sodass alle OE im RKI funktionsfähig bleiben und alle Themenschwerpunkte weiterbearbeitet werden können.

Für zukünftige Projekt wäre eine Verknüpfung von Sekundär- mit Primärdaten, trotz bestehender Hindernisse sinnvoll und könnte wertvolle Erkenntnisse generieren. Ein stärkerer Fokus auf Versorgungsforschung abseits vom Pandemiegeschehen wäre wünschenswert.

Das Thema Pandemieplanung wird seit Jahren am RKI mit sehr geringen personellen Ressourcen bearbeitet. Es sollten dauerhaft mehr Ressourcen (v.a. personelle) am RKI geschaffen werden, sodass nötige Kapazitäten (z.B. im Beriech ARE oder Pandemiebekämpfung) gestärkt werden können.

Das RKI braucht mehr Ressourcen und diese werden beantragt. Bis dahin ist es weiterhin wichtig, während einer solchen Notlage abteilungsübergreifend zu arbeiten und sich zu unterstützen Die Matrixstruktur im RKI soll agiles Handeln ermöglichen.

Durch die Pandemie konnte sich das RKI deutlich stärker vernetzen und neue Partnerschaften ausbauen.

Hausinterne Lessons-Learned Prozesse sollten weiter angestoßen werden. Es gibt verschiedene Ebenen in dieser Diskussion (z.B. Umgang mit Mitarbeitern, Zusammenarbeit mit der Politik, Kommunikation mit der Fachöffentlichkeit).

### **Aufgaben- / offene Fragestellungen für kommende Projekte**

Wie viel der auf ITS behandelten PatientInnen leben nach einem Jahr noch?

Wie viel Leben können durch eine ITS-Behandlung wirklich gerettet werden?

Welche Langzeitfolgen, v.a. psychische, wird es geben / gibt es?

Welche Langzeitfolgen (Krankheitslast) bestehen bei grundimmunisierten Personen (auch Long-Covid)

Wie können die Surveillancesysteme besser aufgestellt werden, v.a. die Verbindung zwischen der Surveillance von übertragbaren und nicht übertragbaren Krankheiten?

Anhand der GKV-Daten von 2021 und Informationen zum Impfstatus könnten dazu Aussagen getroffen werden. Es besteht bereits Kontakt zu einer Arbeitsgruppe an der Uni Köln.

Wie könnte eine „Exit-Strategie für Deutschland oder auch global aussehen?

Eine „Exit-Strategie“ soll für das RKI entwickelt werden

**ToDo:** Übersichtsarbeit zu den Langzeitfolgen bei grundimmunisierten Personen (auch Long-COVID) anfertigen (Abt. 2)

### **Weitere Hinweise**

Die ZIG 2 / Charbel El Bcheraoui hat bereits Reviews zum Impact unterschiedlicher Maßnahmen während der Pandemie, aber auch deren De-Eskalation angefertigt

(<https://doi.org/10.1007/s10654-021-00766-0>, <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00743-y>, respectively).

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 03.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG 38	
!	Institutsleitung	○ Maria an der Heiden	
	○ Lars Schaade	○ Ute Rexroth	
	○ Lothar Wieler	○ Alba Méndez Brito	
	○ Esther-Maria Antão	○	
!	Abt. 1	!	MF1
	○ Martin Mielke	○ Stephan Fuchs?	
!	Abt. 2	!	P1
	○ Thomas Ziese	○ Mirjam Jenny	
!	Abt. 3	○ Ines Lein	
	○ Osamah Hamouda	!	P4
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Susanne Gottwald	
!	FG14	○ Benjamin Maier	
	○ Melanie Brunke	○ Angelique Burdinski	
	○ Mardjan Arvand	!	Presse
!	FG17	○ Ronja Wenchel	
	○ Djin-Ye Oh	○ Marieke Degen	
!	FG21	!	ZBS1
	○ Wolfgang Scheida	○ Janine Michel	
!	FG 32	!	ZBS7
	○ Michaela Diercke	○ Christian Herzog	
!	FG 33	!	ZIG1
	○ Ole Wichmann	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG34	○ Mikheil Popkhadze	
	○ Viviane Bremer	○ Francisco Pozo Martin	
	○ Andrea Sailer (Protokoll)	!	BZgA
!	FG36	○ Martin Dietrich	
	○ Stefan Kröger		
	○ Silke Buda		
!	FG37		
	○ Tim Eckmanns		







	<p>11. Immunität:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Protektiver Effekt scheint nicht ganz verloren zu gehen, scheint vor schweren Verläufen noch signifikant zu schützen.</li></ol> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>12. SurvNet übermittelt: 6.051.560 (+74.352), davon 102.568 (+390) Todesfälle</li><li>13. 7-Tage-Inzidenz 442,1/100.000 Einw.</li><li>14. Hospitalisierungsinzidenz: 5,52/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 12,69/100.000 EW</li><li>15. Fälle auf ITS: 4.793 (+103)</li><li>16. Impfmonitoring: Erstimpfungen 59.511.300 (71,6%), Zweitimpfung 57.101.728 (68,7%), Auffrischimpfungen 11.258.129 (13,5%)</li><li>17. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer<ol style="list-style-type: none"><li>1. Insgesamt Plateau auf sehr hohem Niveau</li><li>2. In Sachsen kein weiterer Anstieg, in Thüringen weiterhin Anstieg der Fallzahlen</li><li>3. Plateau auch in Bayern und Sachsen-Anhalt</li></ol></li><li>18. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz<ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiterhin Süd-Osten am stärksten betroffen. Hohe Inzidenzen ziehen sich in den Norden nach MV hinein. Schwerpunkt weiterhin in Sachsen und Thüringen.</li><li>2. 27 LK mit Inzidenz &gt; 1.000, nur 2 mit Inzidenz bis 100</li></ol></li><li>19. Hospitalisierungsinzidenz (Stand Wochenbericht)<ol style="list-style-type: none"><li>1. Fixierte, aktualisierte und adjustierte Werte wurden in Wochenbericht aufgenommen.</li></ol></li><li>20. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche und Altersgruppe<ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiterhin am stärksten betroffen sind &gt; 60-Jährige und insbesondere &gt;80-Jährige.</li></ol></li><li>21. Wöchentliche Sterbefallzahlen nach BL<ol style="list-style-type: none"><li>1. Thüringen deutliche Übersterblichkeit zu erkennen, in Sachsen nicht ganz so klar erkennbar, aber auch zu sehen.</li></ol></li></ol>	<p>P4 (Maier)</p>
--	--	-----------------------

	<p>2. Übersterblichkeit auch in Bayern und BW</p> <p>3. Übersterblichkeit aber auch in Berlin und dort nicht mit COVID-19 Inzidenz zu erklären.</p> <p>4. Warum Übersterblichkeit in Niedersachsen?                  Todesursachen unabhängige Statistik, schwer im Detail für jedes BL zu bewerten.</p> <p>22. Liegt Sterbe- oder Wohnort zugrunde?</p> <p>1. Todesstatistik: nach Standesamt, in der Regel Sterbeort; Meldesystem: in der Regel Wohnort</p> <p>Modellierung (<i>nur freitags</i>)</p> <p>23. Bundesweite Kontaktreduktion</p> <p>1. Mittlere Anzahl der Kontakte ist leicht gesunken.</p> <p>2. Starker Anstieg bei Variation der Kontakte war ab August zu beobachten. Variation der Kontakte stagniert in der Woche und nimmt am Wochenende zu.</p> <p>3. Variation etwas weniger in letzten Wochen.</p> <p>4. Sachsen und Bayern vs. Niedersachsen: in Sachsen eher geringere Werte; in Bayern stetiger Abfall am Wochenende, im Vergleich dazu in Niedersachsen kein Rückgang zu beobachten.</p> <p>24. Modellschätzung: Beitrag Geimpfter vs. Ungeimpfter zum Infektionsgeschehen (<a href="#">hier</a>)</p> <p>1. bezogen auf Lagebericht vom 11.11.2021</p> <p>2. Annahme: Hohe Impfeffektivität: Impfeffektivität pro Altersgruppe: 12-17 Jahre: 92%, 18+ Jahre: 72%</p> <p>3. 91% der Neuinfektionen kommen durch mind. einen Ungeimpften zustande.</p> <p>4. Von 100: 51 Ungeimpfte stecken Ungeimpfte an, 15 Geimpfte stecken Ungeimpfte an, 25 Ungeimpfte stecken Geimpfte an, 9 Geimpfte stecken Geimpfte an.</p> <p>5. Annahme: Geringere Impfeffektivität: bis 69 Jahre: 60%, 60+ Jahre: 50%</p> <p>6. 84% der Neuinfektionen kommen durch mind. einen Ungeimpften zustande.</p> <p>7. Von 100: 38 Ungeimpfte stecken Ungeimpfte an, 17 Geimpfte stecken Ungeimpfte an, 29 Ungeimpfte</p>	<p>Oh</p> <p>Wichmann</p> <p>ZIG (Pozo Martin) / FG38 (Méndez Brito)</p>
--	--	--

	<p>stecken Geimpfte an, 16 Geimpfte stecken Geimpfte an.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>25. Geimpfte tragen sehr viel weniger zum Infektionsgeschehen bei, aber es gibt sehr viel mehr Geimpfte.</li><li>26. Polymod-Kontaktmatrix wurde genutzt, Dunkelziffer, wurde nicht berücksichtigt.</li><li>27. Kann mit dem Modell gezeigt werden, was passiert, wenn man Personen in kurzem Zeitfenster boostert im Vergleich zur Boosterung über einen längeren Zeitraum? Abnahme der Impfeffektivität im Zeitverlauf müsste einbezogen werden.</li><li>28. Zur Abnahme der Impfeffektivität im Zeitverlauf gibt es bereits Analysen. Man könnte den Unterschied zwischen schnellen und langsameren Boostern modellieren als Argumentationshilfe für ein schnelles Boostern.</li><li>29. Politischer Entschluss ist schon längst gefasst, oberste Priorität so viele Leute so schnell wie möglich impfen.</li></ol> <p>Systematic review of empirical studies comparing the effectiveness of non-pharmaceutical interventions (Folien <a href="#">hier</a>) <a href="https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00316-9/fulltext">https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(21)00316-9/fulltext</a></p> <ol style="list-style-type: none"><li>30. Objective<ol style="list-style-type: none"><li>1. To identify which non pharmaceutical interventions (NPI) have been more or less effective</li></ol></li><li>31. Methods<ol style="list-style-type: none"><li>1. Systematic review of literature until March 2021</li><li>2. Empirical studies evaluating health outcomes and comparing at least 2 NPIs</li></ol></li><li>32. Results<ol style="list-style-type: none"><li>1. 34 ecological studies assessed and ranked, comparative effectiveness of 16 NPIs was assessed</li><li>2. School closing, work closing, business and venue closing und public events bans were most effective.</li><li>3. Also effective were public information campaigns und mask wearing requirements.</li><li>4. No evidence of effectiveness of public transport closures, testing strategies, contact tracing strategies,</li></ol></li></ol>	
--	--	--

	<p>isolation and quarantine.</p> <p>33. Conclusions</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Early response and a combination of social distancing measures are effective at reducing COVID-19 cases and deaths.</li> </ol> <p>34. Warum ist Kontaktpersonennachverfolgung nicht effektiv?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Durch KoNa werden mehr Fälle gefunden. Zu Beginn einer Welle ist Identifikation und Quarantäne sehr effektiv, dann nicht mehr.</li> <li>2. Die Studien haben in erster Linie die erste Welle analysiert, unterschiedliche Methodologien der Studien.</li> </ol>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (nur freitags)</p> <p>! <b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fast 38 Mio. Downloads, ca. 12.000 Warnende/Tag</li> <li>○ Arbeit an Informationen auf der roten Kachel</li> <li>○ 50k Views des letzten BPK-Videos</li> </ul> <p>! <b>CovPass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gestern Tweet mit 50.000 Impressions</li> </ul>	FG21 (Scheida)
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Im Moment im Text noch überall stark steigende Fallzahlen: Soll das zu Plateaubildung geändert werden?</p> <p>! Belastung des Gesundheitswesens wurde nicht als Ziel formuliert.</p> <p>! Zurzeit keine Warnung vor nicht notwendigen Reisen: Soll wegen Omikron wieder davor gewarnt werden?</p> <p><i>ToDo: Entwurf vorbereiten, Mittwoch nochmal mit diesen 3 Punkten im Krisenstab besprechen, FF FG38</i></p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Kontaktbeschränkungen stehen im Vordergrund.</p>	BZgA (Dietrich)

	<p>! Impfkommunikation: Motive von Ralph Ruthe sehr erfolgreich, werden im Krisenstab zirkuliert.</p> <p>! Informationsmaterial für Teststellen für Ungeimpfte in Vorbereitung, Ziel Ungeimpfte zu erreichen.</p> <p>! Informationsstand der Bevölkerung relativ hoch: gut – sehr gut bei ca. 83%; relativ hoher Informationsdruck ohne aktiv nach Informationen suchen zu müssen.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! 2G/3G Flyer, Wintertipps wurden getwittert</p> <p>! Gestern Flyer zu Impfdurchbrüchen erschienen, heute getwittert.</p>	<p>Presse</p> <p>P1 (Lein)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! MPK-Beschlüsse vom 2.12.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 350 als neue Grenze für 7-Tages-Inzidenzen, Tabelle muss wieder täglich bereitgestellt werden.</li> <li>○ Wird Bezug auf tagesaktuelle, eingefrorene oder nachkorrigierte Werte genommen?             <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Letzter Stand waren nachkorrigierte Werte. -&gt; Mail ans BMG, dass davon ausgegangen wird, dass es sich wieder um nachkorrigierte Werte handelt.</li> </ol> </li> <li>○ Warum muss das geklärt werden? RKI weist alle Werte aus.             <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Wird von allen Seiten gefragt. Versuch der Klärung, falls nicht zu klären, wird auf Länder verwiesen.</li> </ol> </li> <li>○ Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung wird angepasst. Es sollte darauf eingewirkt werden, dass auf die jeweils aktuellen fachlichen Empfehlungen verwiesen wird und nicht wieder fixe Werte festgelegt werden.             <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Wurde letzte Woche schon so kommuniziert, bei Juristen nicht sehr beliebt. Sollte das RKI am Entwurf beteiligt werden, soll Hr. Mehlitz diesen Wunsch formulieren und begründen.</li> </ol> </li> <li>○ Erfreulich, dass überhaupt etwas beschlossen wurde. Wie die Beschlüsse umgesetzt werden, ist die Frage.</li> </ul>	<p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Bremer</p>

	<p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! RKI-Liaison Krisenstab Bundeskanzleramt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Krisenstab etabliert sich gerade, wird sich in nächsten Tagen konstituieren.</li> <li>○ Gespräch mit Hr. Wieler, Hr. Schaade und den beiden Generälen, die Krisenstab leiten, fand statt. Krisenstab soll ergänzen, wo aktuell die größten Probleme bestehen.</li> <li>○ 1. Priorität: Impfen, Bereitstellung von Impfstoff und Koordination von Personen, die impfen.</li> <li>○ Wichtig: Berücksichtigung des digitalen Impfmonitorings, AP Fr. Siedler</li> <li>○ Weitere Prioritäten: Koordination Patientenverlegung, AP Hr. Herzog; Steuerung der Testkapazitäten, AP AG Diagnostik</li> <li>○ Expertenbeirat ist im Kanzleramt angesiedelt, tagt einmal pro Woche. Durch Liaisonperson Fr. Bremer besteht die Möglichkeit Themen in Krisenstab einzubringen (keine doppelten Erfassungssysteme, im Vorfeld filtern)</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>STIKO</b></p> <p>! Empfehlung: Booster Impfung für alle ab 18 Jahre; nach 6 bzw. 5 Monaten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei &gt;60-Jährigen wurden bereits 30% geboostert.</li> </ul> <p>! Zurzeit 1 Mio. Impfungen pro Tag, über 1 Mio. Erstimpfungen in letzten 10 Tagen.</p> <p>! Empfehlung für 5-11-Jährige wird vorbereitet. Mitte nächster Woche Beschlussentwurf, geht Ende nächster Woche ins Stellungnahmeverfahren: Tendenz Kinder mit Risiko</p> <p>! Kommentar zu Omikron von Kollegen aus Südafrika: Daten zur Wirksamkeit bei schweren Verläufen liegen noch nicht vor. Es wird mit reduzierter Wirksamkeit gerechnet, T-Zell Response wird untersucht.</p>	FG33 (Wichmann)
<b>9</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 865 Proben,</p>	FG17 (Oh)

	<p>davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 57 SARS-CoV-2 (7%)</li> <li>○ 162 Rhinovirus</li> <li>○ 38 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 135 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ 4 Influenzavirus</li> <li>○ 217 RSV</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>! In letzter Woche 137 Proben, davon 52 positiv auf SARS-CoV-2 (38%)</p> <p>! 1. Omikronprobe erhalten, sind dabei Mutationsassays zu testen, die kommerziellen funktionieren ganz gut; noch keine Anzucht möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Von Patient aus Pankow: Reiseanamnese, keine weiteren Informationen</li> <li>○ 2 weitere Verdachtsfälle in Charlottenburg, noch nicht sequenziert</li> <li>○ Reiserückkehrer aus Mitte mit Kontaktperson, beide symptomatisch erkrankt, noch nicht bestätigt</li> </ul> <p>! Substantielle Informationen zur Funktionsfähigkeit der Teste bei Omikron werden kommen. Bisher keinen Anhaltspunkt, dass es relevante Ausfälle bei Antigentesten gibt.</p>	<p>ZBS1 (Michel)</p> <p>Mielke</p>
<p>10</p>	<p><b>Klinisches Management/ Entlassungs-/ Verlegemanagement</b></p> <p>! Verlegungen seit vergangener Woche aus Bayern, Sachsen und Thüringen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verlegedruck bleibt, laut Prognose des Intensivregisters werden ca. 1700 Betten mehr benötigt werden, im Vergleich dazu gibt es 800 freien Betten.</li> <li>○ Gehen auf einzelne Kleeblätter zu, eine kontinuierliche Verlegung von kleinen Patientengruppen ist geplant.</li> <li>○ Prüfung, ob Verlegung ins Ausland sinnvoll ist, läuft parallel.</li> <li>○ Monoklonale Antikörper: Verbrauch wird über Apotheken gemeldet, Abfrage hat deutlich zugenommen.</li> </ul> <p>! Gibt es allgemeine Empfehlungen zur Triage analog zu Überlegungen aus der Katastrophenmedizin?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es gibt Überlegungen, wie man Patienten priorisieren</li> </ul>	<p>ZBS7 (Herzog)</p>

	könnte, diese werden nicht kommuniziert. Es soll vermittelt werden, dass es dazu nicht kommen wird.	
<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> ! (nicht berichtet)	Alle
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> ! (nicht berichtet)	FG32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> ! Omikron beschäftigt Flughäfen, betrifft Flüge aus Südafrika nach Frankfurt und München, außerdem Transitflüge ! Vor rechtskräftigem Eintreten wurde bereits mit Separierung, PCR-Testung und Quarantäne begonnen.	FG38 (an der Heiden)
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> ! Vermutlich wieder Wochenendschichten bei internationaler Kommunikation nötig. ! Am 24. + 31.12. wird es keinen Situationsbericht, und dazwischen nur einen gekürzter Wochenbericht geben, dies wurde den Ländern so mitgeteilt.	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 08.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:34 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 08.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung                | o Viviane Bremer     |
| o Lothar H. Wieler                | ! FG36               |
| o Lars Schaade                    | o Walter Haas        |
| o Esther-Maria Antão              | o Silke Buda         |
| o                                 | o Stefan Kröger      |
| ! Abt. 1                          | o Kristin Tolksdorf  |
| o Martin Mielke                   | ! FG37               |
| ! Abt. 3                          | o Tim Eckmanns       |
| o Tanja Jung-Sendzik              | ! FG38               |
| ! FG11                            | o Ute Rexroth        |
| o Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | ! ZBS7               |
| ! FG14                            | o Agata Mikolajewska |
| o Melanie Brunke                  | ! MF4                |
| ! FG17                            | o Martina Fischer    |
| o Thorsten Wolff                  | ! P1                 |
| o Ralf Dürrwald                   | o Christina Leuker   |
| o Djin-Ye Oh                      | ! Presse             |
| ! FG21                            | o Marieke Degen      |
| o Wolfgang Scheida                | ! ZIG1               |
| ! FG25                            | o Anna Rohde         |
| o Christa Scheidt-Nave            | ! ZIG2               |
| ! FG32                            | o Thurid Bahr        |
| o Michaela Diercke                | ! BZgA               |
| ! FG33                            | o Andrea Rückle      |
| o Thomas Harder                   | ! BMG                |
| ! FG34                            | o Christophe Bayer   |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.291.853                      (+68.845), davon 104.051 (+529) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 427/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.028.427 (72,2%),                      mit vollständiger Impfung 57.519.846 (69,2%), mit Bosster-                      Impfung 15.555.264 (18,7%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plateau auf hohem Niveau in Sachsen, leichter Anstieg in Sachsen-Anhalt und Thüringen und Rückgang in Brandenburg und Bayern</li> <li>2. Geografische Verteilung: 26 LK mit 7d-Inzidenz &gt;1000/100.000 EinW. Im LK Meißen infizieren sich aktuell ca. 3% der Bevölkerung pro Woche, Inzidenz in Bayern rückläufig</li> <li>3. Hospitalisierungsinzidenz: Stabilisierung auf hohem Niveau.</li> <li>4. Todesfälle: Altersverteilung und Fallzahlen ähnlich wie bei der 3. Welle.</li> </ol> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Positivenanteil (PA) bei 21% und damit bei einem sehr hohen Plateau, Test Kapazitäten sind in den meisten BL ausgeschöpft, vor allem in Saarland</li> <li>▪ PA ist in Brandenburg und Thüringen mit 40% besonders hoch (eventuell Effekt einer Priorisierung?).</li> </ul> <p>ARS-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Leichter Rückgang der Testungen, aber kein Anstieg beim PA, so dass nicht von einer starken Untererfassung auszugehen ist</li> <li>▪ Starke Verzögerung der Testungen in Saarland und Sachsen-anhalt</li> <li>▪ Rückgang der Testungen in Praxen und Schulen, Rückgang des PA außer bei 0-4-Jährigen</li> <li>▪ PA bei Ü80 genauso wie im letzten Jahr, sonst nun wesentlich höher</li> <li>▪ Ergebnisse Pro Monat: November 2021 besonders hoch hinsichtlich Testzahl und PA</li> <li>▪ Ausbrüche: Stabilisierung der Lage</li> </ul> <p>VOC-Bericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ In KW47 Nachweis von 8 Omikron Fällen, aber Delta dominiert weiterhin das Geschehen.</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG 32 (Diercke)</p> <p>Rexroth</p> <p>Eckmanns</p> <p>Kröger</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ EpiKurve: kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen von Omikron von KW 46-KW 48 von 1 auf 37.</li> <li>▪ Geografische Verteilung: Fälle in mehreren BL, Schwerpunkt bei Städten mit internationalen Flughäfen, z.B. Frankfurt am Main und München</li> <li>▪ Symptomatik der übermittelten Fälle: Keine Todesfälle und keine Hospitalisierungen, Altersmedian liegt bei 34,5</li> <li>▪ 23 Fälle mit Exposition im Ausland <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Preprint Studie weist auf einen 41-Fachen Verlust der Wirkung neutralisierender AK von Geimpften im Vergleich zur Delta Variante hin</li> </ul> </li> </ul> <p>Molekulare Surveillance (nur mittwochs) nicht berichtet</p> <p>Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ 4800 ARE/100.000 Einw. in KW 48</li> <li>▪ Rückgang bei Erwachsenen, Anstieg bei Kindern</li> <li>▪ Konsilinzidenz im Vergleich zur Vorwoche gesunken</li> <li>▪ Übereinstimmung des Anteils von ARE mit COVID-19 zwischen virologischen syndromischen Daten</li> <li>▪ 49% der SARI-Fälle in AG 0-4 mit RSV-Diagnose</li> <li>▪ Anteil COVID-19 bei KH-Fällen: 78% bei 35-59-Jährigen, 75% bei 60-79J und 62% ab 80J</li> <li>▪ Intensivbehandlung: 82% bei 35-59-Jährigen, 88% bei 60-79J und 74% ab 80J</li> <li>▪ Kitaausbruch: doppelt so viele wie im letzten Jahr</li> <li>▪ Schule: Sehr hoch: 5 Mal mehr als im Vorjahr, 1847 Ausbrüche in den letzten 4 KW</li> </ul> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ 188 Einsendungen in KW 48, 66% Positivenrate</li> <li>▪ Sars-CoV-2: Anteil Geimpfter bei 50%</li> <li>▪ 4 Monate nach der 2. Impfung gibt es keinen Unterschied beim Ct-Wert von Geimpften oder Ungeimpften COVID-19 Fällen</li> <li>▪ Schematische Darstellung der Immunantwort nach 1., 2. und 3. Impfung: Immunität setzt schnell ein, lässt aber auch schnell nach, wobei mit jeder Impfung etwas länger anhält</li> <li>▪ Top4: 1. Rhino Viren (15%), RSV (15%), 3. Sars-CoV-2 (14%), 4. OC43(12%) , Influenzaviren nur vereinzelt</li> </ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ 4918 COVI-19 Patienten, 2186 Neuaufnahmen in den letzten 7d.</li> <li>▪ leichte Entschleunigung des Anstiegs</li> <li>▪ BL: in 9 BL Belegung &gt;20 ind 15 &gt;12</li> <li>▪ Rückgang in Thüringen, Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt, Sonst Plateau oder Anstieg</li> <li>▪ Tiefstand der Intensivkapazitäten und gehen weiter zurück</li> <li>▪ Anteil COVID-19: regional bis zu 75%</li> <li>▪ Grafik zeigt, dass bei jeder Welle, Anteil nicht-COVID-19</li> </ul>	<p>Buda</p> <p>Dürrwald</p> <p>Fischer</p>
--	--	--



	<p>Patienten zugunsten von COVID-19 Patienten gedrückt wurde</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COVID-19 Patienten benötigen high-care Betten (Beatmung)</li> <li>▪ Altersgruppen Entwicklung: Anstieg bei den 50-79-Jährigen, Plateau bei 30-49 J</li> <li>▪ SPoCK Prognose: Anstieg im Norden und Reduktion in Bayern</li> </ul> <p>Modellierungen <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet</p> <p>○ Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frage1: Haben Varianten einen Selektionsvorteil, d.h. wäre die Pandemie ohne das Auftreten der Deltavariante zu Ende?</li> <li>▪ Antwort1: Keine Konkurrenz zwischen Viren, sondern Viren sind unterschiedlich empfindlich gegenüber Eindämmungsmaßnahmen. Co-Zirkulieren mehrerer Varianten möglich. Ohne Auftreten von Delta, wäre die Pandemie wahrscheinlich unter Kontrolle.</li> <li>▪ Frage2: hilft Boosterimpfung gegenüber Omikron Variante?</li> <li>▪ Antwort2: Keine ausreichende Information vorhanden, aber es wird von einem Nutzen ausgegangen.</li> <li>▪ Frage3: Sollte das Plateau in den Fallzahlen als Erfolg der Maßnahmen im Wochenbericht thematisiert werden, da mehrere Surveillance Systeme dies bestätigen und es sich daher wahrscheinlich um einen Effekt der Maßnahmen handelt und nicht um einen Effekt der Überlastung des ÖGD?</li> <li>▪ Antwort3 nach Diskussion: Angesichts des sehr hohen Niveaus der Fallzahlen und der wahrscheinlichen Ausbreitung der Omikron-Variante mit den damit verbundenen Unsicherheiten sollte deutlich kommuniziert werden, dass Eindämmungsmaßnahmen (vor allem Kontaktreduktion, Absage Großveranstaltungen, Boosterimpfung) auch bei Stabilisierung oder Rückgang der Fallzahlen unbedingt beizubehalten sind und ggf. auch verschärf/ intensiviert werden müssen.</li> </ul> <p><b>ToDo1:</b> <i>VOC Bericht und Molekulare Surveillance als ein Bericht vorstellen und nicht als 2 getrennte (Kröger und Fuchs)</i></p> <p><b>Hinweis an Lagezentrum:</b> Es wurde geäußert, dass man den letztgenannten Punkt der Diskussion Frage3/Antwort3 (<b>Eindämmungsmaßnahmen beibehalten und verschärfen</b>) in den Wochenbericht platzieren könnte. Dies wurde aber nicht von Herrn Schaade explizit aufgegriffen, daher hier nicht als ToDo kategorisiert.</p>	
2	<b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>	ZIG2 (Bahr)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Evidence on the Acceptance of Mandatory COVID-19 Vaccinations in Selected Countries</li> <li>! Folien zum Vortrag <a href="#">hier</a></li> <li>! Vorabergebnis: COVID-19 Containment measures, 8. Maßnahmenbericht</li> <li>! Es wurde die Akzeptanz der Impfpflicht untersucht, dabei wurde auf die Diversität der Maßnahmen geachtet und nicht auf eine Quantifizierung</li> <li>! Untersuchung von Peer-Review Veröffentlichungen: Oft keine Definition, was unter Impfpflicht zu verstehen ist</li> <li>! Empfehlung: Vorteile der Impfung kommunizieren, Rahmenbedingungen der Impfpflicht deutlich darlegen, Anpassen an die Bevölkerungsgruppe</li> </ul>	
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b> ( <i>nur freitags</i> )	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung  Es wurden einige Änderungen vorgenommen, u.a:  Hohe Fallzahlen bei den Ungeimpften explizit erwähnt  Hohe Todeszahlen thematisiert  Erwähnung der Omikron Variante und die damit einhergehenden aktuellen Unsicherheiten/ Wissenslücken.  Wichtigkeit von Kontaktreduktion und Boosterimpfungen thematisiert  Überarbeitete Version <a href="#">hier</a></p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Plakate für gemeinsame Impfkampagne Influenza + COVID-19 kommen bald raus  Paket mit Infomaterial für COVID-19 Schutzimpfungen für Testzentren in Vorbereitung (Zusammenfassung von verschiedenen Merkblättern)  Merkblatt Impfung für Kinder von 5-11 Jahren in Vorbereitung und wird zeitgleich mit STIKO Empfehlung veröffentlicht</p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In dieser Woche keine BPK mit Präs</li> <li>! Hinweis auf EpidBull Artikel zur Auslösung der 4. Welle</li> </ul>	<p>BZgA (Rückle).</p> <p>Presse (Degen)</p>



	<p>durch fehlenden Impfschutz (Autoren u.a. Jenny, Brockmann)</p> <p>! Krisenstab bittet um Zirkulieren des Artikels. Frau Degen wird Frau Seedat bitten, den Artikel in den Verteiler zu geben. Anmerkung der Protokollantin im Protokoll: Beitrag abrufbar: <a href="https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/2021/Bulletin/49/2021_Bulletin_49.html">Epidemiologisches Bulletin 49/2021 (rki.de)</a></p> <p>! Folgende Twitter Themen sind geplant:</p> <p>! ITS-Belegung erreicht die 5000-Marke (beim Erreichen)</p> <p>! Eindämmungsmaßnahmen beibehalten und verschärfen, um eine bessere Ausgangslage im Falle der Verbreitung der Omikron-Variante zu schaffen (aus Diskussion)</p> <p>! Vorschlag zum Tweet zum Wochenbericht wird erarbeitet und zirkuliert</p> <p><b>P1</b></p> <p>BZgA wird um Abstimmung des Merkblatts für Kinderimpfung gebeten, da P1 etwas Ähnliches vorbereitet</p>	<p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>! Themensammlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ AGI regt einen Initiativbericht an das BMG zur Definition Geimpfter und Genesener im Kontext der Schutzmaßnahmenausnahmereordnung an. Problematisch scheint hierbei die 14-tägig Lücke zwischen Entisolierung am 14. Tag und der Anerkennung des Genesenenstatus an Tag 28 zu sein. In dieser Zeit werden Personen (z.B. Schüler bei PCR-Pooltestungen) als Erkrankte reidentifiziert.</li> <li>▪ Entscheidung nach Diskussion:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Initiativbericht nicht notwendig, da bereits 2 Dokumente existieren (von FG33 zur Dauer der Impfzertifikate und FG36 zur Dauer der Quarantäne/<b>Isolierung</b>)</li> <li>2. Keine Empfehlung von PCR Testung nach Entisolierung. Ein positiver PCR Befund nach einer akuten COVID-19 Erkrankung sollte vor Ort oder vom Labor bewertet werden</li> </ol> </li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>







Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 10.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:15 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 10.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Silke Buda                |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Stefan Kröger             |
| ○ Lars Schaade       | ! FG37                      |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Tim Eckmanns              |
| ○                    | ○ Sebastian Haller          |
| ! Abt. 1             | ! FG38                      |
| ○ Martin Mielke      | ○ Ute Rexroth               |
| ! Abt. 2             | ○ Claudia Siffcyk           |
| ○ Thomas Ziese       | ○ Renke Biallas (Protokoll) |
| ! Abt. 3             | ! ZBS7                      |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Christian Herzog          |
| ! FG14               | ○ Michaela Niebank          |
| ○ Mardjan Arvand     | ! ZBS1                      |
| ○ Melanie Brunke     | ○ Janine Michel             |
| ! FG17               | ! P1                        |
| ○ Djin-Ye Oh         | ○ Ines Lein                 |
| ! FG21               | ! P4                        |
| ○ Patrick Schmich    | ○ Dirk Brockmann            |
| ○ Wolfgang Scheida   | ○ Susanne Gottwald          |
| ! FG28               | ○ Benjamin Maier            |
| ○ Claudia Hövener    | ! Presse                    |
| ○ Jens Hoebel        | ○ Marieke Degen             |
| ! FG32               | ! ZIG                       |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Johanna Hanefeld          |
| ! FG33               | ○ Anne Meierkord            |
| ○ Ole Wichmann       | ! ZIG1                      |
| ! FG34               | ○ Anna Rhode                |
| ○ Viviane Bremer     | ○ Romy Kerber               |
| ! FG36               | ! BZgA                      |
| ○ Walter Haas        | ○ Oliver Ommen              |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p>Folgende Berichte sollen in kommenden Sitzungen so kurz wie möglich zusammengefasst werden: VOC-Bericht und molekulare Surveillance, Testkapazitäten und ARS-Daten, syndromische und virologische Surveillance (ca. 8 Folien) Bis auf Weiteres wird es auch am Montag 13:00 Uhr eine Krisenstabssitzung geben.</p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  Datenstand: WHO, 09.12.2021                  Weltweit: 267.184.623 Fälle (+6,03% im Vergleich zu Vorwoche)                  Todesfälle: 5 5.277.327 Todesfälle (CFR: 2%)                  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:                  1. Überwiegend europäische Länder                  2. Wenig Änderung zur Vorwoche                  7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit                  3. Die meisten Fälle aus europäischer und amerikanischer Region, Südafrika 2%</p> <p>Weiterhin niedrige Impfquoten in der Russischen Föderation und Polen                  Steigende Fallzahlen in afrikanischen Ländern                  Omikron-Variante:                  In 53 Ländern bestätigte Fälle                  Bestätigte Fälle: 1.932 (Stand 09.12.2021)                  Erste Community-Transmissions wurden beobachtet                  Weiterhin asymptomatische oder milde Verläufe</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.423.520 (+61.288), davon 104.996 (+484) Todesfälle; 989.200 aktive Fälle (+9.800)                  7-Tage-Inzidenz: 413,7/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.241.008 (72,4%), mit vollständiger Impfung 57.729.749 (69,4%), 3. Dosis 17.710.503 (21,3%)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  4. Seit Ende November kein Anstieg mehr in allen BL, minimaler Rückgang, weiterhin sehr hohes Niveau                  5. Rückgang in Sachsen seit einigen Tagen, Thüringen kein Anstieg                  6. Anzahl Kreise mit 7-TI &gt; 50/100.000 EW: 411                  7. Anzahl Kreise mit 7-TI &gt; 50/100.000 EW: 121 (-1)                  8. Anzahl Kreise mit 7-TI &gt; 50/100.000 EW: 26 (+1)</p>	<p>Schaade</p> <p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>Hospitalisierungsinzidenz</p> <p>9. Ebenfalls keine starke Steigerung mehr</p> <p>10. 7-TI: 5,71 / 100.000 EW</p> <p>11. 7-TI bei &gt;60: 13,40 / 100.000 EW</p> <p>12. Anteil der COVID-19 Pat. An ITS-Belegung: 22,2%</p> <p>13. Veränderung der Fälle zum Vortag auf ITS: +46 Sterbefallzahlen</p> <p>14. Kein steiler Anstieg, weiterhin Übersterblichkeit</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Eine wirklich überzeugende Reduktion der Fallzahlen zeigt sich nicht. Eine strategische Kommunikation soll weiter diskutiert werden. Anscheinend reichen die bisherigen Maßnahmen nicht um die Belastung in einem größeren Maße zu reduzieren. Weitere Kontaktreduktion wäre eine Option.</p> <p><i><b>ToDo:</b> Ein Bericht zur Bedeutung der Kontaktreduktion v.a. vor dem Hintergrund der Verbreitung der neuen Omikron-Variante soll angefertigt werden. Frist: Montag</i></p> <p><b>Modellierungen (nur freitags)</b></p> <p>Update Kontaktanalysen:</p> <p>15. Analyse der Tagesmittelwerte</p> <p>16. Variabilität in den Kontakten reduziert sich weiter, d.h. Personen treffen sich weniger in großen Gruppen</p> <p>17. In der letzten Woche zeigte sich jedoch wieder ein Aufwärtstrend in der mittleren Anzahl der Kontakt, aber die Variation der Kontakte geht weiter runter, d.h. die leider sich wieder vermehrt, aber nicht in großen Gruppen (z.B. Konzerte, Clubs etc.)</p> <p>18. Beide Maßzahlen sollten bei effektiven Kontaktbeschränkungen sinken. Kontakte könnten zurzeit noch weiter reduziert werden.</p> <p>19. Die Trends unterscheiden sich teils stark zwischen den Bundesländern</p> <p>Omikron-Modellierungen</p> <p>20. Bisher schlechte Datenlage</p> <p>21. Analysen zeigen, dass der R-Wert von Omikron bis zu 4-mal so hoch (in anderen Analysen bis 2-mal so hoch) wie der von Delta sein kann. Die Evidenz ist <i>uncertain</i>.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Der Kontaktindex ist ein guter Prädiktor für den R-Wert auf Bundesebene. Dies zeigt sich nicht auf Landesebene. Daten ob die Kontakte auch vermehrt in z.B. Impfzentren oder Arztpraxen stattfinden liegen nicht vor</p> <p>Modellierungen aus UK gehen von einem R-Wert von 2,2 aus</p>	<p>Haas &amp; LZ</p> <p>P4</p> <p>FG28</p>
--	---	--



## Soziale Ungleichheit und COVID-19 in Deutschland

Folien [hier](#)

Bundesweite Meldedaten wurden mit einem Deprivationsindex verknüpft

In Welle 1 zeigte sich ein erhöhtes Infektionsgeschehen in eher wohlhabenden Regionen. In den Wellen 2 und 3 waren Personen in hoch-deprivierten Gebieten mehr betroffen. Dies scheint auch in der aktuellen 4. Welle der Fall zu sein. Die kumulative Todesfallzahl stieg im Verlauf der Pandemie in sozial deprivierten Regionen besonders stark an und übersteigt seit Welle 2 die entsprechende Zahl in wohlhabenden Regionen deutlich.

Auf individueller Ebene zeigte sich ein doppelt erhöhtes Infektionsrisiko mit niedrigeren Qualifikationsstand.

In Gruppen mit hoher Deprivation / hoch-deprivierte Regionen wurde weniger getestet und es kam zu einer höheren Untererfassung in den Meldedaten.

Die Studien werden weiter durchgeführt, um weitere Aussagen zu sozialen Unterschieden treffen zu können, insbesondere auch im Sero- und Impfstatus.

Die Impfakzeptanz scheint in sozial benachteiligten Gruppen geringer zu sein, insbesondere im Alter unter 60 Jahren.

Zusammenfassung und Präventionspotenziale:

22. Mehr Infektionen

1. Auf Lebens- und Arbeitsbedingungen abgestimmter Infektionsschutz und Prävention
2. Verbessertes Informationszugang (zielgruppenorientiert)

23. Untererfassung höher

1. Zielgerichtetes niedrigschwelliges Testangebot

Die Ergebnisse werden in Berichtform geteilt.

### Diskussion:

Ein (Kurz-) Initiativbericht soll auch mit dem BMG und der BZgA geteilt werden. Konkrete Vorschläge und Empfehlungen sollen gerne darin enthalten sein.

Die Ergebnisse haben eine hohe Relevanz und weitere Medien und Foren können genutzt werden, um die Ergebnisse zu teilen, z.B. Städtetag, Bundespressekonferenz, EpiBull.

Die Formulierung der Empfehlungen sollte vorsichtig erfolgen, auf die Potenziale der Verhältnisprävention hingewiesen werden.

Eine Darstellung der Daten nach Deprivation im Wochenbericht wäre möglich, jedoch wäre dazu eine Einordnung nötig. Dies würde den Wochenbericht deutlich erhöhen. Ein Hinweis auf den Kurzbericht kann einfacher im Wochenbericht geteilt werden.

2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>Überblick internationale Aktivitäten</b>  Die 2. Mission im Iran ist abgeschlossen  Die Mission in Papua New-Guinea ist ebenfalls abgeschlossen  Die Regionalisierung der Laborkapazitäten in Montenegro wurde heute feierlich eröffnet</p> <p><b>Übersterblichkeit in afrikanischen Ländern</b>  Folien <a href="#">hier</a>  In den meisten afrikanischen Ländern gibt es keine systematische Erfassung von Todesfällen (18/54 Ländern erfassen Todesfälle)  Vereinten Nationen gehen davon aus, dass unter nicht-pandemie Bedingungen nur 2/3 aller Länder 90% ihrer Todesfälle registrieren - Manche Länder sogar weniger als 10%  Momentan keine WHO Daten zu Übersterblichkeit in Afrika  Zur Erfassung der Übersterblichkeit sind Daten zur historischen Mortalität und der aktuellen Mortalität. In vielen Ländern liegen die historischen Daten nicht vor. Es gibt bereits Initiativen diese Datenlücken zu schließen.  Südafrika hat bis Feb 2021 fast 138.000 excess deaths verzeichnet- fast 3 mal so viel wie durch offizielle COVID-19 Todeszahlen (46.200)  Ägypten 68.000 excess deaths zwischen Mai und August 2020  Sterblichkeitsrate von kritischen Kranken in Afrika <b>48.2%</b> (95% CI 46.4–50.0; 1483 of 3077 patients) im Vergleich zu einem weltweiten Durchschnitt von <b>31.5%</b> (27.5–35.5).  Mögliche Gründe:  Fachkräftemangel im Intensivbereich  Niedrige Anzahl and Intensivbetten  Geringe Verfügbarkeit von Monitoring und invasiver Therapie (Dialyse, ECMO, etc.)  Sehr wahrscheinlich hohe Dunkelziffern der COVID-19 Todesfälle und der Übersterblichkeitsdaten  Mischung aus:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untererfassung,</li> <li>2. Lücken/Verzögerungen in der Datenlage</li> <li>3. Reduzierte medizinische Versorgung aufgrund der Pandemie</li> <li>4. Ungeklärte Effekte wie erhöhte Langzeitsterblichkeit nach Infektion</li> </ol> <p>Weiterhin unklar, ähnlich zu Europa, wie NCDs und verzögertes Abklären von Symptomen zu einer höheren Übersterblichkeit während der COVID-19 Pandemie (aber anzunehmen, dass diese drastischer sind aufgrund von weniger resilienten Gesundheitssystemen)</p>	<p>ZIG</p> <p>Meierkord</p>



3	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>CWA:        &gt; 38,2 Mio. Downloads   &gt; 70.000 Downloads/Tag        &gt;880.000 Warnende insgesamt, rund 8000 Warnende/Tag        &gt;90.000 empfangene rote Warnungen (PPA-Zahlen)        In Entwicklung: Version 2.15 mit angepasstem Text zur roten Warnung</p> <p>CovPass:        &gt; 157,14 Mio DCC (06.12.)        CovPass-App: &gt; 26,8 Mio. Downloads (06.12.)        CovPassCheck-App: &gt; 1,65 Mio. Downloads (06.12), + 21%        Wochenvergleich</p> <p>DEA:        &lt; 50.000 Anmeldungen pro Tag        &gt; 17,9 Mio. Anmeldungen seit 11/2020</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Durch hohe Zahl Personen die eine Warnung bekommen kann es teils dazu kommen, dass Meldungen in der CWA ihren Warncharakter verlieren. Auf der anderen Seite werden Personen noch mehr auf das aktuelle Infektionsgeschehen aufmerksam. Eine Auswertung dieser Wirkung ist schwer möglich.</p> <p>Kommunikative Möglichkeiten in der App sind begrenzt        Eine weitere Eingrenzung des Zeitraums in dem ein Risikokontakt auftrat ist derzeit nicht möglich. Gründe dafür sind Datenschutzthemen, aber auch die technischen Spezifikationen der Anwendung selbst.</p> <p>Bei den Downloads der CWA zeigen sich regionale Unterschiede (mehr in „Westdeutschland“ und in den Städten). <a href="https://www.coronawarn.app/de/science/2021-07-08-science-blog-2/">https://www.coronawarn.app/de/science/2021-07-08-science-blog-2/</a></p>	FG21



4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Eine Risikobewertung könnte in Zukunft stratifiziert nach Impfstatus und Virusvariante dargestellt werden. Die Risikobewertung richtet sich nicht an das Individuum, sondern an Bevölkerungsgruppen. Viele unterschiedliche Faktoren (z.B. Umgebungsfaktoren, aber auch stark andere Verhaltensweisen) beeinflussen das individuelle Risiko. Eine solche Darstellung kann missinterpretiert oder sogar missbraucht werden. Ebenfalls wäre es möglich, dass ein falsches Gefühl der Sicherheit kommuniziert wird. In die Risikobewertung für Deutschland fließt auch ein, wie viele Menschen es jeweils in den einzelnen Kategorien gibt. Transmission und Belastung des Gesundheitswesens ist hier nicht abgebildet. Eine Darstellung zur Effektivität und dem Schutz des bestehenden Impfstatus wäre ebenfalls interessant.</p>	Abt. 3
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b> 2 Twitter-Beiträge: Datenspende und aktueller EpiBull-Artikel Aufruf zur Booster-Impfung und Kontaktbeschränkung</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
7	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	Alle



<b>11</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> Wird am Montag berichtet	FG14
<b>12</b>	<b>Surveillance</b> (nicht berichtet)	FG 32
<b>13</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> Hohe Belastungen an den Flughäfen (v.a. Frankport), da alle Personen aus VV-Gebieten getestet und nachverfolgt werden sollen. Der Umgang mit positiv-getesteten Personen an den Flughäfen, in internationalen Bereichen, ist nicht geklärt.	FG38
<b>14</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> Hoher Arbeitsaufwand im LZ und zusätzliche Belastung durch Ausfall durch Krankheit oder CWA-Warnungen, aber auch Quarantäne von Kindern. Einige Schichten können derzeit nicht voll besetzt werden.	FG38
<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> Keine	Alle
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Montag, 13.12.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:15 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Montag, 13.12.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Tim Eckmanns
○ Lothar Wieler	○ Muna Abu Sin
○ Lars Schaade	! FG38
○ Esther-Maria Antão	○ Ute Rexroth
! Abt. 1	○ Ariane Halm (Protokoll)
○ Martin Mielke	! ZBS7
! Abt. 2	○ Christian Herzog
○ Thomas Ziese	○ Michaela Niebank
! Abt. 3	! MF1
○ Ute Rexroth	○ Stephan Fuchs
○ Tanja Jung-Sendzik	! MF4
○ Janna Seifried	○ Martina Fischer
! FG14	! P1
○ Melanie Brunke	○ Ines Lein
! FG17	! P4
○ Djin-Ye Oh	○ Benjamin Maier
! FG21	! Presse
○ Patrick Schmich	○ Marieke Degen
○ Wolfgang Scheida	! ZIG
! FG32	○ Johanna Hanefeld
○ Michaela Diercke	! ZIG1
! FG33	○ Anna Rohde
○ Ole Wichmann	! ?
! FG34	○ +49228994****94
○ Viviane Bremer	! BZgA
! FG36	○ Oliver Ommen
○ Walter Haas	
○ Silke Buda	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.531.606            (+21.743), davon 105.754 (+116) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 389,2/100.000 Einw.            Fälle auf Intensivstation: 4.905 (+3)            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.398.417 (72,6%),            mit zweifacher Impfung 57.879.290 (69,6%), mit zusätzlicher            Boosterimpfung 19.796.001 (23,8%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Rückgang in SN setzt sich fort, in TH noch nicht deutlich            rückläufig aber auch kein Anstieg mehr, in BB leichter            Rückgang, ebenso in BY            Keine Meldungen aus NI in den letzten Tagen, BL hatte aber            generell anteilig weniger Fälle und kann deswegen            Fallrückgang nicht erklären            22 Kreise mit 7-T-I &gt;1000/100.000, 80 mit &gt;500            Hospitalisierungsinzidenz, zw. 5 und 6 in den vergangenen 10            Tagen, leichte Schwankungen aber wenig Veränderung, hier            noch kein deutlicher Rückgang zu verzeichnen            7-T-I nach Altersgruppen            In allen AG rückläufiger Trend            Höchste Inzidenzen bei 5-14-jährigen, doch nun deutlicher            Rückgang, 60-90-jährige generell niedrig und auch hier            abnehmend            Geringster Rückgang bei 0-4-jährigen            Übersicht Indikatorentrends: Rückgang 7-T-I und R-Wert,            Kreise mit hoher 7-T-I leicht abnehmend aber noch nicht so            deutlich</p>	FG32
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Entwurf GMK zur Aufhebung der Testpflicht, Erlass (ID 4609;            beantwortet am 01.12.2021), verbunden mit Initiativbericht            Maßnahmen Omikron ! Entwurf Initiativbericht Omikron  <a href="#">hier</a>            Hintergrund: Letzte Woche ging ein Bericht zur Maßnahmen-            anpassung, inkl. verschiedene Inzidenzstufen, ans BMG,            Anfang 2022 wird erneut berichtet</p>	FG36/alle



	<p>Motto: Vorausschauendes Handeln zum Schutz der Bevölkerung</p> <p>Rationale: großer Anteil ungeimpfter Personen, die bei Infektion von schwerer Krankheit bedroht sind, Anstieg neuer Variante kann zu Anstieg schwerer Fälle führen</p> <p>Ziel: Maßnahmenstränge erneut intensivieren, inkl. Boosteraktivitäten aber auch nicht-pharmazeutischer Maßnahmen um Pufferkapazität in medizinischer Versorgung zu schaffen</p> <p>Maßnahmen sind bei aktueller Dynamik unzureichend, auch aufgrund erster Hinweise auf schwächere Impfeffektivität</p> <p>Noch keine Daten zum Schutz gegen schwere Infektion und Schutzdauer nach Boosterimpfung</p> <p>Kontaktbeschränkungen sind schnellstes Mittel zur Reduktion von Neuinfektionen</p> <p>Empfehlungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maximale Kontaktbeschränkung inkl. Vorziehen der Weihnachtsferien als effektives Instrument</li> <li>2. Maximale infektionspräventive Maßnahmen, inkl. Maskentragen</li> <li>3. Maximale Geschwindigkeit bei der (Booster)Impfung, 2G+ sollte unter bestimmten Umständen beibehalten werden, keine Großveranstaltungen, Schließung von Bars, Clubs, Diskotheken, usw.</li> </ol> <p>Diskussion</p> <p>Präs wünscht im Dokument klare, frühere Nennung der 3 Hauptempfehlungen, danach konkretere Spezifizierung</p> <p>Zusätzlicher Fokus auf Boosterimpfungen in Alten- und Pflegeheimen da diese nicht gut voranschreitet, inkl. Empfehlung zu verstärktem Einsatz mobiler Impfteams</p> <p>Präs berichtet, dass Lauterbach ControlCOVID und Bericht vom 01.12. nicht kennt, beides soll im Dokument erneut explizit erwähnt werden um darauf aufzubauen</p> <p>Auf Erwähnung der Neutralisationsergebnisse wird vorerst verzichtet, aus Daten zur T-Zellenimmunität ist keine tragfähige Schutzwirkung implizierbar</p> <p>Fokus auf Boosterimpfung, Unsicherheit bzgl. Impfschutz soll Impfkationen nicht schwächen</p> <p>2G+</p> <p>MPK will 2G+bei geboosterten Personen erlassen, im Bericht wird dies nur für gewisse Situationen empfohlen, von manchen Events wird ganz abgeraten</p> <p>Wie ist RKI-Haltung zu 2G+? 2G-Infektionen treten auf und müssen in vulnerablen Settings detektiert werden</p> <p>In BY wurde 2G+ viel eingesetzt, nun wird zurückgerudert</p> <p>Impfschutz vor symptomatischer Infektion ist gut, wenn zeitlich nahe an der Impfung, Transmission von Omikron bei 2G ist noch nicht bekannt</p> <p>Auffrischimpfungen haben vor 3-4 Monaten begonnen, vorherige Empfehlungen (z.B. Testung bei Besuch durch geimpfte in Altenheimen) sollten beibehalten werden</p> <p>Prüfung der Zertifikate wird anspruchsvoll in der Umsetzung (2-/3-fach geimpft, usw.)</p> <p>Nächste Schritte</p>	
--	---	--



	<p>Bericht geht noch heute Abend noch ans BMG Morgen GMK</p> <p>Zeitpunkt der Booster/Auffrischimpfung EMA-Produktspezifikation sagt frühestens nach 6 Monaten Booster nach 3 Monaten ist im Gespräch, dies ist schwierig in der Umsetzung angesichts der Kapazitäten UK empfiehlt seit 10 Tagen Auffrischung ab 3 Monate Wunsch ist aktuell, bei 6 Monaten zu bleiben, sonst wären bis zu 2 Mio. Impfdosen/Tag notwendig Übergang muss gut bedacht werden, Akzeptanz und Umsetzbarkeit ist problematisch Optimal wäre Auffrischung nach 6 Monaten mit 1 Monat Frist, sowie STIKO-Befragung zum optimalem Zeitpunkt RKI könnte Einschätzung bezogen auf Wirksamkeit, Sicherheit (zu beiden noch wenige Daten) und Umsetzbarkeit (Herausforderung) kommunizieren, STIKO-Befragung steht noch aus</p> <p>Wann ist Grundimmunisierung abgeschlossen? Kann die Grundimmunisierung rascher abgeschlossen werden? Einerseits fachlicher Aspekt, aber auch Praktikabilität ! Verunsicherung, Risiko der Begriffsverwirrung WHO-Definition 3. Impfung ist keine Grundimmunisierung mehr, nach 2-9 Wochen ist die Impfeffektivität nach 2 Dosen auch bei Omikron 88%, und sinkt dann schnell auf 35% Eine Booster-Impfung soll einen initial erreichten guten Impfschutz neu herstellen Die humorale Antwort geht grundsätzlich nach der Impfung schnell zurück, es besteht das Risiko des Bedarfs einer regelmäßigen (vierteljährlichen) Impfung Sorge ist größer bzgl. der Impfung nicht geimpfter Personen also der Schließung der Impflücken, als Boosterimpfungen Wenn der Schutz gegen schwere Erkrankungen stabil bleibt, ist eine Zirkulation ohne häufige Impfauffrischung möglich (bzw. Schutz mittels natürlicher asymptomatischer/ milder Infektion)</p>	
<p>5</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblätter in Vorbereitung Kinderimpfungen Für Pflegekräfte bezogen auf anstehende Impfpflicht Informationen zu Kinderimpfungen auf der Webseite sind angepasst und aktualisiert</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Eventuell Freitag BPK mit Präs, neuer Minister möchte das Format wahrscheinlich beibehalten</p> <p><b>P1</b></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>





	(nicht berichtet)	
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Telefonate von Präs mit BKA &amp; Gesundheitsminister Lauterbach                  Expertenbeirat Bundeskanzleramt                  Minister ist der Ansicht, dass das RKI exzellente Epi-Expertise in den Expertenrat einbringen kann                  Expertenbeirat soll wie SAGE in UK fungieren, Zielsetzung ist die ergebnisoffene Beratung von Minister und BKA                  Lauterbach möchte, soweit möglich, selber daran teilnehmen um fundierte Entscheidungen treffen zu können                  Dies ist eine positive Entwicklung, RKI berät BMG und somit das BKA, Informationsfluss soll transparent sein                  Minister sieht kein Problem darin, wenn keine Übereinstimmung zwischen RKI und Expertenrat besteht, wissenschaftliche Diskussion mit inhaltlichem Streit ist möglich                  Zunächst Bewältigung der aktuellen Krise, anschließend Evaluierung/was kann aus der Pandemie gelernt werden                  1. Priorität für BMG ist brechen der aktuellen COVID-19-Welle, Pandemie beenden                  Anvisierte Maßnahmen: Schließung von Clubs usw., Impfbeschleunigung, mehr Impfstoff                  Minister wird RKI öfter um Lageeinschätzung bitten, diese muss transparent und über übliche Dienstwege gesichert werden                  Julia Hermes wird das RKI in der Geschäftsstelle vertreten                  Morgen gibt es wahrscheinlich eine Vorstellungsrunde, Präs plant Beitrag zu aktueller Impfsituation und Datenerfassung derselben, ist bereits in Vorbereitung</p> <p>RKI-Stellungnahme zu 3-maliger Antigentestung unter Omikron, Zusatznutzen vs. Zusatzaufwand?                  Briten berichten die Inkubationszeit von Omikron ist auf 2 Tage verkürzt                  RKI sollte nicht zu spezifische Empfehlungen geben, Details müssen durch Einrichtungen spezifiziert werden                  Generell sollen in vulnerablen Settings diverse Barrieremaßnahmen angewandt werden, Testung ist als Zusatz zu sehen                  Herr von Kleist hat für Delta Modellierungen durchgeführt, dies könnte mit geänderten Parametern auch für Omikron berechnet werden, diese sind noch nicht gut bekannt                  Johanna Hanefeld hat Antwort der UK Modellierende an Krisenstab weitergeleitet                  Ggf. könnte dies auch eine Aufgabe für den Expertenbeirat sein, inkl. Austausch mit anderen Modellierenden im Ausland</p> <p><i>ToDo: Aufgabe an Herrn Kleist, Auftrag bis morgen 12 Uhr, Modellierung 2 oder 3-maliger Testung unter Omikron-Zirkulierung (mir ist nicht ganz klar, ob dies schlussendlich entschieden wurde)</i></p>	Präs/alle



	<b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)	
7	<b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	Alle
8	<b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG33
9	<b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG17
10	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <i>(nur freitags)</i>  Abschätzung der Auswirkungen vermehrter Fälle von Omikron in DEU auf die Krankenhauslandschaft Gibt es eine Szenarien-Modellierung zu Omikron und ITS-Belegung in Bezug auf diverse Faktoren, z.B. wie weit müsste die aktuelle ITS-COVID-19-Belegung sinken um bei einer starken Infektions-Zunahme durch Omikron bewältigt werden zu können? Dis würde eine besser Abschätzung der Maßnahmen auf KKH-Ebene ermöglichen, das Verlangen hiernach von Ländervertretenden nimmt zu FG33 EpiBull Artikel im Sommer hat langfristige Prognose gemacht die eingetroffen ist und die viele beeindruckt hat Ggf. eine Aufgabe für den deutschen (o.g.) Expertenbeirat? DIVI-Register hilft akute Verlegungen zu planen SPoCK macht auf aktuellen Zahlen beruhend unmittelbare Verlegungsprognosen und dient nicht längerfristig Für strategische Entscheidungen, die politische Aspekte tangieren (Prozesse, Verschiebungen, forcierte Personalrekrutierungsaktivitäten), sind längerfristige Szenarienmodellierungen notwendig Ohne Orientierungswert ist eine ausgewogene strategische Planung schwierig, aber RKI kann solch einen aktuell nicht liefern	ZBS7
11	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
12	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	
13	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
14	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
15	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
16	<b>Andere Themen</b>	



	Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	
--	---	--

**Ende: 14:40**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 15.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Walter Haas
○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda
○ Lars Schaade	○ Stefan Kröger
○ Esther-Maria Antão	! FG37
	○ Tim Eckmanns
! Abt. 1	! FG38
○ Martin Mielke	○ Ute Rexroth
	○ Renke Biallas
! Abt. 3	Claudia Siffczyk (Protokoll)
○ Tanja Jung-Sendzik	! ZBS7
○ Janna Seifried	○ Christian Herzog
! FG14	! ZBS1
○ Mardjan Arvand	○ Janine Michel
○ Melanie Brunke	! MF1
	○ Thorsten Semmler
! FG17	! MF4
○ Ralf Dürrwald	○ Martina Fischer
○ Djin-Ye Oh	! P1
! FG21	○ John Gubernath
○ Wolfgang Scheida	! Presse
! FG25	○ Susanne Glasmacher
○ Christa Scheidt-Nave	○ Marieke Degen
! FG32	! ZIG1
○ Michaela Diercke	○ Carlos Correa-Martinez
! FG33	! BZgA
○ Thomas Harder	○ Andrea Rückle
! FG34	! Sonstige
○ Viviane Bremer	○ Andreas Hicketier
○ Matthias an der Heiden	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.613.730 (+51.301), davon 106.680 (+453) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 353,0/100.000 Einw.                      Fälle auf Intensivstation: 4.892 (-34)                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.568.226 (72,8%), mit vollständiger Impfung 58.042.702 (69,8%), mit zusätzlicher Boosterimpfung 21.529.803 (25,9%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. (Fehler bei Sormas-GÄ: DEMIS-Meldungen z.T. nicht empfangen, Ausmaß wird untersucht)</li> <li>2. Rückgang in Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg. Ansonsten in den BL ein Plateau zu beobachten.</li> <li>3. Verlauf: leichter Rückgang bundesweit, jetzt etwas steiler</li> <li>4. Todesfälle: sehr hohes Niveau</li> <li>5. Anteil der LK mit 7-TI &gt;50: 411/411</li> <li>6. Anteil der LK mit 7-TI &gt;500: 85/411 [-10]</li> <li>7. Anteil der LK mit 7-TI &gt;1000: 13/411 [-9]</li> <li>8. Die am stärksten AG sind weiterhin Kinder und Jugendliche; am wenigsten betroffen: AG 75-84</li> <li>9. Weiterhin hohes Niveau und kein weiterer Anstieg</li> </ol> <p><b>ARS-Daten und Testungen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Ca. 1,7 Mio. Durchgeführte Test, Positivenanteil rückgängig                      Zurzeit ist eine hohe Laborauslastung in einigen BL zu beobachten, u.a. TH, bei den meisten Auslastung i.O., im Trend Abnahme                      Zeitverzug zwischen Abnahme und Testdatum: positiver Trend, d.h. geringere Auslastung der Labore zu beobachten und geringerer Zeitverzug</p> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Omikron in Stichproben: Anteil steigt auf 0,6%                      Übermittelte Fälle: Zunahme, insg. 410 Fälle (incl. ca. 2/3 Verdachtsfälle), regional über fast ganz D verteilt.                      Altersverteilung unverändert, Median 34,5 J.                      Symptomatik überwiegend mild, &lt;25% Fieber; 4 Fälle hospitalisiert, keine verstorben                      Ca. 50% vollständiger Impfschutz; ca. ¼ Reiseexposition,</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Fischer/Eckmanns</p> <p>Krüger/Semmler</p>

	<p>&gt;40% Exposition unbekannt  Modellierung: Exponent. Trend, Verdopplungszeit: 3,6 Tage  Internat: 40% Omikron in London; in UK: <math>R=5,5 \pm CI</math>,  Verdopplungszeit: 2,0 d<math>\pm CI</math>  Omikron in DESH: s. Folien; räuml. Verteilung: bisher keine  signifikanten Cluster nach PLZ</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b>  Folien <a href="#">hier</a>  ARE-Raten sinken im Grippe-Web. Angleichung an die  niedrigen Raten des letzten Jahres, v.a. bei Erwachsenen. Bei  Kindern eher auf dem Niveau des Jahres davor.  Rückgang auch in der Zahl der Arztbesuche.  Kinder haben einen hohen Anteil an ARE-Konsultationen mit  wenig COVID-Anteil, bei den Erwachsenen eher umgekehrtes  Bild, d.h. wenig ARE-Konsultationen mit höherem COVID-  Anteil  ICOSARI-KH-Surveillance: Anzahl der schweren  Atemwegsinfektionen nimmt weiterhin ab. Die Abnahme  hängt von mehreren Faktoren ab  Im Vergleich der 2020 und 2021 fällt auf, dass der Anteil der  älteren Personen unter den ICOSARI abgenommen hat.  Hypothese: Bereits gelernte und angewandte  Schutzmaßnahmen wurden früh umgesetzt  Ausbrüche in Kindergärten/Horte n=5.367; meist aus BW  Ausbrüche in Schulen n=8.131; meist aus BW</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b>  184 Einsendungen aus 54 Arztpraxen  In 49. KW kein Influenza-Nachweis  Am häufigsten nachgewiesene Viren sind in dieser Reihenfolge  die endemischen Coronaviren, RSV &amp; Rhinoviren</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister &amp; SPOCK</b>  Folien <a href="#">hier</a>  Mit Stand 15.12.2021 werden <b>4.822</b> COVID-19-Patient*innen  auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser)  behandelt.  In fast allen Bundesländern ist ein Anstieg oder ein hohes  Plateau in der COVID-ITS-Belegung zu sehen  Erneuter Anstieg in täglichen ITS-Neuaufnahmen von COVID-  Patienten mit <b>+2.189</b> in den letzten 7 Tagen  Trend in den BL: diverses Bild, teils Plateau, teils leichter  Anstieg, teils leichter Abstieg  Einschätzung der Betriebssituation:  70% der ITS teilweise oder ganz eingeschränkt; hoher Anteil  an beatmeten Patienten (high-Flow, nicht- und invasive  Beatmung, ECMO). Vornehmlicher Grund weiterhin Mangel an  personellen Ressourcen  Stagnation des Anteils der älteren und hochaltrigen Personen  auf ITS  <b>SPoCK Prognose:</b>  10. Ein Rückgang der belegten Kapazitäten wird  prognostiziert; Bild unterscheidet sich teilw. in den  Kleblättern</p>	<p>Buda/Dürr-  wald</p>
--	--	-----------------------------



	<p><b>Diskussion</b></p> <p>Bericht zum Monitoring von COVID-19 und Impfsituation in Alten- und Pflegeheimen soll vlt. an den Wochenbericht angehängt werden</p> <p>Trotz hohen Fallzahlen sind die Todeszahlen relativ gering, v.a. im Vergleich zur letzten Welle, dies könnte als Entkopplung vom Infektionsgeschehen gedeutet werden. In der letzten Woche wurde ein starker Anstieg an Todesfällen bei dem 80+ beobachtet, obwohl der Anteil an der ITS Belegung stabil blieb. Eine vermeintliche Erklärung wäre eine starke Verhaltensänderung der betroffenen Personen, aber auch eine Triage in den Kliniken/ vor Klinikeinweisung. Zur Einschätzung bräuchte es die ITS-Neuaufnahmen nach Alter stratifiziert werden.</p> <p>Unter der Annahme, dass in Deutschland bisher weniger Omikron-Fälle gemeldet wurden, als im Vergleich zu anderen Ländern, z.B. Dänemark &amp; UK, wurde diskutiert, ob die Ausweisung europäischer VV-Gebiete sinnvoll ist. Dadurch könnte eine Verbreitung verlangsamt werden. Grundsätzlich könnte auch von allen Reisen, die nicht unbedingt notwendig sind, abgesehen werden und nicht nur bei spezifischen Ländern. Maßnahmen an Grenzen lenken schnell von den Maßnahmen im Land ab.</p> <p>Bei der Verteilung der Omikron-Fälle kann ein inner-europäisches Nord-Süd-Gefälle beobachtet werden.</p> <p>Bei einer flächendeckenden starken Verbreitung der Omikron-Variante könnte es in Zukunft auch zu verringerten Testkapazitäten kommen. Auch immer mehr Personen müssten wieder in Quarantäne und könnten nicht ihrer Arbeit oder anderen Tätigkeiten nachkommen, dies könnte auch Auswirkungen auf essentielle Strukturen haben.</p> <p>Infektionsschutzmaßnahmen sollten noch weiter intensiviert werden. NPI spielen dabei eine wichtige Rolle, aber auch eine intensive Kommunikation ist äußerst wichtig. Massenmedien.</p> <p><b>ToDo:</b></p> <p>(1) <i>Stratifizierte Darstellung der ITS-Aufnahme möglichst bis Freitag, spätestens Mittwoch – Diercke</i></p> <p>(2) <i>Im Wochenbericht soll klar kommuniziert werden, dass der sinkende Trend der Fallzahlen nicht ausreichend ist, im Hinblick auf Omikron, und es intensivierte Maßnahmen erfordert.</i></p> <p><i>Auf Anfrage des BMG soll eine Anpassung des Initiativberichts erfolgen. - Kröger</i></p>	<p>Alle</p>
<p>2</p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>







	<p><b>ToDo:</b> Eine Sprachregelung zu der internationalen Verteilung von Impfstoffen / Impfgerechtigkeit / Impfstoffherstellung weltweit soll erstellt werden – Federführung <b>ZIG</b> zusammen mit FG37 &amp; FG33</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Viele der veröffentlichten Empfehlungen müssten bei der erwarteten Verbreitung von Omikron (Annahme einer erhöhten Übertragbarkeit) angepasst werden. Alle FG sollen Empfehlungen sichten und bereits schauen an welchen Stellen sich ein Änderungsbedarf ergeben könnte Auch Anpassungen an der Schutzmaßnahmenausnahmereverordnung müssen diskutiert werden. Bis diese geändert wurde, müssen alle Empfehlungen in dem Rahmen dieser Verordnung bleiben (z.B. Ausnahme von Quarantäne bei geimpften Personen).</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:                  # SARS-CoV-2                  ## Rhinovirus                  ## Parainfluenzavirus                  ## saisonale (endemische) Coronaviren                  ## Metapneumovirus                  ## Influenzavirus                  Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>13</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14

<b>14</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>15</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>17</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>18</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 17.12.2021, 11:00 / 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:08 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 17.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36
! Institutsleitung	o	Walter Haas
o Lothar H. Wieler	o	Stefan Kröger
o Lars Schaade	o	Udo Buchholz
o Esther-Maria Antão	o	Kai Schulze
! Abt. 1	!	FG37
o Anton Aebischer	o	Tim Eckmanns
! Abt. 2	!	FG38
o Thomas Ziese	o	Claudia Siffczyk
! Abt. 3	o	Ariane Halm (Protokoll)
o Ute Rexroth	!	ZBS1
o Tanja Jung-Sendzik	o	Annika Brinkmann
o Janna Seifried	!	ZBS7
! FG14	o	Christian Herzog
o Mardjan Arvand	o	Agata Mikolajewska
o Melanie Brunke	o	Claudia Schulz-Weidhaas
! FG16	!	MF2
o ?	o	Torsten Semmler
! FG17	!	P1
o Djin-Ye Oh	o	Ines Lein
! FG21	!	P4
o Wolfgang Scheida	o	Pascal Klamser
! FG23	o	Susanne Gottwald
o Robin Houben	o	Benjamin Maier
! FG32	!	Presse
o Michaela Diercke	o	Ronja Wenchel
o Claudia Sievers	!	ZIG
! FG33	o	Johanna Hanefeld
o Ole Wichmann	o	Anne Meierkord
! FG34	o	Mikheil Popkhadze
o Viviane Bremer	!	ZIG1
	o	Sofie Gillesberg Raiser
	o	Carlos Correa Martinez









	<p>mit vollständiger Impfung 58.297.370 (70,1%),  Auffrischimpfungen 23.145.689 (29,0%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  18. Hohe Inzidenzen in SN, TH, ST, niedrigste Inzidenz in SH  19. Höchste Inzidenzen in TH, geht weniger stark zurück als SN, letzteres starker Rückgang in letzten 7 Tagen  20. MV im Gegensatz zu anderen keinen abnehmenden eher ansteigenden Trend  21. Noch immer viele stark betroffene LK, Hildburghausen allen voraus mit &gt;1.400/100.000  Hospitalisierungsinzidenz knapp &gt;5, adjustierte Kurve deutet leichten Rückgang an  Anteil AG auf Intensivstation  22. Grüne Linie COVID-19-Fälle insgesamt pro Meldewoche  23. Hintergrund auf 100% gestapelte Säulen ist AG-Verteilung: oben hochhalte, alte in dunkelblau, jüngere AG unten in grau  24. Bei 2. und 3. Welle sowie auch jetzt wieder nimmt der Anteil hochaltriger AG zu  Wöchentliche Sterbefälle weiter ansteigend  Diskussion zu AG auf Intensivstation  Interessant wäre für jede AG außerdem zu sehen, wie hoch die Inzidenz und die Zahl der Todesfälle waren, um das Verhältnis der Parameter zueinander zu untersuchen, ist jedoch nicht einfach darzustellen?  Ggf. Kurve in spezifischen AG mit Intensivaufnahmen zu kreieren</p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>)  Bundesweite Kontaktreduktion, Folien <b>hier (Herr Klamser bitte hier ablegen)</b>  Kontakte seit November sinkend  negativer Trend wurde auch letzte Woche beibehalten  Variation der Kontakte pro BL: positiver Trend in SH, HH, BE (rot eingerahmt), Abwärtstrend NI, HB, NW, etc. (blau), manche neutral wie HE, MV  Importrisiko von Omikron, Folien <b>hier (Herr Klamser bitte hier ablegen)</b>  Modellierung von Flugnetzwerk anhand der Flugwege, sequenzierten Proben aus GISAID  Länder mit hohem Importrisiko meldeten Fallnachweise, auch Deutschland, wo früh Fälle importiert wurden  Diskussion  In GrippeWeb gibt es bzgl. Kontakten Unterschiede zwischen Erwachsenen und Kindern: bei Erwachsenen auf Niveau von Dezember 2020, bei Kindern auf sonst üblichem Niveau, Schulen und Kindergärten sind offen  Modellierung bezieht sich (nur) auf Erwachsene ab 18 Jahre, es sind keine Aussagen zu Kindern möglich  P4 macht gerade mit FG33 eine Modellierung zu Omikron  Erkenntnis aus Datenspende: viele, die infiziert waren (= Genesene) haben sich zwei und nicht nur einmal impfen lassen, häufig auch früher als empfohlen (nicht erst nach 6 Monaten); 50% haben sich nicht an die Empfehlungen</p>	P4
--	---	----





	gehalten, allerdings sind Personen aus der Datenspende gesundheitsaffin	
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Keine Updates Vortrag zu IST Aufnahmekriterien auf Montag verschoben</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <p>Siehe Kennzahlen und Entwicklung auf den Folien <a href="#">hier</a> CWA-News Auch HE hat CWA in Schutz-VO aufgenommen Nächste Woche voraussichtlich &gt;1 Mio. Personen, die über App gewarnt haben Limitierung der Personen, deren Zertifikate eingescannt werden, wurde behoben Kommunikation (CWA-Blog, Twitter) zu roter Warnung (viel gesehen und kommentiert) CWA Anpassung an Omikron Handlungsempfehlungen werden in Absprache mit FG36 angepasst Infos zu VOCs können nach Google/Apple eingespeist werden CWA scannt alle 2-3 Minuten, dies kann nicht stärker reduziert werden Impfzertifikate werden konfigurierbar gemacht, ggf. Ende Januar bereit Diskussion Entfernung ist anpassbar (von 1 auf 2m), müsste allerdings mit Fraunhofer Institut abgestimmt und erneut berechnet werden, da die Finanzierung gestoppt wurde Zeitraum der Begegnung kann nicht weiter spezifiziert werden da Apple und Google weder Ort noch genaue Zeit liefern, nur den Tag Update zur roten Kachel/Warnung nächstes Mal</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Dokument <a href="#">hier</a> Es gab ein paar Rückmeldungen und der erste Absatz wurde im Krisenstab besprochen Einstufung „sehr hoch“, stratifiziert nach Impfstatus Für geimpfte weniger Risiko, jedoch steigender infektionsdruck Potentiell sind auch Anstrengungen geimpfter und geboosterter notwendig, wenn die Versorgung aufrechterhalten werden soll Terminologie: Besser von Gruppen (genesener, geimpfter) reden, es ist kein individuelles Risiko Wie stark sollen immundefiziente und hochaltrige Gruppen ausdifferenziert werden? Eher später im Text Impfschutz gegen Omikron Details hierzu noch ungenügend bekannt, Schutz bei geboosterten 75-77% Zu schwerer Krankheit fehlen Daten und dies ist noch nicht abschließend beurteilbar, aber von Schutz vor schwerer Infektion wird ausgegangen, sollte auch so kommuniziert</p>	VPräs/alle



	<p>werden                  Gegen Delta ist die Wirksamkeit bei geboosterten 93%                  Dauer des Schutzes ist auch noch unbekannt                  Publikation aktualisierter Risikobewertung am Montag, bis dahin Krisenstab bitte erneut kommentieren</p>	
5	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b>                  FAQ werden aktuell komplett überarbeitet, werden heute oder nächste Woche geteilt damit sie vor Weihnachten publiziert werden können                  Kommunikation zur Datenerfassung und Publikation über Weihnachten und zwischen den Jahren                  Wie läuft dies und warum werden die Zahlen dann nicht belastbar sein (hat nichts mit Erfassungssystem zu tun)                  Sollte auch im Wochenbericht nächsten Donnerstag dargestellt werden                  Disclaimer ab Mittwoch vielleicht                  Tipps für Weihnachten aus BPK wurden gut aufgenommen und in Medien gestellt                  Tabellen im Wochenbericht                  Werden diese auch zwischen den Jahren veröffentlicht oder nicht? Pressestelle möchte Datenjournalisten informieren                  Es wird einen reduzierten Wochenbericht geben, intern wurde ein Vorschlag erarbeitet, die drei wichtigen Indikatoren (7-Tage-Inzidenz, Hospitalisierungsinzidenz, Intensivbelegung) werden berichtet, Daten aus zusätzlichen Systemen nicht                  Argument ist nicht primär die zusätzliche Arbeit, sondern fachliche Tatsache, dass Daten (falsch niedrig) sehr schwer interpretierbar sind und dies gefährlich sein könnte (falsche Entwarnung)                  VOCs herauslassen ist aktuell schwierig, diese sollen in minimaler Darstellung berichtet werden (Verhältnisse zueinander), kein deskriptiver Block wie im gewöhnlichen Wochenbericht</p> <p><b>P1</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
6	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b>                  Anpassung/Verschärfung des Stufenplans angesichts Omikron?</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p> <p>VPräs                  Haas/Buchh</p>



	<p>ControlCOVID-Stufenplan ist nicht mehr nicht passend für die aktuelle Situation, kann er noch so stehen gelassen werden, wenn nicht, was dann?</p> <p>Es gab kürzlich auf Omikron bezogenen Initiativbericht ans BMG, weitere differenzierte Eingrenzung ist aktuell noch nicht möglich</p> <p>Im Stufenplan wurde Überarbeitung zu Herbst/Winter erwähnt</p> <p>Finalisierung einer Überarbeitung des Stufenplans vor Weihnachten ist schwierig, da so viele Dinge noch unklar sind</p> <p>Heute erneut Expertenrat Treffen im BKA zum Thema Omikron, wahrscheinlich ist die Entscheidung weitergehender Maßnahmen</p> <p>Sollte noch dieses oder erst Anfang nächsten Jahres ein Lockdown/eine Maßnahmenverschärfung umgesetzt werden?</p> <p>Epidemiologisch ist Maßnahmenverschärfung früher besser</p> <p>Viel weniger Menschen würden sterben</p> <p>Auch Umsetzbarkeit und indirekte Effekte sind wichtig, ggf. wird die Impfgeschwindigkeit durch eine Verschärfung negativ beeinflusst</p> <p>Es finden aktuell noch Massenveranstaltungen statt (RKI hat sich dagegen ausgesprochen)</p> <p>In Portugal bleiben Schulen nach Weihnachten 1 Woche länger zu</p> <p>London meldet viele nosokomiale Infektionen, die kürzere Inkubationszeit hat Auswirkungen</p> <p>Empfehlungspapiere für KoNa in KKH werden aktuell überprüft</p> <p>Im BKA Expertenrat ist kein/e KKH-Hygieniker/in, das ist ungünstig</p> <p>ControlCOVID soll erhalten bleiben, Plan beinhaltet sehr viele Maßnahmen die umgesetzt/kontrolliert werden sollten und es aktuell nicht werden</p> <p>Muss letztendlich bezüglich Omikron angepasst werden</p> <p>Ausstiegsszenario für Aufhebung des Lockdowns sollte auch bedacht werden</p> <p>FG36/FG32 haben eine Seite zu gemeldeten Omikronfällen erstellt, könnte ein Teil dieser Daten zur Verfügung gestellt werden?</p> <p>Fazit</p> <p>Montag Extratermin zum Umgang mit Empfehlungen zu Omikron, müssen nicht alle dabei sein, abhängig von Entscheidungen des Expertenrats heute</p> <p>ControlCOVID-Plan bleibt online erhalten mit ergänzender Erwähnung „Vorbereitung auf Omikron“</p> <p>Tim Eckmanns nimmt an Treffen mit ??</p> <p>(Krankenhausexperten?) teil, was kann diese Gruppe tun, um das RKI zu unterstützen?</p> <p>Schnelle und umfassende Datenübermittlung</p> <p>Krankenhausbetten sollten akkurater gemeldet werden, es ist wichtig, dass das Intensivregister zuverlässig ist hinsichtlich Omikron</p> <p>Transparenz bezüglich Verlässlichkeit der Daten</p> <p>Könnte/sollte das Dashboard von MF2 veröffentlicht werden?</p>	olz (FG36)
--	--	------------



	<p>Präs und VPräs sind damit einverstanden                  Genomdaten sind langsam, Dashboard erfüllt deswegen nicht den Bedarf für mögliche schnelle Einschätzung                  Übersichtliche Darstellung in Form des technischen Reports                  Immer gut, die Arbeit des RKI transparent machen</p> <p><i>ToDo: Zusatztermin mit FG36, FG32, AL3 und FG17 (wenn Wunsch)</i></p> <p>Präsentation zum Status der ergriffenen Maßnahmen in Schulen, Folien <a href="#">hier</a>                  Hintergrund                  Datenauswertung der Kultusministerkonferenz (KMK) zu Fall- und Quarantänezahlen                  Daten sind nicht leicht zugänglich und für jede Woche separat herunterzuladen und zu verarbeiten                  Auswertungen:                  Anteil Lehrpersonal (LuL, gelb) in Quarantäne pro Fall ist in letzten Wochen bundesweit stark gesunken, ebenso bei Lernenden (SuS, grün)                  Präsenzbetrieb war bundesweit in letzten Wochen relativ wenig eingeschränkt                  Zahl der Ausbrüche aus dem Meldesystem ist in den letzten Wochen/Monaten stark angestiegen                  Infektionsdruck auf Lehrpersonal ist stark angestiegen                  Veröffentlichung im EpiBull sowie Rückspiegelung an KMK wäre sinnvoll</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Aktuell gute Impfeffektivität gegen symptomatische Erkrankungen, eindeutiger und positiver Trend                  &gt; 90-95% geschätzte Wirksamkeit der Impfung gegen schwere Verläufe                  Bei &gt;60-jährigen liegt diese über 90% (in jüngeren AG weniger Hospitalisierungen)                  Für Delta sehr erfreuliche Ergebnisse, ab nächster Woche kommen diese auch in den Wochenbericht</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Novavax erhält vermutlich positive Entscheidung von EMA und somit die Zulassung nächste Woche                  FG33 erstellt Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Kinderimpfungsempfehlung ist beschlossen und wird publiziert                  Parallel Publikation eines Faktenblatts zu Kinderimpfungen                  Beschlussentwurf der STIKO zum Abstand von Grundimmunisierung (2. Dosis) und Booster geht ins Stellungnahmeverfahren                  STIKO hat Abstandsverkürzung beschlossen, es wird</p>	<p>FG33</p>



	<p>Empfehlung eines Boosters nach 3 Monaten geben Bei genesenen war die Regel 6 Monate nach Infektion, und dann Booster, wird für diese nun auch reduziert auf 3 Monate Booster nach 3 Monaten ist nicht zulassungskonform Zulassung obliegt PEI oder EMA Hersteller muss Zulassungsänderungsantrag einreichen, mündlich hat EMA sich dafür ausgesprochen STIKO kann außerhalb der Zulassung empfehlen MG ist gerade dabei, aktualisierte Impf-VO anzupassen worin dies abgedeckt wird BKA Expertenrat Mertens (STIKO-Chef) ist auch im Expertenrat, deswegen einiges an Doppelarbeit der STIKO Sander, Streeck und Falk haben (mit Mertens?) ein Positionspapier mit ähnlichen Empfehlungen zu Impfabständen geschrieben Mertens wünscht Anlehnung an STIKO und hat dies auch ausgesprochen Konsensfindung im Expertenrat ist noch nicht klar (ob Mehrheit oder einstimmig), noch keine Geschäftsordnung</p>	
9	<p><b>Labordiagnostik</b> (<i>nur freitags</i>) <b>FG17</b> (nicht berichtet) <b>ZBS1</b> (nicht berichtet)</p>	<p>FG17  ZBS1</p>
10	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
11	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>
12	<p><b>Surveillance</b> (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	
13	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>FG38</p>
14	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>FG38</p>
15	<p><b>Wichtige Termine</b> keine</p>	<p>Alle</p>
16	<p><b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Montag, 20.12.2021, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:59



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 20.12.2021, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |                             |
|------------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung     | o Walter Haas               |
| o Lothar H. Wieler     | o Udo Buchholz              |
| o Lars Schaade         | o Stefan Kröger             |
| o Esther-Maria Antão   | ! FG37                      |
| ! Abt. 1               | o Tim Eckmanns              |
| o Martin Mielke        | o Muna Abu Sin              |
| ! Abt. 3               | ! FG38                      |
| o Osamah Hamouda       | o Ute Rexroth               |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Renke Biallas (Protokoll) |
| o Janna Seifried       | ! ZBS7                      |
| ! FG14                 | o Christian Herzog          |
| o Mardjan Arvand       | o Michaela Niebank          |
| o Melanie Brunke       | ! MF4                       |
| ! FG17                 | o Martina Fischer           |
| o Thorsten Wolff       | ! P1                        |
| o Djin-Ye Oh           | o Christina Leuker          |
| ! FG21                 | ! Presse                    |
| o Wolfgang Scheida     | o Susanne Glasmacher        |
| ! FG25                 | o Ronja Wenchel             |
| o Christa Scheidt-Nave | ! ZIG                       |
| ! FG32                 | o Johanna Hanefeld          |
| o Michaela Diercke     | ! ZIG1                      |
| ! FG33                 | o Sarah Esquevin            |
| o Ole Wichmann         | ! BZgA                      |
| o Thomas Harder        | o Oliver Ommen              |
| ! FG34                 | ! Weitere                   |
| o Viviane Bremer       | o Julika Loss               |
| ! FG36                 | o Agata Mikalojewska        |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.809.622            (+16.086), davon 108.352 (+119) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 316,0/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 60.992.596 (73,3%),            mit vollständiger Impfung 58.444.931 (70,3%), davon mit            Auffrischimpfung 26.194.109 (31,5%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            1. Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;50: 411/411            2. Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;500: 66/411 (-2)            3. Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;1000: 6/411 (-2)            4. Gesamt fallender Trand in der 7-TI            Hospitalisierungsinzidenz: 4,73 / 100.000 EW            Bei &gt;60: 10,94 / 100.000 EW            Weiterhin hohes Niveau, leicht sinkender Trend</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Durch die hohe Zahl an Nachmeldungen kann eine steigende            7TI-Inzidenz bei sinkenden Fallzahlen beobachtet.            Eine definitive Trendumkehr kann noch nicht beobachtet            werden.</p>	FG32
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Risikobewertung wurde angepasst            Die dynamische Entwicklung mit der Omikron-Variante wurde            berücksichtigt            Der Schutz kritischer Strukturen wurde als Ziel festgehalten</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Beschluss des Expertenbeirats wurde zirkuliert und direkt            publiziert            Am 21.12.2021 wird die Geschäftsordnung des            Expertenbeirats festgelegt.</p>	



<p>6</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Seit Freitag 550.000 Follower auf Twitter</p> <p><b>P1</b></p> <p>Social Cards zum Thema Impfung bei Kindern</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p>7</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>In Zukunft soll der Begriff „<b>Auffrischimpfung</b>“ (wie auch durch die STIKO verwendet) genutzt werden. Alternative Begriffe, wie „Booster-Impfung“ oder „Auffrischungsimpfung“ sollen demnach nicht mehr genutzt werden.</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p><b>Empfehlung zu kritischen Infrastrukturen und deren Betrieb bei hohem Aufkommen von Infizierten</b></p> <p>Dokument <a href="#">hier</a></p> <p>Vor dem Hintergrund der neuen Omikron-Variante wurden die Empfehlungen zur Aufrechterhaltung der kritischen Infrastruktur (KritIs) bei kritischen Personalmangel diskutiert und sollen zeitnah wieder veröffentlicht werden</p> <p>Verweise auf dieses Dokument sollen in den Empfehlungen zu Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen implementiert werden</p> <p>Es wird in den Empfehlungen zwischen Alten- und Pflegeeinrichtungen, Krankenhäusern und kritischen Infrastrukturen differenziert</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>In der Empfehlung sollte präzisiert werden, dass sich diese an die Belegschaft richtet und nicht an die Bewohner:innen, Patient:innen, Klient:innen oder Nutzer:innen.</p> <p>Das Dokument soll als eine „Stand-Alone Publikation“ mit Überschrift z.B. „Kritischer Personalmangel“ publiziert werden. Die Relevanz und Dringlichkeit soll dabei deutlich werden</p> <p>Neben der Regelmäßigen PCR-Testung sollen <b>medizinische Masken</b> (d.h. FFP2-Masken oder medizinische MNS) verwendet werden. Zwischen dem Einsatz einer FFG oder medizinischen MNS soll nicht unterschieden werden, vielmehr wird die Compliance bzw. die konsequente Nutzung im Vordergrund stehen.</p> <p>Auf die Risiken einer Infektion in geschlossenen Pausenräumen mit mehreren Personen soll verwiesen werden</p> <p><b>FAQ Tragen von Masken</b></p>	<p>Alle</p> <p>FG37</p>



	<p>Dokument <a href="#">hier</a>  Zurzeit liegen keine wissenschaftlichen Ergebnisse vor, dass FFP2 Masken im Vergleich mit MNS die Transmission bei Laien besser reduziert  Das Maskentragen zeigt dann die höchste Wirkung, d.h. eine Verringerung des Infektionsrisikos, wenn möglichst alle Personen im Raum eine medizinische Maske tragen (kollektiver Fremdschutz).  In Innenräumen im öffentlichen Bereich, wenn Menschen zusammentreffen, sich länger aufhalten, insbesondere wenn der physische Abstand von mindestens 1,5 m nicht immer eingehalten werden kann (z. B. Einkaufssituation, Schulen, Arbeitsplatz, öffentliche Verkehrsmittel).  In Haushalten mit bekanntem Fall einer SARS-CoV-2-Infektion, starkem Verdacht einer SARS-CoV-2-Infektion oder Anwesenheit von Personen, die einen engen Kontakt mit einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall hatten.  Bei der Auswahl ist darauf zu achten, dass die Maske zur Gesichtsform und -größe passt und korrekt und enganliegend sitzt (z.B. ist ein Dichtsitz bei Barträgern oft nicht möglich)</p> <p><b>COALA Studie</b>  Folien <a href="#">hier</a>  Es wurden <b>30 Kitas</b> mit einem <b>akuten Ausbruchsgeschehen</b> einbezogen und über 8 Monate untersucht  mind. 1 Kind oder 1 Mitarbeiter/in SARS-CoV-2-positiv Infizierte und Kontaktpersonen aus der Kita bzw. den Familien wurden <b>zu Hause besucht</b> und untersucht  Speichel, Mund/Nase-Abstrich für PCR (<i>kein tiefer Rachenabstrich</i>)  Standardisierte Befragung zu Symptomen, Exposition danach: <b>regelmäßige Selbstentnahme von Proben</b> (Mund/Nase &amp; Speichel, PCR), Symptomtagebuch über 12 Tage  Feldphase 10/2020- 06/2021  Rücklauf Selbstbeprobung &gt;90%  <b>Eine infizierte Person steckt im Schnitt 9,6% ihrer Kontaktpersonen in der Kitagruppe an 53,3% im eigenen Haushalt</b>  Kinder in der Kitagruppe haben sich anteilig seltener mit SARS-CoV-2 angesteckt als Beschäftigte:  <b>7,7 %</b> aller kindlichen Kontaktpersonen  <b>15,5 %</b> aller erwachsenen Kontaktpersonen  <b>In 54,5% der Haushalte</b> mit einer betroffenen Person aus der Kita (12/22 HH) wurde das Virus an mind. ein Haushalts-Mitglied weitergegeben.</p> <p><b>Kontaktpersonenmanagement</b>  Dokument <a href="#">hier</a>  Integrierte Änderungen:  Empfehlung zur stärkeren Priorisierung im Rahmen der Kontaktpersonennachverfolgung von Übertragungsereignissen mit hohem Ansteckungsrisiko</p>	<p>Fr.  Brunke/<a href="#">FG1</a>  <u>4</u></p> <p>Fr. Loss</p>
--	---	--





<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <u><a href="#">Siehe oben</a></u>	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 15:08 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 22.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Silke Buda                        |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Stefan Kröger                     |
| ○ Lars Schaade       | ○ Kristin Tolksdorf                 |
| ! Abt. 1             | ○ Udo Buchholz                      |
| ○ Martin Mielke      | ! FG37                              |
| ! Abt. 3             | ○ Tim Eckmanns                      |
| ○ Osamah Hamouda     | ! FG38                              |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Ute Rexroth                       |
| ○ Janna Seifried     | ○ Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ! FG14               | ! ZBS7                              |
| ○ Mardjan Arvand     | ○ Christian Herzog                  |
| ! FG17               | ! MF2                               |
| ○ Ralph Dürrwald     | ○ Torsten Semmler                   |
| ! FG23               | ! MF 4                              |
| ○ Robin Houben       | ○ Martina Fischer                   |
| ! FG 26              | ! Presse                            |
| ○ Heike Hölling      | ○ Ronja Wenchel                     |
| ! FG32               | ! ZIG                               |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Anne Meierkord                    |
| ○ Claudia Sievers    | ○ Mikheil Popkhadze                 |
| ! FG33               | ! ZIG1                              |
| ○ Ole Wichmann       | ○ Carlos Correa Martinez            |
| ! FG34               | ! BzgA                              |
| ○ Viviane Bremer     | ○ Andrea Rückle                     |
| ! FG36               |                                     |
| ○ Walter Haas        |                                     |

!





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 21.12.2021</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fälle: insgesamt 274.628.461, +5,27% i. Vgl. zur Vorwoche</li> <li>2. Todesfälle: 5.358.978, <u>7-Tages-CFR</u> gesunken auf 1,03% (<u>Vorwoche: 1,15%</u>). <u>Kumulative CFR 1,95% (Vorwoche: 1,97%)</u>.</li> </ol> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Weltweit steigende Fallzahlen</li> <li>4. Zusammensetzung der Top 10 unverändert</li> <li>5. De auf Platz 4</li> <li>6. Spanien und Italien etwas nach oben aufgerückt</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC Rapid Risk Assessment 18. Update - Omikron       <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wahrscheinlichkeit einer weiteren Verbreitung: sehr hoch</li> <li>2. Impact der Weiterverbreitung: sehr hoch</li> <li>3. Risiko für die öffentliche Gesundheit: sehr hoch</li> <li>4. Auf der Europakarte sind die Länder Deutschland, Frankreich, Niederlande, Norwegen, Polen und Österreich mit „very high concern“ eingestuft</li> </ol> </li> </ul> <p>7-Tage-Inzidenz Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Insgesamt hohe Inzidenzwerte</li> <li>6. Anstieg in Dänemark (jetzt &gt;1000/100.000 EW) größte Anzahl von Fällen</li> <li>7. Rückgang in Spanien, Bosnien, Norwegen, Schweiz</li> <li>8. Als Hochrisikogebiete sind Andorra, Dänemark, Frankreich, Norwegen und außereuropäisch Libanon dazugekommen (seit 19.12.2021), UK wurde Virusvariantengebiet (seit 20.12. 2021)</li> </ol> <p>Spotlight Dänemark</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. <b>7-Tages-Inzidenz (Trend zur Vorwoche): 1119 (+42%)</b></li> <li>10. 25.11.2021 Eintrag von Omikron zu Zeitpunkt ohne Maßnahmen, bei steigender Inzidenz</li> <li>11. Zu Beginn zwei große, zusammenhängende Ausbrüche: Konzert, Weihnachtsfeier in Schule, weitere Ausbreitung danach in Schulen</li> <li>12. 08.12.2021: Wiedereinstufung von Covid-19 als gesellschaftskritische Krankheit und „Lockdown light“ mit Beschränkung von Gruppengrößen bei Veranstaltungen unter 50 Personen; Nachtleben schließt um 24 Uhr, Schulferien vorgezogen</li> <li>13. 17.12.2021: Schließung von Museen, Theatern, Kinos, Zoos, Vergnügungsparks und Veranstaltungsorten. Restaurants bleiben geöffnet, dürfen aber nach 22 Uhr keinen Alkohol mehr ausschenken</li> <li>14. Modellierung der Fallzahlen: vier Szenarien mit steigenden Fallzahlen in Abhängigkeit von Impfeffektivität und Transmissionsrate (Folie 5), Darstellung nach</li> </ol>	<p>ZIG1 (Correa-Martinez)</p>



	<p>Altersgruppen zeigt, dass jüngere Altersgruppen stärker betroffen sind</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>          SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 6.878.709 (+45.659), davon 109.324 (+510) Todesfälle          7-Tage-Inzidenz: 289,8/100.000 EW (i. Vgl. z. Vorwoche -20%)          DIVI Intensivregister 4.563 (-56)          Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.201.400 (73,6%), mit vollständiger Impfung 58.661.704 (70,5%), Auffrischimpfungen 28.090.924 (33,8%)          Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:          15. Abnahme-Trend in TH, SN, ST, BB          16. Zunahme-Trend in HH, HB          Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis          17. 50 LK &gt; 500/100.000 EW          18. Höchste Inzidenz in Cottbus: 1108/100.000 EW          19. 4 LK mit Inzidenz &gt; 1000/100.000 (Schwerpunkt östl. BL)          Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche          20. Im Vgl. zur Vorwoche sinkende Inzidenz in allen Altersgruppen          21. Vergleich KW 50 2020/KW 50 2021 deutlichste Unterschiede (Zunahme) bei Kindern          Fall-Verstorbenen-Anteil nach Meldewoche und Altersgruppe          22. Bei &gt;80jährigen am höchsten          23. Nicht mit erster Welle Vergleichbar, da damals wenig Tests, CFR abhängig von der Anzahl erfasster (getesteter) Asymptomatischer</p> <p><b>DIVI Intensivregister</b></p> <p>24. Folien <a href="#">hier</a>          25. Aktuell 4500 Fälle in Intensivbehandlung          26. Abnehmende Belegung: -322 Fälle          27. Neuaufnahmen: nur geringer Rückgang auf 1.984 in den letzten 7 Tagen          28. Starker Anstieg der täglichen Todeszahlen (setzt Kapazitäten frei)          29. In vielen Bundesländern ein hohes Plateau in der COVID-ITS-Belegung, Rückgang in BY, SL, BW, BE, hier auch Rückgang der Neuaufnahmen          30. Behandlungsbelegung nach Schweregrad: Rückgang betrifft überwiegend die leichteren Fälle          31. Einschätzung der Betriebssituation: 70% der ITS teilweise oder ganz eingeschränkt, insbesondere Maximalversorger verzeichnen keinen Rückgang der Belegung          32. Anteil Belegung der 60+ Jährigen steigt prozentual, extrem starke Anstiege in Gruppe 60-69 und 70-79          33. SPoCK: Prognosen für die nächsten 20 Tage positiv (weiterer Rückgang). Zu beachten: Nur wenn der jetzige</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--





	<p>Zustand/Trend sich fortsetzt (keine Maßnahmen oder andere Effekte die nächsten Tage). Verlässlich sind eher die nächsten 10 (!) Tage der Prognose</p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>): nicht besprochen</p> <p><b>Zwischenfrage</b> Bedeutet die Zunahme der Todesfälle auf ITS, dass die Behandlung früher eingestellt wird? Nein, zumindest ist das aus den Zahlen nicht zu belegen, aktuell hohe Zahl der Todesfälle kann auch durch den Zeitverzug, mit dem diese auftreten, erklärt werden</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> Folien <a href="#">hier</a> ARE-Rate gesunken in 50. KW zur Vorwoche (3,4 %; Vorwoche: 3,8 %), deutlicher Rückgang bei Kindern, leichter Anstieg bei Erwachsenen Bei Erwachsenen und Kindern das niedrige Niveau des Vorjahres erreicht (Pandemiejahr) ARE-Konsultationen stark zurückgegangen, auf Vorjahreswert gesunken (ca. 900.000 Arztkonsultationen wegen ARE) Anteil COVID-19 an ARE 34. Anzahl der Konsultationen wegen neu aufgetretenen ARE bei kleinen Kindern besonders hoch, Anteil mit zusätzlicher COVID-19-Diagnose dagegen gering 35. besondere ältere Personen konsultieren Arzt seltener wegen ARE, erhalten aber vergleichsweise häufig eine COVID-19-Diagnose 36. In den Altersklassen 5-79 Jahre ist der Anteil von ARE mit COVID-19 in den letzten zwei Wochen gesunken ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Fallzahlen insgesamt gesunkenen (mitverursacht durch Rückgang von RSV bei Kindern). Seit Saisonbeginn hohes Niveau deutlich über den Vorsaisons, seit einigen Wochen Rückgang, aktuelle unter Niveau 2020. AG 35-59jährige weiterhin sehr hohes Niveau, aber deutlicher Rückgang. Vergleich Herbst 2020 und 2021 (2021 herrscht höherer Infektionsdruck, gleichzeitig ist der Anteil Geimpfter wesentlich höher): Jetzt Rückgang in AG 80+Jährige seit 3 Wochen, Rückgang in AG 60-79 seit 2 Wochen Rückgang der COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung Rückgang der verstorbenen (hospitalisierten) COVID-SARI-Fälle Rückgang in AG 35-59 weniger deutlich Ausbrüche: nicht besprochen, bei Interesse dem Foliensatz zu entnehmen</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p>	<p>FG 36 (Buda)</p> <p>FG 17</p>
--	---	--------------------------------------



	<p>184 Einsendungen                  9 SARS-CoV-2 Nachweise (&lt;7%), über alle AG verteilt, 15% in AG &gt;60Jährige                  1 Influenza-Nachweis (Kind, NH3N2)                  14% OC43                  3,6% 229E                  1 NL63-Nachweis                  Alle endemischen Coronaviren: 18%                  Rhinoviren und HMP (PIV4) stabil</p> <p><b>Testanzahl und -kapazitäten</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  Anzahl rückläufig, jetzt bei 1,5 Millionen                  Positivenanteil 18.6%                  Laborauslastung ist rückläufig, noch sehr hoch in SL, BB, MV, NS, TH                  Testzahlen in den Bundesländern: überall rückläufig                  Positivenanteil in BY und ST rückläufig                  Testorte: in Arztpraxen stärkster Rückgang, auch an anderen Orten, hier noch stärkerer Einbruch zu erwarten durch fehlende Schultests                  Testung nach Altersgruppen: Testinzidenz/100.000 in der AG &gt;80Jährige stabil, in allen andern AG Rückgang                  Positivenanteil bei 0-4Jährigen stabil, sonst Rückgang                  VOC (SARS in ARS): Omikron deutlich darstellbar, in KW 49 158/100%, in KW 50 145/100% (Nachmeldungen zu erwarten), Anteil etwas über 4%,                  Laborbelastung ist insgesamt gering</p> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  Omikron in Genomsequenzierung: 1,4% (KW 49)                  Omikron in IfSG-Daten: 3,5% (KW 50)                  In Testzahlen: 2,7% (KW 50) Stichproben: Anteil steigt auf 0,6%                  Hochgerechnete kumulative Anzahl Omikron (Folie 2 rechts):                  Kurve verläuft parallel zum Anstieg von Alpha (bei Pandemiebeginn)                  Bisher 2388 Fälle (Datenstand 22.12.2021, 753 Hinweise), in KW 50 1,8/100.000 EW, Verteilung über ganz DE, mit Hotspot in HH                  Exposition überwiegend in DE                  Angaben zur Impfung bei &gt;60% vorhanden: 61% vollständig geimpft, 13,7% mit Auffrischimpfung, 18,3% nicht geimpft                  Hospitalisierungsrate: 1,6%                  1 Todesfall (0,04%)                  54% mit COVID-typischen Symptomatik                  (Folie 5) Modell: Anstieg des Omikron- Anteils in der Stichprobe (Genomseq.): Bei Annahme einer Verdoppelungszeit von Omikron von 4 Tagen und einer Halbierungszeit von Delta von 51 Tagen liegt der Schnittpunkt (jeweils 50%) noch in KW 51</p>	<p>(Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p>
--	---	--



	<p>Modellierung beinhaltet Unsicherheiten und zeigt einen Anstiegstrend bei den Fallzahlen schon in KW 50, der in der Realität so nicht zu beobachten ist, deshalb fraglich, ob diese Darstellung in den Wochenbericht aufgenommen werden soll</p> <p><b>Zwischenfrage</b>                  Kann auf Basis der vorliegenden Daten von einer geringeren Krankheitsschwere ausgegangen werden?                  Noch keine Aussage möglich, bisher liegen die Fälle in mittleren AG, bisher keine Ausbrüche in vulnerablen Bereichen                  Kann allenfalls erhofft, sollte jedoch nicht kommuniziert werden (ggf. individuell leichter Verlauf, jedoch problematisch große Anzahl)</p> <p><b>Genomsequenzierung</b>                  236 Fälle in 440.000, entspricht einem Anteil von 4% in der Stichprobe                  Ebenfalls Anstieg in der globalen Probe (821 Nachweise)</p> <p><b>Diskussion</b>                  Hinweis: Fall-Verstorbenen-Anteil ist hoch trotz Impfung, hier wäre eine Altersstratifizierung wichtig                  Hinweis: Sorgfältige Kommunikation ist wichtig bezgl. sinkender Intensivauslastung / steigender Fallzahlen (noch nicht Omikron)                  Frage an Meldedatengruppe: Ist der Anteil der ITS-Aufnahmen nach Alter aufschlüsselbar? Antwort: JA                  Frage: Ab November nimmt der Anteil der &gt;80jährigen auf ITS in SA ab, aber Anfang 11/21 haben Fallzahlen noch zugenommen – systematische Benachteiligung dieser AG bei Aufnahme auf ITS? Altersstratifiziert zu klären: Wie wahrscheinlich wurde jemand der in der AG verstorben ist, vorher auf ITS behandelt                  Hinweis: Auch in den intensivmedizinisch nicht überlasteten BL ist der prozentuale Anteil der 80+Jährigen auf ITS rückläufig, in SN und TH ist der Rückgang steiler                  Rückmeldung aus den Kliniken: Es fehlen punktuell Betten für Notfälle, in Einzelfällen wird härter triagiert, Systemversagen bzw. systematische Benachteiligung bestimmter AG ist jedoch nicht zu erkennen                  Frage: Wird in Dänemark tatsächlich 2x/Woche und Person PCR getestet? Bisher ja.                  Hinweis: Bei sehr hohen Fallzahlen tritt in den Meldedaten ein Deckelungseffekt auf, die Berichterstattung wird weniger kleinteilig, die syndromische Surveillance wird Stütze</p>	<p>MF 2 (Semmler)</p>
--	--	---------------------------



<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>ITS Aufnahmekriterien im internationalen Vergleich                  ITS Aufnahmekriterien ähneln sich sehr im internationalen Vergleich, erste Guidelines (von mittlerweile zahlreichen) wurden in Asien entwickelt                  Intensivstation ≠ Intensivstation (Low Care, High Care, ECMO, Intermediär-Stationen werden unterschiedlich gehandhabt und eingeordnet)                  Ressourcen im Gesundheitssystem sind entscheidend                  Deutschland hat viele Krankenhausbetten und viele Intensivbetten, nimmt viele positiv getestete Pat. stationär auf und verlegt prozentual viele auf Intensivstation, mögliche Gründe: unerfahrenes Personal, Struktur des Gesundheitssystems, ökonomische Anreize (Maximalversorgung ist lukrativ), umfangreiche Kapazitäten                  Internat. Vergleich ist komplex durch unterschiedlich finanzierte und strukturierte HCS</p>	<p>ZIG (Meierkord)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Kein Anpassungsbedarf</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Nicht berichtet</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Derzeit zahlreiche Aktualisierungen: Merkblatt zur Auffrischungsimpfung, Merkblatt zur Impfung 5-11Jähriger wurde heute zur Freigabe eingereicht</p> <p><b>Presse</b></p> <p>22.12. BPK                  24.12. Veröffentlichung eines Interviews von Redaktionsnetzwerk Deutschland mit Präs Wieler                  Wochenbericht am 23.12. soll durch Twitter begleitet werden zu folgenden Themen: Omikron, AHA +L Regeln                  Wochenbericht soll auch am 30.12. durch Twitter begleitet werden, mit Hinweis auf die reduzierte Belastbarkeit der Zahlen                  Nach kurzer Diskussion: Alle Gründe hierfür sollen benannt werden (geringere Testzahl, weniger Arztbesuche, weniger Meldeaktivität)</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Diskussion</b></p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>



	<p>NI meldet über die Feiertage nicht, die Zahlen werden zum Wochenbericht am 30.12. aber vollständig sein                  Modell Anstieg des Omikron-Anteils in der Stichprobe (Genomseq.) als Grafik in den Wochenbericht aufnehmen?                  Die Grafik soll nicht aufgenommen werden, die Einführung eines neuen Indikators „Verdoppelungszeit“ soll vermieden werden, Dynamik der Entwicklung soll im Fließtext dargestellt werden</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Aussage, dass ContolCovid-Aktualisierung nicht abgestimmt war, kann hoffentlich geklärt werden                  Ein Amtshilfeersuchen aus Potsdam liegt vor                  Überregionaler Omikron-Ausbruch, sehr gut dokumentiert, 2G+-Setting,                  Bietet die Möglichkeit Inkubationszeit und Attackrate zu beobachten                  Hinweis: Genaue Beschreibung der 2G+ Auslegung (Tests, Kontrollen) ist wichtig                  TelKo (GA) hat bereits stattgefunden, Kontakt wird über die Feiertage gehalten, Einsatzteam danach zusammengestellt                  Runderlass: Krisenmanagement im Ressort BMG;                  Krisenszenario Omikron-Variante                  Zusammenstellung der Maßnahmen: Homeoffice soweit möglich im LZ und Gesamtbelegschaft, Aufforderung Auffrischungsimpfung wahrzunehmen, 3 AG-Tests/Person und Woche, AHA+L Regeln                  Könnte bei dieser Gelegenheit auf die angespannte Situation aufgrund fehlender Personalaufwüchse in der Vergangenheit hingewiesen werden?                  Ungünstiger Zeitpunkt, sowohl um Personalsituation als auch um die Pläne für das RKI laut Koalitionsvertrag zu diskutieren                  Kann erst geklärt werden, wenn sich der Minister dieser Fragen annimmt, was derzeit nicht der Fall ist                  Eine Dokumentation der Sachlage (starke Belastung falls die Fallzahl steigt und auch RKI-Personal ausfällt) wäre ggf. wichtig, auch wenn aktuell keine Konsequenzen gezogen werden                  Sachlicher Formulierungsvorschlag: „Es kann aktuell nicht ausgeschlossen werden, dass es zu Einschränkungen der Funktionsfähigkeit des RKI kommt“</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>VPräs</p> <p>FG 38 (Rexroth)</p> <p>VPräs Alle</p> <p>VPräs</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>Dokument „KritIS-Empfehlungen“                  Rückfrage aus dem BMG zur Umsetzbarkeit                  Rückmeldung aus Ständigem Arbeitskreis Hygiene, dass eine Umsetzung im KH möglich, in Altenheimen schwierig ist                  Ist für Personen mit vollständiger Grundimmunisierung aber ohne Auffrischungsimpfung, für die derzeit 2x PCR empfohlen</p>	<p>Alle                  FG 37                  (Eckmanns)</p>



	<p>ist, AG-Test ausreichend?                  Vorschlag: Im AH ist alternativ eine tägliche AG-Testung möglich, aber dann sollten qualitativ hochwertige Tests eingesetzt werden                  Frage: Gibt es eine Funktionseinschränkung von AG-Tests durch Impfung?                  Spielt international in den Überlegungen keine Rolle, es liegen keine Daten dazu vor                  Studie an HCW wäre wünschenswert, hier haben Drosten und Ciesek engere Kontakte                  Es stellen sich mehrere weitere Fragen zu dem Dokument:                  Wie lang halten wir aufrecht, dass Menschen mit Auffrischungsimpfung in Quarantäne gehen?                  Eine Aktualisierung der KoNa-Empfehlungen ist in Arbeit, es liegen jedoch nicht ausreichend Daten zur Transmission (ggf. kürzere Inkubationszeit, Übertragungsschutz nach Auffrischungsimpfung) vor, die eine Verkürzung der Quarantäne rechtfertigen würden                  Die derzeitigen KoNa-Empfehlungen werden deshalb inhaltlich nicht geändert, lediglich strukturelle angepasst: die Quarantäneempfehlung nach Omikron-Kontakt wird aus dem VOC-Abschnitt herausgenommen nach vorne gestellt, sobald Omikron die dominante Variante ist, bei Personalmangel gelten die KritIS-Empfehlungen                  CAVE: Zwischen Regime zur Eindämmung (angepasst an Omikron) und Vorgehen bei pandemiebedingtem Personalmangel muss unbedingt differenziert werden                  Widerspruch zur Entlassung aus dem KH und der häuslichen Isolierung, dort wird für frühere Entlassung bei HCW und Personalmangel 2xPCR gefordert</p> <p><b><i>ToDo: Dieser Passus wurde in die Empfehlungen zum Entlassmanagement eingeführt, als das KritIS-Papier offline ging und soll jetzt wieder gestrichen werden</i></b></p> <p>Dokument „Empfehlungen des RKI zu Hygienemaßnahmen im Rahmen der Behandlung und Pflege von Patienten mit einer Infektion durch SARS-CoV-2“                  Es soll auf VOC hingewiesen werden und auf einen Passus der KRINKO-Empfehlung „Infektionsprävention im Rahmen der Pflege und Behandlung von Patienten mit übertragbaren Krankheiten“ verlinkt werden, der mögliche Kohortierungsoptionen beschreibt                  Im Abschnitt Dauer der Maßnahmen soll der Hinweis aufgenommen werden: „Hierbei ist zu beachten, dass bei VOC die Datenlage häufig zu Beginn noch unzureichend ist und sich zu den besorgniserregenden Varianten (VOCs) gegenwärtig noch entwickeln kann.“</p> <p><b>Zwischenfrage:</b>                  Erhöhte Transmission bei Omikron durch Übertragung schon bei niedrigeren Viruslasten oder durch vorliegende höhere Viruslasten (2. These steht in der aktuellen Diskussion im Vordergrund, Datenlage unzureichend)</p>	<p>ZBS 7</p> <p>FG 14 (Arvand)</p>
--	--	--



	<p>Es liegen für Omikron noch keine aussagekräftigen Viruskinetiken vor</p> <p><b>ToDo: Vorschlag: Nachfrage im Konsiliarlabor</b></p> <p>Auch PCR-Schwellenwert <math>10^6</math> ist für Omikron nicht noch nicht gesichert, Datenlage auch hier noch nicht ausreichend für eine Änderung</p> <p>Dokument „Erweiterte Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen im Rahmen der COVID-19-Pandemie“ Der Satz „Das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt“ wird erweitert: „Das generelle Tragen eines medizinischen Mund-Nasen-Schutzes <b>oder FFP2-Masken</b> durch das Personal in allen Bereichen mit möglichem Patientenkontakt“</p> <p>Frage aus der EpiLag: Sollten Personen mit frischer vollständiger Impfung (2. Impfung) 3 Monate von der Quarantäne ausgenommen werden, und damit vorübergehend Personen mit Auffrischungsimpfung gleichgestellt werden? Nein, Auffrischung führt zu qualitative veränderter Immunantwort, ist nicht mit Z. n. 2. Impfung zu vergleichen</p> <p>Freigabe des Wochenberichts erfolgt nächste Woche durch Herrn Schaade</p>	<p>?</p> <p>FG 14 (Arvand)</p> <p>FG 38 (Rexroth)</p>
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Unter TOP 1 besprochen</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>unter TOP 1 besprochen</p>	
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p>	



	(nicht berichtet)	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> <b>Frohe Weihnachten!</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.12.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:10**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 29.12.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34
!	Institutsleitung	○ Viviane Bremer
	○ Lothar H. Wieler	!
	○ Lars Schaade	FG36
!	Abt. 1	○ Walter Haas
	○ Martin Mielke	○ Barbara Hauer
!	Abt. 3	○ Julia Schilling
	○ Osamah Hamouda	!
	○ Tanja Jung-Sendzik	FG37
	○ Janna Seifried	○ Muna Abu Sin
!	FG14	!
	○ Mardjan Arvand	FG38
	○ Marc Thanheiser	○ Ulrike Grote
!	FG21	○ Petra v. Berenberg (Protokoll)
	○ Wolfgang Scheida	!
!	FG25	ZBS7
	○ Christa Scheidt-Nave	○ Christian Herzog
!	FG32	!
	○ Michaela Diercke	MF2
	○ Claudia Sievers	○ Torsten Semmler
!	FG33	!
	○ Thomas Harder	Presse
		○ Ronja Wenchel
		!
		ZIG1
		○ Sarah Esquevin
		!





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Anmerkung: TOP 7 (Strategiefragen) wurde zu Beginn der Sitzung besprochen, das Protokoll ist zugunsten der Übersichtlichkeit dort abgelegt</b></p> <p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Datenstand weltweit, WHO, Datenstand 28.12.2021</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fälle: insgesamt 280.119.931, + 10,8% i. Vgl. zur Vorwoche</li> <li>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Europa ist stark vertreten, einige Länder mit steigenden, einige mit sinkenden Fallzahlen</li> <li>3. Unterschiedliche Gründe für Fallzahlanstieg: teilweise Omikron, teilweise Delta</li> </ol> </li> <li>7-Tage-Inzidenz/100.000 EW weltweit                         <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Europa trägt mit Anteil von 57% zu weltweisem Anstieg bei</li> <li>5. Steigende Inzidenzen weltweit, Nord/Süd-Gefälle, Anstieg aber auch in den Regionen Afrika und Amerika zu verzeichnen</li> </ol> </li> <li>7-Tage-Inzidenz Europa                         <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Wanderung der hohen Fallzahlen von Osten nach Westen</li> <li>7. Rückgang in UK</li> <li>8. Dominanz Omikron in Niederlanden, Belgien (60%), Schweiz (50%),</li> <li>9. In Frankreich (KW 50) 30%</li> </ol> </li> </ol> <p><b>National</b></p> <p>Disclaimer zur eingeschränkten Beurteilbarkeit ist weiterhin aktiv                      Fallzahlen, Todesfälle, Trend,                      Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.066.412 (+40.043), davon 111.219 (+414) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 205,5/100.000 EW (i. Vgl. z. Vorwoche -20%)                      DIVI Intensivregister 4.201 (-29)                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.471.933 (73,9%), mit vollständiger Impfung 58.957.258 (70,9%), Auffrischimpfungen 30.428.966 (36,5%)                      Todesfallzahlen sind nach wie vor hoch, Aufnahmen auf ITS gehen zurück                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                     <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Rückgang in TH, SN, ST</li> <li>11. Ansonsten eher Plateau</li> </ol>                     Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis                     <ol style="list-style-type: none"> <li>12. 10 LK &gt; 500/100.000 EW</li> <li>13. Im Fokus weiterhin BB, SN, TH</li> </ol> </p>	<p>ZIG1 (Esquevin)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>14. Höchste Inzidenz in Ilm-Kreis 918/100.000 EW Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)</p> <p>15. Am Stärksten betroffene Altersgruppen: 5-9jährige und Kinder insgesamt, dann folgen 35-44jährige</p> <p>16. Am niedrigsten liegt die AG der 70-84jährigen Hospitalisierungsinzidenz Rückgang, auch die adjustierten Werte nehmen ab Anzahl Meldungen (an GÄ) und Fälle (am RKI) nach Meldedatum</p> <p>17. Pro Fall gehen bei den GÄ mehrere Meldungen ein</p> <p>18. Verhältnis der Anzahl DEMIS-Meldungen zur Anzahl an das RKI gemeldeter Fälle ist stabil</p> <p>19. Dies zeigt, dass die GÄ routinemäßig zuverlässig arbeiten</p> <p><b><i>ToDo: Anmerkung im Wochenbericht, dass die Meldungen aus den GÄ täglich übermittelt werden und weder technische Probleme noch das meldeverhalten zu Problemen führen (ursächlich im Vordergrund sind Rückgang der Arztbesuche und Rückgang der Testanzahlen)</i></b></p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> Eine vorläufige Folie aus dem Grippe Web wurde besprochen: In der letzten Woche wurde ein Anstieg der ARE insbesondere bei Kindern und Jugendlichen und jungen Erwachsenen beobachtet Dieser Anstieg könnte ein erster Hinweis auf durch Omikron verursachten Anstieg sein und sollte aufmerksam beobachtet werden</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> Folien <a href="#">hier</a> KW 51: 74 Einsendungen 184 Einsendungen SARS-CoV-2 Nachweise sind um 8% eingependelt Influenza-Nachweise steigen an (typisch für Dezember, hoffentlich nicht der Beginn einer Welle)</p> <p><b>Testzahlerfassung am RKI</b> Folien <a href="#">hier</a> Es wurde aus 10% weniger Laboren berichtet 1,2 Millionen Tests (Vorwoche 1,5) Positivenanteil 16.4% (Vorwoche 18.6%) Kapazitäten sind nur eingeschränkt beurteilbar, es gibt aber keinen Grund hier eine Abnahme anzunehmen Testzahlen in den Bundesländern: überall rückläufig Testverzug: Lage entspannt sich, Testdurchführungen innerhalb 24 h nach Abnahme haben zugenommen In den BL überwiegend sowohl Rückgang der Testanzahl als auch des Positivenanteils BW: Testzahlrückgang, steigender Positivenanteil In Arztpraxen deutlich weniger Tests i. Vgl. zum Vorjahr Positivenanteil in Praxen rückläufig, an anderen Orten ebenfalls rückläufig, in KH stabil Testorte nach Altersgruppen: bei 0-4Jährigen und 5-</p>	<p>FG 36 (Haas)</p> <p>Abt. 2 (Mielke)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>(Abu Sin)</p>
--	---	--



	<p>14Jährigen mehr Tests i. Vgl. zum Vorjahr, in den anderen AG Abnahme der Testzahl im Vgl. z. Vorjahr Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner und Positivenanteil nach Altersgruppe und Woche: Rückgang des Positivenanteils in allen AG außer bei 0-4Jährigen VOC (SARS in ARS) Verdacht auf Omikron in KW 50: 7%, in KW 51: 12,5 %</p> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b> Folien <a href="#">hier</a> Omikron in Genomsequenzierung: 7,4% (KW 50) Omikron in IfSG-Daten: 17,5% (KW 51) Bisher übermittelte Omikron-Fälle: 13.129, Verteilung über ganz Deutschland Angaben zur Impfung bei 50% vorhanden: davon 50% vollständig geimpft, 19,8% mit Auffrischimpfung, 21,3% nicht geimpft 159 Hospitalisierungen 185 Reinfektionen 4 Todesfälle Modell: Anstieg des Omikron- Anteils in der Stichprobe (Genomseq.): Verdoppelungszeit jetzt 3 Tage</p> <p><b><i>ToDo: Diese Folie (Modell) bitte an Benjamin Maier (P4) schicken</i></b></p> <p><b>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen</b> In KW 50 Stichprobenanteil 9,38% Verdoppelung der Rate</p>	<p>FG32 (Sievers)</p> <p>MF 2 (Semmler)</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b>  (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)  (nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>  Kein Anpassungsbedarf</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)  (nicht berichtet)</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b>  Zahlreiche Anfragen zu folgenden Themen: Welche Datenquellen wird Minister Lauterbach neben dem RKI heranziehen (Aussage bei der Bildzeitung)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>Kommentar: Hier muss ggf. auf das BMG verwiesen werden, im Rahmen der TelKo mit BMG wurde von RKI-Seite darauf hingewiesen, dass Syndromische Surveillance und Positiven-Raten gute Anhaltspunkte bieten und der Untererfassungsfaktor auf 3 geschätzt wird</p> <p><b>ToDo: Abstimmung mit Pressestelle des BMG, ob hierzu eine gemeinsame Sprachregelung gefunden werden kann</b></p> <p>Laut FDA besteht bei Omikron eine größere Wahrscheinlichkeit für falsch negative AG-Selbsttests</p> <p>Kommentare: Auch laut FDA muss dies noch quantifiziert werden/es betrifft möglicherweise nur bestimmte Tests, die in DE keine Rolle spielen/es ist zu früh, um eine Aussage zur Zuverlässigkeit von AG-Tests bei Omikron zu machen</p> <p>Hinweis: ARS Meldungen sind bisher freiwillig und unterscheiden sich in den Bundesländern (eine gesetzliche Verankerung wäre wünschenswert)</p> <p>ARS-Daten sind auf der ARS-Seite online gestellt, auf der Diagnostik-Seite wird dorthin verlinkt, im Wochenbericht wird ebenfalls darauf hingewiesen</p> <p>Bericht zur Meldepflicht für alle durchgeführten Tests wurde Anfang Dezember von FG32 eingereicht, ist aktuell von BMG zurückgestellt</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p><b>Presse</b></p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p><b>Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung (KP-N) bei SARS-CoV-2-Infektionen</b> (Dokument <a href="#">hier</a>)</p> <p>Änderungen im Abschnitt 3.2.2 Hinweise zur Anordnung der Quarantäne:</p> <p>Rationale wurde angepasst: „Aufgrund einer beobachteten kürzeren Inkubationszeit, ist eine maximale Quarantänedauer von 10 Tagen weiterhin fachlich vertretbar.“</p> <p>2 Quarantäneoptionen: 10 Tage ohne abschließenden Test, 7 Tage mit abschl. PCR oder hochwertigem AG-Test</p> <p>Ausnahmen von der Quarantäne: „Von Quarantäne-Maßnahmen fachlich begründet ausgenommen sind Kontaktpersonen, wenn die zweite Impfdosis nicht länger als 3 Monate zurückliegt oder sie eine Auffrischimpfung gemäß STIKO erhalten haben.“</p> <p>„Unabhängig von diesem grundsätzlichen Vorgehen zur Quarantänedauer ist bei Einzelfällen, bei denen bereits bekannt ist oder vermutet wird, dass es sich um eine Exposition gegenüber einer VOI oder VOC (außer Alpha – B.1.1.7, oder Delta – B.1.617.2 oder Omikron – B.1.1.529 sowie Sublinien, siehe Übersicht zu den Virusvarianten) handelt</p>	<p>FG 36 (Schilling) Alle</p>



	<p>oder handeln könnte, eine Quarantäne von 14 Tagen sowie eine Testung mittels PCR (möglichst an Tag 1 der Ermittlung der engen Kontaktperson) immer empfohlen“          „Zudem wird in Haushalten mit bekanntem Fall einer SARS-CoV-2-Infektion, starkem Verdacht einer SARS-CoV-2-Infektion oder Anwesenheit von Personen, die einen engen Kontakt mit einem bestätigten SARS-CoV-2-Fall hatten, das Tragen einer medizinischen Maske empfohlen.“  <b>Diskussion</b>          Zur Frage ob Quarantäneausnahme 2 oder 3 Monate lang nach 2. Impfung gelten soll: Kurzzvorstellung der 3 derzeit verfügbaren Studien:              Studie aus Großbritannien. Etwas mehr als 500 Fälle, Effektivität der Biontec-Vakzine gegen Omikron (symptomatische Infektionen): bis 9 Wochen nach zweiter Impfung 88%, nach 3 Monaten 48%, dann 35%, 2 Wochen nach Auffrischimpfung 75%              Studie aus Dänemark: 3000 Fälle, Effektivität von Moderna und Biontec (jegliche Infektion durch Omikron), Biontec nach 4 Wochen 55%, nach 8 Wochen 16%, 4 Wochen nach Booster 54%              Konfidenzintervalle der Studien überlappen teilweise -&gt; relativ große Unsicherheit              Studie aus Schottland: relative Effektivität „Booster/ kein Booster“: 57%          Angesichts der Ergebnisse scheint eine Empfehlung von 3 Monaten für die Dauer der Quarantäne-Ausnahme nach 2. Impfung sinnvoll          Frage: gelten 3 Monate auch nach Auffrischungsimpfung?          Zur Dauer der Booster-Wirkung liegen noch keine Daten vor          Hinweis: In Schulen ist eine Quarantäneverkürzung auf 5 Tage +AG-Test noch möglich, Empfehlungen sollten kongruent sein, sollten 5 Tage nicht mehr empfohlen (7 Tage wären aber wieder mehr als eine Schulwoche) und ein anderes Quarantänekonzept (Test-To-Stay-Konzept) vorgeschlagen werden? (s. auch Diskussion S. 9)          Änderungsvorschläge zum KoNa-Papier werden angenommen, 3 Monate sind vertretbar, insbesondere weil durch die Empfehlung Masken zu tragen der Datenunsicherheit/dem Restrisiko Rechnung getragen wird</p> <p><b><i>ToDo: Ein Zusatz „bis zum Vorliegen weiterer Daten /Erkenntnisse“ soll an der Stelle der 3-Monats-Frist für Quarantäneausnahmen nach frischer vollständiger Impfung eingefügt werden.          Finalisierung möglichst noch am 29.12.2021 zur Übermittlung an BMG</i></b></p> <p><b>Anpassungen der Regelungen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme bei pandemiebedingtem Personalmangel in Einrichtungen der Kritischen Infrastruktur, hierunter Krankenhäuser sowie in Alten- und Pflegeeinrichtungen</b>          Dokument <a href="#">hier</a></p>	<p>FG 33 (Harder)</p> <p>Hauer, Haas</p> <p>FG37 (Abu Sin)</p>
--	--	--



	<p><b><u>Tabelle Seite 2, letzte Zeile</u></b></p> <p>Intensive Diskussion zu den Voraussetzungen für die Wiederaufnahme der Tätigkeit nach Infektion: Sollte hier eine Mindestfrist von 5 Tagen incl. 48 Stunden Symptommfreiheit und abschließende, PCR-Test eingeführt werden oder lediglich 48 Stunden Symptommfreiheit und PCR-Test vorausgesetzt werden?</p> <p>Konkrete Mindestdauer könnte Ressourcen schonen (frühzeitiges Testen vermeiden), Mitarbeitende schützen, ist eine klare Regelung für KRITIS, die nicht mit der Umsetzung von Hygienemaßnahmen vertraut sind</p> <p>Mit COVRIIN wurde keine Mindestdauer abgestimmt, dort wurde auch der Einsatz von oligosymptomatischen Beschäftigten diskutiert, 5 Tage Mindestfrist vor Wiederaufnahme der Arbeit entspricht einer Verschärfung der aktuellen Entlassungskriterien von HCW bei akutem Personalmangel (diese Fußnote würde allerdings mit Inkrafttreten der KRITIS-Anpassungen aus den Empfehlungen zum Entlassmanagement entfernt)</p> <p>Zusammenfassung: Formulierung „wenn mindestens 48 h Symptommfreiheit und frühestens 5 Tage nach Symptombeginn, dann eine PCR-Testung, wenn diese negativ (*Hinweis auf quantitative Bewertung) , vorzeitige Tätigkeitsaufnahme möglich“ wird konsentiert. Für asymptomatische Fälle bleibt der Hinweis in der Fußnote auf die allgemeinen Entlassungskriterien ausreichend.</p> <p><b><u>Tabelle S. 2, 2. Zeile</u></b></p> <p>3-Monatsfrist nach vollständiger Impfung wird auch hier aufgenommen</p> <p>Intensive Diskussion zur Quarantänedauer von Kontaktpersonen</p> <p>Sind folgende Verkürzungen (von 14 auf 10 und von 7 auf 5 Tage) vertretbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>„Fortführung der Tätigkeit mit täglich negativem AG-Test vor Dienstantritt bis Tag 10 nach Kontakt und kontinuierliches Tragen von medizinischer Maske“ für frisch Geimpfte (3 Monate lang) und Aufgefrischte</li> <li>„5 Tage kein Einsatz + 10 Tage lang AG-Test bei Wiederaufnahme (bzw. PCR an Tag 5, 7 und 10 in KH und Pflegeheim) und kontinuierliches Tragen von medizinischer Maske“ für vollständig Geimpfte</li> </ul> <p>Alle Verkürzungen unter 7 Tage haben keine Datengrundlage</p> <p>Aber: Die Empfehlungen sollen dazu beitragen Einrichtungen der KRITIS vor dem Versagen zu bewahren, deshalb muss im Vgl. zu den anderen Empfehlungen ein höheres Restrisiko in Kauf genommen werden, auch der Einsatz oligosymptomatischer Personen sollte aufgenommen werden</p> <p>Die o.g. Verkürzungen werden angenommen, allem anderen soll durch den einleitenden Satz: „Diese Empfehlung gilt zunächst bis zum 15.01.2021 und wird dann ggf. kontinuierlich an neuere Erkenntnisse und Erfordernisse zur epidemiologischen Lage zur SARS-CoV-2 Variante Omikron angepasst“ Rechnung getragen werden.</p>	<p>Herzog, Mielke, Haas, Schaade, Arvand</p> <p>Alle</p>
--	---	--





	<p>Ungeimpfte werden in der Tabelle nicht adressiert, deshalb soll im einleitenden Text explizit auf die Wichtigkeit von Impfung und Auffrischimpfung hingewiesen werden. Veröffentlichung ist für das neue Jahr geplant, Federführung liegt bei FG 36 (Haas).</p> <p><b>Arbeitsquarantäne</b> Gemeint ist eine mögliche Quarantäne-Verkürzung auch für Bereiche, die nicht KRITIS, aber z.B. wichtige Wirtschaftszweige sind Meinungsbild: Es ist nicht Aufgabe des RKI, festzulegen, welche Einrichtung als KRITIS eingestuft werden, es wäre besser, betroffene Bereiche bei Bedarf als solche einzustufen (politische Entscheidung)</p> <p><b>1-G-Regel</b> Ist eigentlich eine politische Entscheidung Wurde als Frage an den Expertenrat herangetragen, hier sollen Argumente für Präs als Mitglied des Expertenrats gesammelt werden Gemeint ist z.B. Zutritt zu Restaurants nur mit Auffrischimpfung Hinweis: Aus Konsistenzgründen müsste das auch für frisch und vollständig geimpfte 3 Monate lang gelten Genesenen-Status wird unwichtiger, Immunstatus im Zusammenhang mit Impfstatus rückt in den Vordergrund (in Abhängigkeit vom Abstand zur letzten Impfung) Aber: Wegen der kürzeren Inkubationszeit von Omikron werden Regeln zur Kontaktbeschränkung wieder wichtiger, der Impfstatus allein genügt nicht als Präventivmaßnahme Zusätzliche 3-Monats-Regel könnte motivierend für Grundimmunisierung sein, verkürzt die Frist bis man Zugang hat</p> <p><b>Umfangreicher Erlass vom 29.12.2021 0:20 Uhr</b> Diskussion zum Thema Schutzmasken in Schulen Frage, ob FFP-2—Masken für die Schule empfohlen werden sollen Unterscheidung Arbeitsschutz (Eigenschutz) und Übertragungsminimierung ist wichtig Kostenfrage (für die Eltern) Compliance-Frage (8 Stunden FFP-2 bei Kindern?) Größter Teil der FFP-2-Masken wird nicht als Arbeitsschutz, sondern zum Selbstschutz getragen, Empfehlungen sollten in diese Richtung geöffnet werden Nichtüberlegenheitsstudien von FFP-2 in KH zielen nur auf Eigenschutz, sie liefern keine Daten zum Fremdschutz Bisher gibt es keine überzeugenden Hinweise, dass FFP-2 besser ist, schon gar nicht bei Kindern FG 14 hat zu FFP-2 Empfehlung bereits eine auf Arbeitsschutz ausgerichtete Erlassantwort geschrieben</p> <p><b>ToDo: Stellungnahme (nicht auf Arbeitsschutz ausgerichtet) durch FG 14 soll beinhalten, dass</b></p>	Schaade. Alle
--	---	---------------

	<p><b>die Datenlage für das verpflichtende Tragen von FFP-2-Masken an Schulen nicht ausreicht</b></p> <p>Anwendungsforschung wäre wünschenswert Es gibt Hinweise, dass das Tragen von MNS bei Omikron eine effektive Präventionsmaßnahme ist</p> <p>Diskussion zum Thema Quarantäne an Schulen Steigenden Zahlen durch hohes Reff und kurze Generationszeit bei Omikron? Oder durch vermehrt engere Kontakte? Masken sind nur eine Komponente und entscheidend ist das konsequente Tragen Ausgehend von hoher Ansteckung würde Gruppenquarantäne zu flächendeckender Klassenquarantäne bzw. Schulschließung führen Ist ein Test-To-Stay-Konzept denkbar (tägliches Testen statt Quarantäne)? In den Erlassbericht könnte aufgenommen werden: Zu Omikron an Schulen ist derzeit noch wenig bekannt, derzeit sind Gruppenquarantänen nicht zu begründen, Test-To-Stay-Konzept könnte vorgeschlagen werden, um Erfahrung zu sammeln Frage: Soll 5 Tage Quarantäne +AG-Test als Empfehlung für die Schule gestrichen werden? Als Alternative Präsenz mit täglicher Testung? Für wie viele Tage? In den Schulempfehlungen können die 5 Tage bleiben, Inkonsistenz zu KoNa-Empfehlungen wird durch die serielle Testung, die in Schulen stattfindet, ausgeglichen Serielle Testung und Test-To-Stay-Konzepte sind nur gut, wenn alle anderen Hygienemaßnahmen (AHA+L) konsequent beachtet werden Grundsätzlich ist es empfehlenswert, die Testfrequenz in der Gruppe zu erhöhen, wenn ein Fall gefunden wird Fazit: Formulierung „5 Tage Quarantäne +AG-Test und weitere engmaschige serielle Testung kann erwogen werden“ ist gut Alternativ könnte ein engmaschiges Test-To-Stay-Strategie vorgeschlagen werden Sollten weitere Fälle innerhalb einer Woche auftreten, dann sollte eine Quarantäne für die ganze Gruppe empfohlen werden</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p><b>FG 14</b></p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>S. bitte TOP 9</p>	<p>Alle</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>



<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> <i>(nur freitags)</i> <b>FG17</b> (nicht berichtet) <b>ZBS1</b> (nicht berichtet)	FG17   ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> unter TOP 1 besprochen	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> <b>Gutes neues Jahr!</b> Nächste Sitzung: Montag, 03.01.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:44**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 03.01.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Tim Eckmanns                    |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Muna Abu Sin                    |
| ○ Lars Schaade       | ! FG38                            |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Ute Rexroth                     |
| ! Abt. 1             | ○ Maria an der Heiden             |
| ○ Martin Mielke      | ○ Claudia Siffczyk<br>(Protokoll) |
| ! Abt. 2             | ! ZBS7                            |
| ○ Michael Bosnjak    | ○ Christian Herzog                |
| ○ Thomas Ziese       | ○ Michaela Niebank                |
| ! Abt. 3             | ! MF 1                            |
| ○ Osamah Hamouda     | ○ Thorsten Semmler                |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ! MF3                             |
| ○ Janna Seifried     | ○ Nancy Erickson                  |
| ! FG14               | ! MF4                             |
| ○ Mardjan Arvand     | ○ Martina Fischer                 |
| ! FG17               | ! P1                              |
| ○ Djin-Ye Oh         | ○ Ines Lein                       |
| ! FG32               | ! Presse                          |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Ronja Wenchel                   |
| ! FG33               | ! ZIG                             |
| ○ Ole Wichmann       | ○ Johanna Hanefeld                |
| ! FG34               | ○ Mikheil Popkhadze               |
| ○ Viviane Bremer     | ! ZIG1                            |
| ! FG35               | ○ Anna Rohde                      |
| ○ Klaus Stark        | ! BZgA                            |
| ○ Hendrik Wilking    | ○ Andrea Rückle                   |
| ! FG36               |                                   |
| ○ Walter Haas        |                                   |
| ○ Udo Buchholz       |                                   |
| ○ Silke Buda         |                                   |
| ○ Stefan Kröger      |                                   |
| ! FG37               |                                   |





TO P	Beitrag/ Thema <i>Strategiefragen vorgezogen, inkl. FG 36-Bericht zu int. Daten zu Omikron</i>	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.066.412 (+40.043), davon 111.219 (+414) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 205/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 61.537.455 (74,0%), mit vollständiger Impfung 59.035.690 (71,0%), mit Boosterimpfung 31.008.690 (37,3%),            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            1. HB: dtl. Anstieg (7-T.-Inz: 513,6/100.000), SH: Anstieg; HH leichter Anstieg; SA, TH: leicht rückläufig            Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis            2. 8 LK &gt; 500/100.000 EW            3. Im Fokus weiterhin BB, SN, SA, TH            4. Höchste Inzidenz in Ilm-Kreis 866/100.000 EW            Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche            5. Inz. der 5-11Jährigen rückläufig; 15-34 Jährigen leichter Anstieg; generell sonst. Inzidenzen in Altersgruppen Niveau wie in Vorwochen            Hospitalisierungsinzidenz: Niveau analog zu Vorwoche            Diskussion:            Fallzahlen derzeit nicht belastbar, Feiertage, Ferien            In USA ebenso kommuniziert: Rückgang durch verändertes Verhalten der Bevölkerung während der Festtage, reduzierter Anzahl von Testmöglichkeiten und Testungen            Allgemeine Trends bleiben gültig            Exakte Fallzahl nicht abbildbar; Rückgang v.a. durch Inz.-Rückgänge in BL mit hohen Inzidenzen            in vielen BL noch Ferien, deshalb z.B. keine Testungen von SchülerInnen; wie genau sich das auswirkt, mögl.            Auswirkungen der Ausbreitung von Omikron derzeit noch nicht sichtbar</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>EinreiseVO  Bemerkung von Hr. Rottmann: Anpassung der EinreiseVO diskutieren; Exitscreening denkbar, analog zu and. Ländern; ggf über Antigentests (PCR-Testkapazitäten begrenzt); einheitliches System für alle Gebiete wäre hilfreich; Anfragen zu wegfallenden Testungen im Flughafenbereich und wegfallenden Handlungsoptionen kamen auch aus München  Evidenz, im frühen Stadium, bei frühzeitiger Verringerung der Mobilität wird Ausbreitung neuer Erreger verlangsamt, dies auch politisches Ziel</p> <p><b>To Do: Anpassung der EinreiseVO vorbereiten; FF: ZIG, FG38 Krisenmanagement, Einbeziehung AG Diagnostik; Entwurfsvorlage wird erarbeitet und zirkuliert, Diskussion im Krisenstab</b></p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung  Kurze Ergänzung zu Unsicherheiten in Bezug auf Omikron-Variante in Bezug auf Effektivität der Impfung und Dauer des Impfschutzes und zur Schwere der Erkrankung durch Omikron im Vgl. zu Delta  UR ergänzt und zirkuliert bis MI Ergänzung</p>	<p>Abt. 3, alle</p> <p>FG 38, alle</p>
5	<p><b>Expertenbeirat (mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</b></p> <p>Treffen zukünftig regelmäßig Di, 12:30 Uhr  Ggf. zukünftig eigene Meinungsabgabe des Gremiums denkbar  Vorbereiten: Daten zu Omikron, Omikron-Lage (SK, Matthias adH)  Zuarbeit FG 33 zur Matrix; Hinweis zum living systematic review im RKI</p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblatt zum Impfen für 5-11 Jährige  Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen und im Gesundheitswesen  Mailing zu verschiedenen Materialien an den ÖGD, an Kita-Träger (Aushang + Anschreiben), sowie Schulen (Aushang + Anschreiben)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Anfragen bzgl. Zunahme von Erkrankungen unter Geimpften häufen sich in Presse aber v.a. bei impfkritischen Gruppen  Um Klarstellung im Wochenbericht bzw. Verlinkung im Wochenbericht zu VOC-Bericht erbeten</p> <p><b>P1: kein Beitrag</b></p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>



<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Ergebnisse der Ministerrücksprache zur Quarantäne, Kritis und Impfpflicht am 31.12. und 03.01.                  Update on hospitalisation and vaccine effectiveness                  (UK: <a href="#">\rki.local.daten\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2022-01-03_Lage-AG_Technical-Briefing-31-Dec-2021-Omicron_severity_update.pdf</a>: Situation nicht auf Situation in D übertragbar                  UK: Exponentielle Fallzunahme übertrifft Inzidenzzunahme voriger Wellen deutlich (150-200.000 Fälle/Tag);                  Hospitalisierungsrisiko Omikron vs. Delta: Omikron um ca 50% geringeres Hospitalisierungsrisiko (Hazard Ratio: 0,53 95%CI: 0,50-0,57; allerdings nur eingeschränkte Aussage zu schweren Verläufen möglich aufgrund der Einschlusskriterien für Studienpopulation)                  Case fatality 4x geringer im Vgl. zu Delta                  &lt;20 Jährige: Anteil schwerere Verläufe über die Wellen gleichgeblieben (Vermutung: geringe Anzahl Geimpfter in dieser AG)                  VE Schutz vor symptomatische Infektionen für Omikron niedriger als für Delta; dtl. Abfall nach 5-9 WO im Vgl. zu Delta; nach 20 WO keine (2-D-AstraZeneca) bzw. nur 10% (2-D-mRNA) Schutzwirkung; (mRNA-Booster erhöht VE auf ca 55% (Biontech) bzw. 70% (Moderna), nach 10+WO Abfall auf 40%/50%)                  VE Schutz vor schweren Verläufen: nach 2 Dosen 2-24 WO ca. 72%; nach 3 Dosen nach 5-9 Wochen ca 88%: bei schweren Verläufen leichtes waning beobachtbar, dennoch Schutzwirkung entspricht Studie von Fergusson (22.12.2021)</p> <p><b>To Do: Fergusson-Studie an Benjamin Meyer (Modellierungen) weiterleiten</b></p> <p>Änderung der Isolierungsdauer                  Vorschläge aus Diskussion mit BMG zur Quarantäne/Entisolierung/KriTis                  Hr Schaade hat Änderungen zirkuliert (Email heute)                  Anmerkung zu höherem Risiko Genesener i. Vgl. zu Geimpften                  Diskussion: Breiter Abstimmungsprozess mit verschiedenen Fachgremien führte zu anderem Ergebnis als Beschluss der politischen Gremien; sollte bei Veröffentlichung zukünftig klar kommuniziert werden, dass es nicht mehr um rein fachliche Empfehlung des RKI, sondern um Beschlüsse der GMK/BMG/politischer Ebene handelt, die entschieden Fachliche Bedenken in Kommentaren begründen (z.B. zur mang. Eignung des CT als Kriterium für Entisolation) und Synopsis beifügen</p>	<p>VPräs, alle</p> <p>FG36/FG37</p> <p>FG36</p> <p>FG36</p> <p>alle</p>
----------	--	---



	<p><b>To Do: Synopse der heutigen Diskussion mit dem BMG in Tabellenform mit Kommentaren; FF Tabellenentwurf: FG37 (Ursprungstabelle wird von FG 36 zV gestellt); Kommentierung u. Ergänzung durch FGs, Entwurf an Hrn. Schaade vor Wtrl. an das BMG</b></p> <p>Frist: heute Dienstschluss</p>	FG 37, alle
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>nicht berichtet</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>nicht berichtet</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.01.2022, 11:00, via Webex</p>	

**Ende: 14:42 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 05.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34
! Institutsleitung	o	Viviane Bremer
o Lothar H. Wieler	!	FG36
o Lars Schaade	o	Walter Haas
o Esther-Maria Antão	o	Silke Buda
! Abt. 1	o	Stefan Kröger
o Martin Mielke	o	Kristin Tolksdorf
! Abt. 2	!	FG37
o Michael Bosnjak	o	Tim Eckmanns
! Abt. 3	!	FG38
o Osamah Hamouda	o	Ute Rexroth
o Tanja Jung-Sendzik	!	MF2
o Nadine Litzba (Protokoll)	o	Torsten Semmler
o Janna Seifried	!	MF4
! ZIG	o	Martina Fischer
o Johanna Hanefeld	!	P1
! FG14	o	Christina Leuker
o Mardjan Arvand	!	P4
o Melanie Brunke	o	Susi Gottwald
! FG17	!	Presse
o Ralf Dürrwald	o	Ronja Wenchel
! FG21	!	ZBS7
o Wolfgang Scheida	o	Christian Herzog
! FG25	o	Michaela Niebank
o Christa Scheidt-Nave	!	ZIG1
! FG32	o	Anna Rohde
o Michaela Diercke	!	BZgA
! FG33	o	Andrea Rückle
o Ole Wichmann		

o









	<p>26. 0-4-Jährige: RSV-bedingte Erhöhung geht kontinuierlich zurück.</p> <p>27. 4-14- und 14-34-Jährige: Zahl der SARI-Fälle wie in den Vorjahren.</p> <p>28. Bei Älteren geht die Anzahl und der Anteil der COVID-19-Diagnosen zurück. Anzahl der SARI-Fälle bei &gt;60-Jährigen auf dem Niveau der Vorjahre.</p> <p>29. Vergleich Herbst 2020/2021: Im letzten Jahr sind die COVID-SARI-Fälle weiter angestiegen, insbes. bei &gt;60-Jährigen, dieses Jahr fallen sie seit 49 KW ab. Auch die COVID-SARI-Fälle mit Intensivbehandlung und die Verstorbenen gehen seit KW48 zurück.</p> <p>Kita-/Schulausbrüche</p> <p>30. Aufgrund der Ferien hat die Anzahl der Ausbrüche stark abgenommen. Feriendichte ist bei 100%</p> <p>31. Anteil der Kinder nimmt zu und Anteil der Erzieher nimmt ab, möglicherweise aufgrund der zunehmenden Auffrischimpfung.</p> <p>32. In Schulen v.a. jüngere Altersgruppen (AG6-10) betroffen, wahrscheinlich wg nicht vorhandener Impfung.</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> Folien <a href="#">hier</a> KW 51: 65 Einsendungen, Positivenanteil 45% SARS-CoV-2-Anteil auf 10,9% gestiegen, stärkstes Virus im Sentinel, am häufigsten bei &gt;60 Anteil der Geimpften nimmt zu, ab dem 3. Monat nach Impfung kaum Unterschiede im Ct-Wert 2 Omikron-Nachweise Anstieg bei Influenza zu verzeichnen. Aus Labor Berlin 5 Nachweise (H3N2), davon eine Doppelinfection (H3N2/SARS-CoV-2) Endemische Coronaviren: Anteil OC43 rückläufig, 229E stabil. Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren stabil, RSV-Welle beendet, Parainfluenza niedriges Niveau, meist Parainfluenza-4.</p> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b> Folien <a href="#">hier</a> Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen: 33. Omikron in KW51 in Genomsequenzierung: 20%, übereinstimmend mit IfSG-Daten, aber Cave: geringere FZ 34. Omikron in KW52 in IfSG-Daten: 44,3% Übermittelte Omikron-Fälle: 35. Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 35.529 (Stand 04.01.22), stetiger Anstieg der FZ 36. Abb. Omikron-Fälle wurde verändert zu Fällen pro 100.000 Ew. wird so auch in den Wochenbericht übernommen. Beschreibung der übermittelten Fälle: 37. v.a. 15-34- und 35-59-Jährige, Anteil der Hospitalisierten und Gestorbenen steigt</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p><b>Impfung:</b>                  38. Für 52% der Omikron-Fälle lagen Informationen im Meldesystem vor: 21,7% nicht geimpft, 9,5 unvollständig geimpft. Mehrzahl (45,6%) vollständig geimpft.                  Modell: Anstieg des Anteil in der Stichprobe:                  39. Daten bis 28.12. berücksichtigt, Trend verändert sich, Beginn der Welle                  PCR+Seq. in BL für KW 52:                  40. Anteil der Typisierungen in den BL unterschiedlich –Anteil der Fälle bei denen ein variantenspezif. Test durchgeführt wird in TH bei 3%, in BY hingegen bei 42%                  Die Übermittlung der Daten in DESH erfolgt etwas zeitverzögert, evtl. muss hier nochmal sensibilisiert werden.                  Relativ viele nicht richtig gelabelt, müssen aus Analyse rausgenommen werden.</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister &amp; SPOCK</b>                  Folien <a href="#">hier</a>                  Behandelte COVID-19-Fälle/Neuaufnahmen:                  41. 3562 Personen auf ITS behandelt (Stand 05.01.2022), Reduktion im Vgl. zu Vorwochen                  42. Neuaufnahmen auf ITS auch deutlich zurückgegangen, gleichzeitig noch hohe Todeszahlen                  Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten:                  43. In vielen BL Reduktion oder Plateau                  44. In HH leichter Anstieg in ITS-Belegung, SH auch möglicher Anstieg                  45. Nord-östliche BL: Rückgang in den letzten Wochen, nun Plateau                  46. Mitte: TH auf hohem Plateau (33%), SN starker Abfall, trotzdem nun bei 30%                  47. Süd: Starker Rückgang                  48. Trotzdem 5 BL über 20%, 13 BL über 12%                  Behandlungsbelegung nach Schweregrad:                  49. Leichtere haben stärker abgenommen, wie auch in Wellen zuvor.                  50. Bei ECMO bisher keine Reduktion.                  51. Invasiv beatmet sind immer noch über 2000 Patienten und Patientinnen                  Einschätzung Betriebssituation &amp; Beatmungssituation:                  52. Bewertung “Eingeschränkt” rückläufig, freie invasive Beatmungskapazitäten gehen auch wieder hoch                  Entwicklung Altersgruppen                  53. Rückgang oder Plateau in den meisten Altersgruppen Omikron-ITS-Fälle                  54. Die meisten Fälle Delta oder unbekannt, Anstieg Omikron seit 22.12. sichtbar, aktuell 22 Omikron Fälle auf ITS in System gemeldet.                  SPoCK:                  55. Deutschlandweit Reduktion prognostiziert, aber in den Kleebältern wird im Norden wieder ein Anstieg prognostiziert</p>	
		<p>MF2 (Semmler)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>





	<p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  7-Tage-Inzidenz/100.000 EW EU/EWR                  56. Viele Länder Westeuropas haben inzwischen eine Inzidenz &gt;1000/100.000 Ew                  57. In den Zeitreihen der ausgewählten Länder sieht man die jeweils steil, ansteigende Kurve. Unter den Abb. die jeweils zuvor geschätzte Omikron-Prävalenz mit Datenstand</p> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gibt es die Möglichkeit bei DESH ein Pflichtfeld zur Eingabe einzuführen, damit fehlende Infos übermittelt werden?                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das Problem ist, dass die primärdiagnostizierenden Labore die Daten den sequenzierenden Laboren nicht übermitteln. Primärdiagnostizierende Labore müssten sensibilisiert werden.</li> </ul> </li> </ul> <p><b><i>ToDo: Problematik soll in der AG-Diagnostik am 11.01. diskutiert werden. (Mielke, Semmler)</i></b></p>	<p>ZIG1 (Rohde)</p> <p>Abt.1 (Mielke)</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	
<p><b>4</b></p>	<p>4. Absatz wird geändert zu „Die Omikronvariante ist deutlich übertragbarer als die früheren Varianten (z.B. Deltavariante). Es gibt erste Hinweise auf eine reduzierte Effektivität und Dauer des Impfschutzes gegen die Omikronvariante. Die Datenlage hinsichtlich der Schwere der Erkrankungen durch die Omikronvariante ist noch nicht ausreichend. allerdings zeigen erste Studien eher einen geringeren Anteil an Hospitalisierten im Vergleich zu Infektionen mit der Deltavariante. Das Gesundheitswesen und auch weitere Versorgungsbereiche können durch den erwarteten Fallzahlenanstieg dennoch stark belastet werden.“</p> <p>Letzter Abschnitt unter „Hintergrund“</p> <p>5. „...es ist zu befürchten, dass es bei weiterer</p>	<p>Alle</p>



	<p>Verbreitung der Omikronvariante in Deutschland wieder zu einer weiteren Zunahme schwerer Erkrankungen und Todesfällen kommen wird...“ wird geändert zu „...es ist zu befürchten, dass es bei weiterer Verbreitung der Omikronvariante in Deutschland wieder zu einem erneuten Anstieg der schweren Erkrankungen und Todesfällen kommen wird – schon aufgrund des erwarteten massiven Anstiegs der Fallzahlen – ...“</p> <p>Im Abschnitt „Empfehlungen“ wird Schutzwirkung der Impfung präzisiert:</p> <p>6. „Die Impfung bietet aktuell grundsätzlich einen guten Schutz gegen die Infektion und insbesondere gegen schwere Erkrankung und Hospitalisierung durch COVID-19.“ wird geändert zu „Die Impfung bietet grundsätzlich einen guten Schutz vor Infektion und insbesondere gegen schwere Erkrankung und Hospitalisierung durch COVID-19; die Schutzwirkung – insbesondere hinsichtlich milder Infektionen - lässt allerdings nach wenigen Monaten nach, so dass sie durch eine Auffrischimpfung wiederhergestellt werden muss.“</p> <p>Empfehlung zu Influenza:</p> <p>7. In Abschnitt „Empfehlungen“ wurde folgender Halbsatz hinzugefügt „...und helfen auch dabei, auch die Krankheitslast durch weitere akute Atemwegsinfektionen wie die Influenza zu reduzieren.“</p> <p>8. Im Abschnitt „Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems“ wird ebenfalls auf die Belastungen durch die steigende Influenza-Aktivität hingewiesen</p> <p>Im Abschnitt „Krankheitsschwere“ wird ein Halbsatz zum Hospitalisierungsrisiko ergänzt: „erste Studien zeigen im Vergleich mit Infektionen durch die Deltavariante ein geringeres Hospitalisierungsrisiko.“</p> <p>Die Auswirkungen außerhalb des Gesundheitswesens (große Anzahl erkrankter, nicht arbeitsfähige Personen) soll entsprechend der Darstellung im Wochenbericht eingefügt werden.</p>	
--	--	--



5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Intensive Diskussionen zu Impfungen und Krankheitsschwere bei Omikron, Diskussionen zu 1G und 2G+ (plus Test) Haushaltsstudie aus Dänemark wurde vorgestellt. Tiermodelle zeigen geringere Betroffenheit der Lunge, aber kann im Menschen anders sein, ebenso wie Ergebnisse zum Entry in Zellkultur. Wunsch nach bundeseinheitlichen Regeln. Vertrauliche Besprechungsinhalte wurden an Presse weitergegeben. Es hört eine große Anzahl von Personen zu. Erneute Sitzung zur Besprechung der Geschäftsordnung heute Abend, 05.01.22. Haltung zu Masken im Expertenrat ist pro, höherer Stellenwert als zuvor. Ggf. Überarbeitung der Stellungnahme hinsichtlich der Belastung der Normalstationen im KH</p>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Kein Beitrag</p> <p><b>Presse</b></p> <p><b>! Wegfall des Disclaimers ab 06.01.2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Eigentlich sollte der Disclaimer erst nächste Woche entfallen, aber ab 06.01. ist die Hälfte der BL nicht mehr in den Ferien, Arztpraxen sind wieder geöffnet und gegen Ende der Woche wird ein stabileres Bild der Daten erwartet.</li> <li>○ Von Presse ist der Disclaimer dahingehend überinterpretiert worden, dass die Daten gar nicht mehr aussagekräftig sind. Dies ist so nicht der Fall.</li> <li>○ In diesem Jahr waren die Feiertage auf dem Wochenende, daher auch etwas andere Situation.</li> <li>○ Es besteht eine große öffentliche Erwartungshaltung, dass das RKI in dieser Woche verlässliche Daten vorlegen.</li> <li>○ Es wird keine große Korrektur der Daten nach oben erwartet, da die, die sich letzte Woche nicht haben testen lassen, nun auch nicht mehr getestet werden.</li> <li>○ Im Wochenbericht könnte man ggf. die Einordnung gesondert vornehmen, statt als allgemeinen Disclaimer.</li> </ul> <p><b>ToDo: Disclaimer zum 06.01.2022 vom Dashboard, von der Fallzahl-Seite, dem Lagebericht und Wochenbericht entfernen. (Presse, LZ)</b></p> <p><b>! Botschaft für Twitter aus Wochenbericht für 06.01.2022?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Info, dass die Daten darauf hinweisen, dass Omikron in Kürze vorherrschende Variante ist und Wichtigkeit der Auffrischimpfung und Kontaktreduktion auch um Influenzawelle zu verzögern.</li> <li>○ Dies soll so kommuniziert werden, dass jeder</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel), alle</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>individuell seine Kontakte reduzieren soll.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktuelles Paper von FG37 und FG33 soll gesondert getwittert werden.</li> </ul> <p><b>P1</b></p> <p>Diskussion über vorgestellte Grafik zu COVID-Fällen und COVID-Todesfällen:          Wunsch nach deutlicher Darstellung, um von Wirkung der Impfung zu überzeugen, für Twitter          Da Todesfälle später gemeldet werden und in 4. Welle die Daten noch unvollständig sind, sollte dies besser später kommuniziert werden.          Darstellung suggeriert Monokausalität, die so nicht gegeben ist.          Besser altersstratifiziert, da in Wellen unterschiedliche Bevölkerungsgruppen betroffen waren. Vielleicht besser altersadjustierter Rückgang der Case fatality gegenüber zunehmenden Impfquoten.          Oder Fall-Verstorbenen-Anteil nach Meldewoche und Altersgruppe.          Alternative wären Grafiken wie sie derzeit schon im Wochenbericht berichtet werden (angelehnt an CDC), liegt altersstratifiziert vor          Wenn diese Grafik, dann besser in ein Diagramm und dann für Todesfälle „hineinzoomen“</p>	<p>P1 (Leuker), Präs, alle</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>„Korrektur: NACHBERICHT:          Übersicht_Quarantäne_Isolierung_nach_BMG_Besprechung“          Entisolierungsschema nicht für Patienten im KH-Kontext, dort soll auf Entisolierungspapier verwiesen werden. Dies muss entsprechend angepasst werden.          Das Papier soll sich nur auf Patienten und Patientinnen im stationären Bereich bzw. auf Bewohnerinnen und Bewohner von Alten- und Pflegeheimen beziehen          Ggf. ist noch ein weiteres Papier für die Entisolierung im ambulanten Bereich nötig, Entwicklung muss abgewartet werden.          Papier wurde entsprechend angepasst. Änderungen inhaltlich          Wichtig ist Unterscheidung, dass Entisolierung gemeint ist und nicht Entlassung. Patienten und Patientinnen können auch entlassen werden und in Isolierung in häuslichem Kontext gehen, ggf. Hinweis in Fussnote.          Im Ggs. zu Papier für Allgemeinbevölkerung soll statt Symptombefreiheit nachhaltige Besserung eingefügt werden.          Weitere Anpassungen (Ct-Wert etc.) werden für KH-Kontext nicht übernommen.          Auf Abstimmung in KRINKO wird verzichtet, da inhaltlich keine Änderungen durchgeführt wurden.</p> <p><b><i>ToDo: ZBS7 überarbeitet das Papier entsprechend der</i></b></p>	<p>VPräs, ZBS7 (Herzog), AL1, FG14 (Arvand)</p>



	<p><b>Diskussion und sendet es an Hr. Mielke.</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! Nicht besprochen</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG17  ZBS1
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b></p> <p>Siehe unter „Strategie“</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>Austausch mit CDC (05.01.; 13-14 Uhr; TN: Fg17+FG36, BMG) RKI wurde vom CDC zu Austausch angesprochen, zur Frage Isolierung/Quarantäne, syndromische Surveillance, Schwerpunkt Omikron, FG17 und FG36 und weitere nehmen teil. HSC Meeting (05.01.; 11-13 Uhr; TN FG38, BMG) Maria an der Heiden nimmt teil. Es gab eine Abfrage zur Quarantänedauer bei Omikron bei der sich das BMG äußern wird.</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 07.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex</p>	



**Ende: 13:15**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 07.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Stefan Kröger	
	○ Lars Schaade	○ Silke Buda	
	○ Lothar Wieler	○ Walter Haas	
	○ Esther-Maria Antão	○ Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 1	○ Udo Buchholz	
	○ Martin Mielke	○ Luise Goerlitz	
!	Abt. 2	!	FG37
	○ Michael Bosnjak	○ Tim Eckmanns	
	○ Thomas Ziese	○ Muna Abu Sin	
!	Abt. 3	!	FG 38
	○ Osamah Hamouda	○ Maria an der Heiden	
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth	
	○ Janna Seifried	○ Claudia Siffczyk	
!	ZIG	!	MF
	○ Johanna Hanefeld	○ Torsten Semmler	
!	FG14	!	P1
	○ Melanie Brunke	○ John Gubernath	
	○ Mardjan Arvand	!	Presse
!	FG17	○ Maud Hennequin	
	○ Djin-Ye Oh	!	ZBS1
!	FG21	○ Andreas Nitsche	
	○ Patrick Schmich	!	ZBS7
	○ Wolfgang Scheida	○ Christian Herzog	
!	FG 31	○ Michaela Niebank	
	○ Göran Kirchner	○ Agata Mikolajewska	
!	FG 32	!	ZIG1
	○ Michaela Diercke	○ Anna Rohde	
!	FG 33	○ Sarah Esquevin	
	○ Ole Wichmann	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG34	!	BZgA
	○ Viviane Bremer	○ Martin Dietrich	
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		





TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datenstand: WHO, 06.01.2022</li> <li>○ Fälle: 296.496.809 (+73,8% im Vergleich zu Vorwoche)</li> </ul> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stark ansteigender Trend in allen Ländern</li> <li>2. Fast 100% Steigerung in USA, Frankreich</li> <li>3. Starke Steigerungsraten auch in Italien und Indien</li> </ol> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. In allen Regionen der Welt großer Zuwachs an Fällen</li> <li>5. Zunahme vorrangig in Europa und amerikanischen Ländern</li> <li>6. In Afrika starker Anstieg der gemeldeten Todesfälle, deutliche Untererfassung der Fallzahlen.</li> </ol> <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) – UK - Hospitalisierung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Entkoppelung Fallzahlen und Hospitalisierungen verglichen mit Alpha Welle</li> </ol> <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron)–Frankreich-Hospitalisierung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Peak der Vorwellen bei Fallzahlen deutlich überschritten</li> </ol> <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) – USA - Hospitalisierung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. ICU Belegungen nähern sich stark dem vorherigen Peak an.</li> </ol> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. SurvNet übermittelt: 7.417.995 (+56.335), davon 113.632 (+264) Todesfälle</li> <li>1. 7-Tage-Inzidenz 303,4/100.000 Einw.</li> <li>2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,15/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 5,96/100.000 EW</li> <li>11. Fälle auf ITS: 3.445 (-116)</li> <li>12. Impfmonitoring: Erstimpfungen 61.930.498 (74,5%), Zweitimpfung 59.574.879 (71,6%), Auffrischimpfungen</li> </ol>	<p>ZIG 1 (Rohde)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>

	<p>34.570.045 (41,6%)</p> <p>13. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehr deutlicher Anstieg in Bremen</li> <li>2. Auch in Hamburg, Berlin und Schleswig-Holstein deutlicher Anstieg</li> <li>3. In fast allen BL ansteigender Trend, noch nicht in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen</li> </ol> <p>14. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kein LK mit Inzidenz &gt;1000</li> <li>2. Aber 26 LK mit Inzidenz &gt;500</li> <li>3. Vor allem nördliche BL betroffen, Brandenburg</li> </ol> <p>15. Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vor allem 20-29 und 10-19-Jährige betroffen</li> <li>2. In älteren AG nicht ganz so hoch</li> </ol> <p>16. Wöchentliche Sterbefallzahlen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Verlauf Übersterblichkeit relativ ähnlich wie Verlauf COVID-19 Fälle</li> <li>2. Nicht leicht zu interpretieren: COVID oder auch andere Todesursachen?</li> </ol> <p>Nimmt 5.Welle Fahrt auf?</p> <p>17. Kann man so sagen. Anteil Omikron vermutlich schon &gt; 50%, steiler Anstieg in nördlichen BL, Omikron-Welle hat begonnen.</p> <p>18. Intensivbelegung vergleichbar mit vorigen Wellen. Es ist damit zu rechnen, dass wir Peak erreichen oder evtl. noch überschreiten.</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales</b> ( <i>nur freitags</i> ) ! (Nicht berichtet)	ZIG
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b> (Folien hier) ( <i>nur freitags</i> ) ! (Nicht berichtet)	FG21
<b>4</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! (Nicht berichtet)	Alle



	<p>symptomatischer Fälle in den Meldedaten, Anteil der Erkrankten, die einen Arzt aufsuchen, Befragung von betroffenen Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergleich COVID-19 im Krankenhaus: Hospitalisierungsinzidenz aus Meldedaten und ICOSARI             <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Nicht alle COVID-Fälle im KH sind enthalten, sondern nur SARI-Fälle.</li> <li>12. Gute Passgenauigkeit in Phasen mit geringer Krankheitslast, vermutlich Untererfassung in Hochinzidenzphasen im Meldesystem.</li> <li>13. Publikation kurz vor Einreichung</li> <li>14. Verschiedene Altersgruppen: Bei 5-14 Jährigen wurde ein großer Teil der Kindern primär aufgrund von anderen Diagnosen aufgenommen.</li> <li>15. Validierung über viele Jahre an Gesamterfassung der Hospitalisierung durch DESTATIS</li> </ol> </li> <li>○ Vergleich im ambulanten Bereich: Symptomatische Erkrankungen aus Meldedaten und SEEDARE (Arztinformationssystem):             <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Gute Passgenauigkeit mit Inzidenz symptomatischer Meldefälle, sobald die Belastung stark ansteigt möglicherweise Untererfassung im Meldesystem.</li> <li>17. Vorsichtige Schätzung der Betroffenheit in der Gesamtbevölkerung: COVID-ARE/Arztgehrate bei 0-4 Jährige am höchsten (gehen früher zum Arzt, RSV-Welle).</li> <li>18. Schätzung der Fälle in der Bevölkerung deutlich höher, vermutlich näher an Dunkelziffer als in Meldedaten.</li> </ol> </li> <li>○ Zusammenfassung             <ol style="list-style-type: none"> <li>19. Inzidenzschätzung mittels syndromischer Surveillance ist möglich.</li> <li>20. 3 Surveillancesysteme + weitere Daten</li> <li>21. Aktuell auf nationaler Ebene</li> <li>22. Ersetzt nicht Information des Meldesystems</li> <li>23. Wichtige Ergänzung des Lagebilds, weniger abhängig von Teststrategie und -verfügbarkeit</li> </ol> </li> <li>! Antigennachweise und Hospitalisierungsgrund im Meldesystem             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch Antigenteste sollen übermittelt werden, ohne Bestätigung ist die Referenzdefinition nicht erfüllt.</li> <li>○ Anteil Fälle mit Antigennachweis ist in Niedriginzidenzzeiten höher, nimmt dann wieder ab.</li> <li>○ Aus vielen Antigennachweisen wird später ein Fall. Zusätzlich gibt es Antigentests, die nicht zu einem Fall wurden, wahrscheinlich weil kein weiterer Test durchgeführt wurde.</li> <li>○ 64 Kreise haben keine Antigennachweise übermittelt, weitere 80 Kreise nur sehr wenige (Kapazitätsgründe).</li> <li>○ Grund der Hospitalisierung wird erfasst (aufgrund von COVID, einer anderen Ursache), ist aber nicht gut ausgefüllt.</li> </ul> </li> <li>24. Zurzeit viele Anfragen zur Hospitalisierungsinzidenz</li> </ul>	<p>Diercke</p> <p>Schmich, Kirchner</p>
--	---	---

	<p>! CWA (2.Folie <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neuinfektionen und Warnende matchen gut miteinander, über Weihnachten und Neujahr weniger starker Rückgang in CWA (geglättete Zahlen).</li> <li>○ In CWA sind Antigentests und PCR Tests enthalten.</li> <li>○ Wäre es sinnvoll die Zahl der Warnenden in die Berichterstattung zu integrieren?</li> </ul> <p>25. Es wird ein relativ konstantes Verhältnis zwischen Nutzenden und Bevölkerung angenommen, ca. 1/6, beim Teilungsverhalten des pos. Testergebnis <math>\frac{1}{2}</math> - <math>\frac{1}{3}</math>.</p> <p>26. Über Datenspende gibt es auch regionale Informationen.</p> <p>27. Die Symptomatik wird zur Berechnung des Übertragungsrisikos abgefragt.</p> <p>28. CWA wird nicht repräsentativ genutzt, bietet deshalb Angriffsfläche, eher als Zusatzinformation.</p> <p>! Kann, wenn aufgrund der steigenden Zahl die GA mit den Meldungen nicht mehr nachkommen, ein Algorithmus gefunden werden, um diese Abweichung zu berechnen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ziel ist das Abbilden der Krankheitslast. Symptomatische Infektionen und Krankheitslast können gut dargestellt werden.</li> <li>○ Verhältnis asymptomatischer und symptomatischer Infektionen ist eher wissenschaftliche Frage im Hintergrund.</li> </ul> <p>! Soll syndromische Surveillance verpflichtend werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele Limitationen durch Freiwilligkeit. Aber mit aktuellen Mitteln nicht umsetzbar. Sollte sorgfältig diskutiert werden, welcher Bereich mit welcher Geschwindigkeit entwickelt werden könnte und welche Ressourcen dafür notwendig wären.</li> <li>○ Surveillance-Instrumente müssten verstetigt und ausgeweitet werden.</li> <li>○ Immer mit DEMIS-Anbindung, syndromische Surveillance, kann nicht in kurzer Zeit massiv ausgeweitet werden.</li> <li>○ Mittel- und langfristige Planung soll nicht aus dem Auge verloren werden, verbindliche Beteiligung der Ärzte wurde schon versucht und ist gescheitert.</li> <li>○ Einbringung in den Expertenrat ist möglich, vorher sollte eine klare Vision über die Zukunft bestehen.</li> </ul> <p>! Bedarf der Öffentlichkeit ist nicht vollumfänglich durch syndromische Surveillance zu befriedigen. Meldesystem ist weiterhin notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Antigentests könnten zusätzlich ausgewiesen werden um den Trend besser abzubilden. Jedoch keine Vollerfassung der Antigentests: Testzentren sind nicht an DEMIS angeschlossen, viele Kreise weisen sie nicht aus, Gipfel wird deshalb abgeschnitten.</li> </ul> <p>! Übergang in Endemiephase, alles was für Influenza gemacht wird, wird auch für COVID nötig sein, regelmäßige Charakterisierung der Viren, molekulare Surveillance.</p>	<p>Wieler</p> <p>Haas</p> <p>Haas</p> <p>Oh</p> <p>Eckmanns</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Virologische Surveillance sollte auch gestärkt werden. Im Moment sind Kinderarztpraxen noch überrepräsentiert, wird gerade in Hinblick auf internistische Praxen ausgeweitet.</li> <li>! Jetzt ist akute Phase relevant und nicht langfristige Pläne. Für jedes Systeme muss überlegt werden, wie es reagieren wird, wenn es weniger PCR-Ergebnisse gibt.</li> <li>! Bei Meldesystem bleiben, mit anderen Systemen Korrekturen einarbeiten.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positiven Anteil in ARS heranziehen, um eine Aussage zu machen, wieweit das Geschehen unterschätzt wird, evtl. wird positiven Anteil dann ansteigen.</li> <li>○ In DEMIS ist Information vorhanden, was von Laboren an GA übermittelt wird.</li> <li>○ Ursachen für Untererfassung liegen nicht nur bei GA, Ärzte testen z.B. nicht mehr alle Familienmitglieder.</li> <li>○ Antigennachweise sollten mit ausgewiesen werden. Erfassen viele LK im Moment aber nicht, Kapazitätsfrage. Daten sind schwer zu bewerten.</li> <li>○ Syndromische Surveillance soll Meldesystem nicht ersetzen. Es können Aussagen zu Erkrankungen gemacht werden. Virologische Surveillance, ARS und Testzahlerhebung sind weitere Bausteine.</li> </ul> </li> <li>! Kurzfristig ist Kommunikation zentral: Fokus muss von Meldezahlen weggelenkt werden. Anzahl Infektionen ist nicht mehr der entscheidende Faktor. Hospitalisierung und Auslastung der Gesundheitssysteme sind entscheidend, deshalb ist syndromische Surveillance wichtig.</li> <li>! Fokus liegt auf Vermeidung der Überlastung des Gesundheitswesens. Die Daten hierfür liegen alle vor.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein Faktor x um auszurechnen, wie viele Leute infiziert sind, wird nicht zu finden sein, ist aber auch nicht zentral.</li> <li>○ Kommunikative Herausforderung</li> <li>○ Zusatznutzen durch aus den Arztpraxen stammende Daten in ARS? Entweder Berechnung einer adjustierten korrigierten Inzidenz oder weg von der Inzidenz? Hr. Haas ist mit FG37 in Kontakt, nicht ganz so trivial in der Interpretation.</li> <li>○ Meldedaten sind notwendig um Situation vor Ort zu steuern.</li> <li>○ Korrektur auf nationaler Ebene durch syndromische Surveillance. Wichtige Daten und ergänzende Interpretation zur Einordnung der Meldedaten sind aktuell verfügbar, Fokus auf Hospitalisierung.</li> </ul> </li> <li>! Inzidenzen mit Korrekturfaktor zu versehen ist eher nicht erwünscht.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Korrekturfaktor könnte eingeführt werden um damit das Meldesystem zu stärken.</li> </ul> </li> <li>! Die absehbare Untererfassung durch Testmangel muss kommuniziert werden. Alleiniger Fokus auf Inzidenz in Öffentlichkeit sollte gebrochen werden             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Meldedaten sind nicht dazu gedacht alle Fälle zu erfassen, sie sollen Trends abbilden. Es sind andere Instrumente vorhanden um das Infektionsgeschehen zu interpretieren.</li> <li>○ Im Wochenbericht sollen weiter Meldezahlen berichtet</li> </ul> </li> </ul>	<p>Buda</p> <p>Hamouda</p> <p>Mielke</p> <p>Haas</p> <p>Eckmanns</p>
--	---	--

	<p>werden + zusätzliche Instrumente für Interpretation. <i>ToDo: Verfassen eines leicht verständlichen Textes, wie sich die Situation entwickeln wird, evtl. mit Korrekturfaktor (Hr. Eckmanns); Bericht soll ans BMG geschickt werden; nächste oder Anfang übernächster Woche Initiieren eines Hintergrundgesprächs mit der Presse (FF Presse) FF Hr. Hamouda</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Soll das Papier zu den Testkriterien geändert werden? Testung nicht mehr bei jeder respiratorischen Symptomatik?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diagnostik für Erkrankungen, Antigentests für Management</li> <li>○ Aktuell kein Grund, reguliert sich über Zugang zum Arztsystem, nicht jeder wird mit seinen Beschwerden zum Arzt gehen. Sollte im Moment nicht verändert werden, hat sich so bewährt. Wenn das nicht mehr realisierbar ist, kann auf qualitativ hochwertige Antigenteste umgestiegen werden.</li> </ul> </li> <li>! Mantelverordnung: Änderung Einreise-VO und Schutzmaßnahmen Ausnahme-VO</li> <li>! Einreiseverordnung             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wird gerade in vielen Ländern verändert. Im Moment Unterscheidung in Virusvariantengebiete und Hochinzidenzgebiete, Abkehr von Hochrisikogebieten gewünscht.</li> </ul> </li> <li>! Aktualisierungsvorschlag (<a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag: AG-Testung vor Einreise aller ab 6 Jahren, Testung nach Einreise der Ungeimpften</li> <li>○ BMG möchten vermutlich Ausnahmen für Geboosterte für 3 Monate. Geimpfte müssen irgendwelche Privilegien erhalten, dies muss in Einreiseregulierung enthalten sein.</li> <li>○ Vereinfachung der Verordnung ist sinnvoll.</li> <li>○ Was ist der Zusatznutzen? Bei Virusvariantengebieten der Zeitgewinn. Wenn überall Omikron verbreitet ist, welchen Zusatzbeitrag stellt die Testung der Einreisenden dar? Jeder, der sich in Deutschland befindet, soll bei Symptomen die Kontakte reduzieren, außerdem regelmäßige Testung in Schulen und bei KH-Einweisungen.</li> <li>○ Abkehr der Ausweisung von Hochrisikogebieten für einen Zeitraum von 3 Monaten, damit entfällt jegliche Form von Nachweispflicht für Reisende aus diesen Gebieten.</li> <li>○ Hinweis zur Kontaktreduktion in den folgenden 10 Tagen ist sinnvoll, Zusatznutzen durch Tests fraglich. Ist rein politische Entscheidung, kein Sinn aus epidemiologischer Sicht.</li> </ul> </li> <li>! Votum für Aussetzung der Hochrisikogebiete, Virusvariantengebiete bleiben.</li> <li>! Aktualisierung der Schutzmaßnahmen Ausnahme-VO             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Künftig soll bei der Definition von Genesen, Geimpft und Geboostert auf das Kontaktpersonenmanagementpapier verwiesen werden.</li> <li>○ Genesenen-Nachweis soll an internationales Verfahren</li> </ul> </li> </ul>	<p>Mielke</p> <p>Hanefeld</p> <p>Mielke</p>
--	--	---



	<p>angepasst werden, nach 14 Tagen für 180 Tage, geknüpft an PCR-Test. Soll im Moment weiterhin wörtlich so in der VO stehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verordnung kann nur durch Bundestag und Bundesrat geändert werden. Deshalb wäre der Wunsch auf die RKI Seiten zu verweisen. Wenn dort eine Seite zum Genesenen-Nachweis vorhanden ist, könnte diese überarbeitet werden.</li> <li>○ Es besteht eine höhere Flexibilität, wenn keine Zeiten genannt werden.</li> <li>○ Auf RKI-Seite werden Beschlüsse zitiert, gemäß Beschluss der MPK von [Datum] für Kontaktpersonenmanagement.</li> <li>○ Laut Minister werden Genesene nur noch für 3 Monate von der Quarantäne ausgenommen. Genesenendefinition muss mit BMG besprochen werden.</li> <li>○ Wer vollständig geimpft ist, wird auf PEI-Seite definiert.</li> <li>○ Das Papier ist beim RKI zur Kommentierung.</li> <li>○ Verweis aufs Kontaktpersonenmanagement des RKI: bei Übereinstimmung mit MPK-Beschlüssen unproblematisch, was ist bei Nicht-Übereinstimmung?</li> </ul> <p>! Muss schnell geändert werden. Verweis auf unsere Seiten, umfasst eigene Meinung des RKI und MPK Beschlüsse, Bewertung soll aus Dokument entfernt werden. -&gt; Wird nachberichtet</p> <p>! Entisolierung Kontaktpersonenmanagementpapier: für Allgemeinbevölkerung und KRITIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Isolation und Quarantäne 7 Tage mit anschließender Testung oder 10 Tage, 48 Stunden Symptomfreiheit</li> <li>○ Papier bezieht sich nicht auf Patienten und Bewohner von Pflegeheimen, hier kann auf Entisolierungspapier verwiesen werden.</li> <li>○ Einigkeit beim Papier zur Entisolierung (<a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Härtere Maßnahmen für KRITIS als für Allgemeinbevölkerung. Beeindruckend weitgehend, nach 7 Tagen Freitestung mit Antigentest aus Isolation für Allgemeinbevölkerung; für KRITIS Erschwerung und nicht Erleichterung. War zunächst nur für Geimpfte gedacht, gilt jetzt für alle.</li> <li>○ Bei kürzerer Inkubationszeit gleiche Risikoreduktion wie nach 10 Tagen, serielle Reduktionszeit relativ kurz, entspricht dem, was vorgeschlagen wurde .</li> <li>○ Tabelle mit Omikron-Daten sollte neu berechnet werden.</li> <li>○ Ist nur zur Kenntnisnahme, wurde ausgiebig mit Minister und sonstigen Beteiligten diskutiert. Auf RKI Seite wird der MPK-Beschluss zitiert.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	<p>Herzog Eckmanns</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b> ! (Nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>



9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> ! (Nicht berichtet)	FG33
10	<b>Labordiagnostik (nur freitags)</b> ! (Nicht berichtet)	FG17 ZBS1
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Antivirale Therapeutika gegen SARS-CoV-2 (Aufgabe aus dem Krisenstab v. 24.11.2021, ID 4635) (Folien <a href="#">hier</a> ) ○ Insgesamt wenige Daten zur Prophylaxe ! Neutralisierende monoklonale Antikörper ○ Zu Casirivimab/Imdevimab liegen am meisten Daten vor. Relative Risikoreduzierung (RRR) von 70% bei Therapie, 81% bei PEP, 93% bei PrEP (nicht an Immunsupprimierten getestet, nur Phase 1). Dauer der Infektion nach Verabreichung von Antikörpern deutlich kürzer. ○ Regdanvimab: zugelassen, aber in Deutschland nicht verfügbar; Therapie: 54% RRR ○ Sotrovimab: zugelassen, soll in Kürze in Deutschland verfügbar sein; Therapie: 79% RRR; auch als Prophylaxe denkbar ○ Tixagevimab / Cilgavimab: bedingte Zulassung in USA, könnten gut für Prophylaxe geeignet sein; 83% RRR als PrEP ○ Wirksamkeit bei Omikron-Variante 29. Casirivimab, Imdevimab wirken nicht. 30. AZD7442: widersprüchliche Daten 31. Sotrovimab wirkt mit relativer Sicherheit. ! Orale Antivirale Medikamente ○ Molnupiravir: Kann über Großhandel von Apotheken angefordert werden und auf Rezept in der Frühphase bis 5 Tage verabreicht werden; 30% RRR. Es liegen noch keine Daten zur Prophylaxe vor . ○ Nirmatrelvir und Ritonavir: Ist voraussichtlich ab Januar verfügbar; Daten aus Pressemeldungen: bei Hochrisikopatienten: 89% RRR, mit Standardrisiko 70% RRR, viele Bedenken bzgl. Medikamenteninteraktionen ○ Wirksamkeit bei Omicron-Variante 32. Scheinen Wirksamkeit zu behalten. ! Public Health Perspektive ○ Keine geeignete Substanz für breite Anwendung ○ Patientenpopulation mit Risiko für schweren Verlauf wurde auf ca. 10 Mio. geschätzt. ○ Patientenpopulation für PrEP wird auf ca. 65 Tsd. geschätzt. ○ Erzielter Benefit 33. nmAb: ca. 70-89% RRR 34. Molnupiravir: ca. 30% RRR (Einschränkungen!) 35. Paxlovid: ca. 89% RRR (Einschränkungen!) ○ Risiken: Nebenwirkungen; Virale Mutagenese? VOC? Resistenzentwicklung? ○ Verfügbarkeit begrenzt	ZBS7 Mikolajewska

	<p>! In STIKO wird das Thema der Prophylaxe mit mAB und Antiviralen Medikamenten zunächst depriorisiert.  <i>ToDo: Ergebnisse mit Fokus auf Prophylaxe in STIKO vorstellen, FF Fr. Mikolajewska</i></p> <p>! Ist Publikation in geeignetem Rahmen angedacht?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Evtl. im Ärzteblatt, war als Stellungnahme gedacht.</li> <li>o Nach Vorstellung in STIKO: Veröffentlichung nicht als Empfehlung, sondern als Darstellung des Sachstandes</li> </ul>	
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 10.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende:** 13:38 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 10.01.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Udo Buchholz
○ Lothar H. Wieler	○ Silke Buda
○ Lars Schaade	! FG37
○ Esther-Maria Antão	○ Tim Eckmanns
○	! FG38
! Abt. 1	○ Ute Rexroth
○ Martin Mielke	○ Maria an der Heiden
! Abt. 3	○ Renke Biallas (Protokoll)
○ Osamah Hamouda	! ZBS7
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Michaela Niebank
○ Janna Seifried	! MF2
! FG14	○ Thorsten Semmler
○ Mardjan Arvand	! P1
○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker
! FG17	! Presse
○ Thorsten Wolff	○ Marieke Degen
! FG21	! ZIG
○ Wolfgang Scheida	○ Johanna Hanefeld
! FG32	! ZIG1
○ Michaela Diercke	○ Anna Rhohde
! FG34	! BZgA
○ Viviane Bremer	○ Oliver Ommen
○ Matthias an der Heiden	! Weitere
	○ Joachim-Martin Mehlitz





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 7.535.691                      (+25.255), davon 114.029 (+52) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 375,7/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.047.137 (74,6%),                      mit vollständiger Impfung 59.787.106 (71,9%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bremen, Berlin, Hamburg, Schleswig-Holstein höchste 7TI mit ansteigenden Trend</li> <li>2. Thüringen, Sachsen, Sachsen-Anhalt absinkender oder stagnierender Trend</li> <li>3. Infektionsgeschehen vermehrt im Norden Deutschlands</li> </ol> <p>Hospitalisierungsinzidenz: 3,37 / 100.000 EW                      Hospitalisierungsinzidenz, &gt;60: 5,93 / 100.000 EW                      Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;50/100.000: 411/411                      Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;500/100.000: 50/411                      Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;1000/100.000: 2/411</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Der Rückgang der Fallzahlen in Thüringen, Sachsen Sachsen-Anhalt ist wahrscheinlich nicht auf eine verringerte Testaktivität zurückzuführen.</p> <p><b>Anpassung R-Wert-Berechnung für Omikron</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Vor dem Hintergrund einer deutlich verringerten Generationszeit (~2 Tage) der Omikron-Variante wurde eine Änderung der Berechnungsgrundlage für den R-Wert diskutiert                      Der Einfluss der verringerten Generationszeit auf den R-Wert ist erheblich                      Die Evidenz zur Generationszeit der Omikron-Variante ist noch zu unsicher, um eine abschließende Festlegung vorzunehmen</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die Änderung der Berechnungsgrundlage, sowie deren Darstellung, muss durchgeführt werden, jedoch ist der optimale Zeitpunkt, v.a. in der aktuellen Lage, noch nicht geklärt. Spätestens sobald Omikron die eindeutig dominante Variante ist sollte die Umstellung erfolgen. Die Kommunikation zu den vorgenommenen Änderungen + Erläuterungen sollte möglichst zeitnah erfolgen (nächste Woche, wenn möglich)                      Ein Disclaimer wäre möglich, z.B. aufgrund der beobachteten verkürzten Generationszeit kann sich der R-Wert zeitnah</p>	<p>FG32</p> <p>Matthias an der Heiden</p>

	<p>durch Verbreitung der Omikron-Variante ändern FAQ und Beispielrechnungen müssten auch angepasst werden</p> <p><b>ToDo:</b> Kommunikation zur Änderung der Berechnungsgrundlage des R-Werts vorbereiten (z.B. im Wochenbericht), dazu auch Recherche zur Evidenz der Generationszeit der Omikron-Variante. Entsprechend sollen die mathematischen Modelle und Rechenbeispiele angepasst werden. Ziel ist die Fertigstellung kommende Woche.</p>	
2	<p><b>Internationales</b> (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (nur freitags)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Initiativbericht Datengrundlage Omikron</b></p> <p>Wird heute an s BMG versandt. Das einzelfall-basierte Meldesystem könnte in der kommenden Lage (stark steigende Fallzahlen und begrenzte Testkapazitäten) an seine Grenzen gelange. Ergänzende Surveillance-Systeme ermöglichen jedoch weiterhin aussagekräftige Daten zu erfassen, auf Basis dessen Entscheidungen getroffen werden können Eine Anpassung des Wochenberichts wird zeitnah diskutiert Eine Erläuterung der Limitationen des Meldesystems, sowie des Nutzens der ergänzenden Systeme soll erfolgen, z.B. im EpiBull und andere wissenschaftliche Veröffentlichung</p> <p><b>Diskussion:</b> Zurzeit werden Daten zur Testkapazität erhoben. Diese könnten am Mittwoch vorgestellt werden.</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</p> <p>Tagesordnung für das kommende Treffen ist noch nicht veröffentlicht Geschäftsordnung wird finalisiert Das Thema Kommunikation soll diskutiert werden und es soll eine Stellungnahme zu diesem Thema geben</p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Eine Übersicht über Informationsmaterialien wurde zusammengestellt Ein Merkblatt die Impfung von Kinder ab 5 Jahren wurde erstellt und wird in verschiedene Sprachen übersetzt Eine Infoplakat für KiTas zur Impfung bei Kindern wurde erstellt Ein Merkblatt „Wie verhalte ich mich in der kalten Jahreszeit“</p>	BZgA



	<p>wird bald veröffentlicht Ein Merkblatt für Pflegekräfte soll bald publiziert werden</p> <p><b>Presse</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b></p> <p>Auf Twitter wurden die Begriffe Isolation und Quarantäne erklärt</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Ergebnis Ressortabstimmung COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und Coronavirus-Einreiseverordnung</b></p> <p>Gemäß der kommenden geänderten Verordnung zur Änderung der COVID-19-Schutzmaßnahmen-Ausnahmenverordnung und der Coronavirus-Einreiseverordnung (ab 14.01.2022) soll das RKI ausweisen, unter welchen fachlichen Bedingungen ein Genesenennachweis gültig ist</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Der präferierte Test zur Feststellung einer Infektion bleibt weiterhin der PCR-Test Die 28 Tage nach dem Beginn der Symptomatik bzw. dem ersten Nachweis per PCR bei asymptomatischen Fällen, soll weiterhin als Mindestintervall weiter bestehen bleiben – Vorschlag durch Ministerium war eine Reduktion auf 14 Tage Die neuen MPK-Beschlüsse haben bereits teils Empfehlungen des RKI berücksichtigt. So auch der maximale Abstand zum Auftreten der Symptomatik oder 1. Test von 180 Tagen (3 Monaten) In der neuen SchuAusnahmV werden Geimpfte Genesene (Geimpfte mit einer Durchbruchsinfektion oder Genesene, die eine Impfung im Anschluss an die Erkrankung erhalten haben), egal wie viel Zeit zwischen der Ereignissen vergangen ist, von den Maßnahmen ausgenommen -&gt; dem liegt keine fachliche Empfehlung des RKI zugrunde Webseite mit Empfehlungen bzgl. des Genesenenstatus soll entworfen werden und es soll darauf geachtet werden, dass auch auf das Dokument zur MPK verwiesen wird</p> <p><b>ToDo: Auftrag an Abt. 3 &amp; FG 33 zur Zusammenstellung des Dokuments,</b></p>	<p>Alle</p> <p>Schaade</p>







**Ende: 14:13 Uhr**

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 12.01.2021, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |                                     |
|------------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung     | o Viviane Bremer                    |
| o Lothar H. Wieler     | ! FG36                              |
| o Lars Schaade         | o Silke Buda                        |
| o Esther-Maria Antão   | o Stefan Kröger                     |
| ! Abt. 1               | o Kristin Tolksdorf                 |
| o Martin Mielke        | o Udo Buchholz                      |
| ! Abt. 2               | ! FG37                              |
| o Michael Bosnjak      | o Tim Eckmanns                      |
| ! Abt. 3               | ! FG38                              |
| o Osamah Hamouda       | o Ute Rexroth                       |
| o Tanja Jung-Sendzik   | o Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| o Janna Seifried       | ! MF2                               |
| ! ZIG                  | o Torsten Semmler                   |
| o Johanna Hanefeld     | ! MF4                               |
| ! FG14                 | o Martina Fischer                   |
| o Melanie Brunke       | ! P1                                |
| ! FG17                 | o Christina Leuker                  |
| o Ralf Dürrwald        | ! P4                                |
| ! FG21                 | o Susi Gottwald                     |
| o Wolfgang Scheida     | ! Presse                            |
| ! FG25                 | o Ronja Wenchel                     |
| o Christa Scheidt-Nave | o Marieke Degen                     |
| ! FG32                 | o Michaela Diercke                  |
| o Michaela Diercke     | ! ZBS7                              |
| ! FG33                 | o Claudia Schulz-Weidhaas           |
| o Thomas Harder        | ! BZgA                              |
|                        | o Andrea Rückle                     |
| ! FG34                 |                                     |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: 7.661.811 (+80.430), davon 114.735 (+384) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 407,5/100.000 EW  DIVI Intensivregister 3.154 (-99) in Behandlung  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.158.449 (74,8%),  mit vollständiger Impfung 60.004.889 (72,2%),  Auffrischimpfungen 36.786.897 (44,2%)  Aktuell Rekordwerte: 150.000 DEMIS-Meldungen (13.000/h bzw. 3,6/sec) gingen ein  Massiver Anstieg der 7-Tage-Inzidenz  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Fortgesetzter Anstieg in allen BL  HB 1394/100.000 EW, BE entwickelt sich in die gleiche Richtung  TH, ST, SN noch auf niedrigerem Niveau  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis  63 LK &gt; 500/100.000 EW  4 LK &gt; 1000/100.000 EW, davon zwei Bezirke in Berlin, HB, Lübeck  Auch in BY einige Kreise mit sehr hoher Inzidenz  Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)  Von KW 52 auf KW 1: Deutlichster Anstieg bei jungen Erwachsenen  Hospitalisierungsinzidenz  Ist relativ konstant  Wird vermutlich unterschätzt, da Daten unvollständig durch Übertragungsrückstand aufgrund großer Datenmengen  COVID-19-Todesfälle nach Altersgruppe und Sterbewoche  Kein Anstieg, Verlauf muss beobachtet werden, da ein möglicher Anstieg mit Zeitverzug eintritt</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b>  Folien <a href="#">hier</a>  Behandelte COVID-19-Fälle/Neuaufnahmen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 3064 (letzte Woche 3562) Personen auf ITS behandelt (Stand 12.01.2022)</li> <li>2. 1265 Neuaufnahmen (1400 letzte Woche) auf ITS auch deutlich zurückgegangen</li> <li>3. Etwa 100 Todesfälle/Tag (leichter Rückgang)</li> </ol> <p>Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. In fast allen BL Rückgang (NI, SN, TH, südliche BL) oder Plateau (SH, HB, MV)</li> <li>5. Anstieg in HH</li> </ol> <p>Behandlungskapazitäten und Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Erster Rückgang auch bei schweren Fällen (2000 invasive</li> </ol>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF 4 (Fischer)</p>



	<p>Beatmungen), dadurch Freisetzung von Kapazitäten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Verfügbarkeit steigt</li> <li>8. Personalmangel geht zurück</li> <li>9. Insgesamt setzt sich aktuell der Entlastungstrend fort</li> </ol> <p>Entwicklung nach Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Rückgang bei 70-79 und 80+Jährigen stärker als bei 50-59Jährigen, z.T. durch höhere Sterblichkeit beim Älteren begründet</li> <li>11. Behandlung auf ITS ohne COVID-Symptomatik: Beim 0-17Jährigen 17%</li> </ol> <p>Omikron-ITS-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. 41 Fälle (letzte Woche 22 Fälle)</li> </ol> <p>Impfstatus bei Neuaufnahme</p> <p>Seit 14.12. wird der Impfstatus erfasst (Auftrag BMG)</p> <p>Daten von 9669 Fällen (90%) liegen vor:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Ungeimpft</td> <td style="text-align: right;">61,8%</td> </tr> <tr> <td>Vollständig geimpft</td> <td style="text-align: right;">22,8%</td> </tr> <tr> <td>Vollständig +Auffrischung</td> <td style="text-align: right;">5,8%</td> </tr> <tr> <td>Teilimmunisiert</td> <td style="text-align: right;">8,8%</td> </tr> <tr> <td>Genesen ohne Impfung</td> <td style="text-align: right;">0,8%</td> </tr> </table> <p>SPoCK-Prognose</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. Erstmals wieder leichter Trend nach oben für die BL im Norden und Osten, Plateau für die BL im Süden, Südwesten, Westen</li> <li>14. Übergangs-/Trendumschwungsphase seit Kurzem, Umschwungdaten noch wenig, Prognosen werden in 2 Wochen wieder verlässlicher</li> </ol> <p><b>Syndromische Surveillance</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Grippe Web:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>15. ARE-Rate von KW 52 zur KW 1 gesunken 2,6 % (Vorwoche: 3,1 %), bei Erwachsenen Niveau des Vorjahres, bei Kindern über Vorjahresniveau, aber in beiden AG deutlich unter Werten vor der Pandemie</li> <li>16. Insgesamt 2,2 Millionen ARE in Deutschland</li> </ol> <p>ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Üblicher Anstieg um den Jahreswechsel</li> <li>18. Niveau der Konsultationsinzidenz 1000/100.000 EW entspricht den vier Vorjahren</li> <li>19. SEED<sup>ARE</sup>: Anstieg der ARE -Arztbesuche mit COVID-Diagnose auf 157/100.000 EW</li> <li>20. SEED<sup>ARE</sup> nach Altersgruppen: Anstieg seit KW 1 besonders bei 15-34Jährigen, aber auch bei 34-59Jährigen</li> </ol> <p>ICOSARI:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. 0-4-Jährige: 38%, RSV-bedingte Erhöhung geht weiter zurück, Rückgang auch in den anderen Altersgruppen</li> <li>22. SARI-Fallzahlen sind insgesamt stabil geblieben, unter vor-pandemischem Niveau</li> </ol> <p>COVID-19 leicht rückläufig bei 80+Jährigen</p> <p>Vergleich Hospitalisierungsinzidenz ICOSARI/Melddaten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>23. Bei Kindern liegen die Melddaten über ICOSARI-Daten</li> <li>24. Bei Älteren liegen während der Wellen die ICOSARI-Daten</li> </ol>	Ungeimpft	61,8%	Vollständig geimpft	22,8%	Vollständig +Auffrischung	5,8%	Teilimmunisiert	8,8%	Genesen ohne Impfung	0,8%	<p>FG36 (Buda)</p>
Ungeimpft	61,8%											
Vollständig geimpft	22,8%											
Vollständig +Auffrischung	5,8%											
Teilimmunisiert	8,8%											
Genesen ohne Impfung	0,8%											



	<p>höher als die Meldefälle (Zeitverzug/Unterererfassung dort bei hohen Fallzahlen)                  Kita-/Schulausbrüche                  25. Kita: Seit dem Jahresbeginn (und mit Abklingen der Ferien) wieder leichter Anstieg zu erkennen                  26. Schule: Ebenfalls wieder leicht ansteigender Trend seit KW 1/2022 (bisher 19 Ausbrüche übermittelt, 17 davon aus SN)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  KW 1/22: 120 Einsendungen, Positive über alle Altersgruppen (außer 0-4Jährige) gleichmäßig verteilt                  SARS-CoV-2-Anteil 11%, Omikron-Anteil bis KW 52/21 auf 36% gestiegen                  Influenza: H3N2 Anstieg auf 5 % gestiegen (überwiegend bei 5-15-Jährigen)                  Endemische Coronaviren: Anteil OC43 am stärksten (13%), NL63 und 229E auf niedrigem Niveau stabil                  Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren rückläufig, RSV-Welle beendet, Parainfluenzaviren rückläufig, HMPV Anstieg auf 7%</p> <p><b>Testzahlerfassung am RKI</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  Steigerung auf 1,5 Millionen Tests in der letzten Woche, Positivenanteil fast 23%                  Laborauslastung: noch im Rahmen, steiler Anstieg der Probenzahlen wird jedoch berichtet, bspw. Berlin hatte täglich so viele Proben wie sonst in einer Woche, mit einem Positivenanteil von 40%                  Abfrage der Kapazitäten-Steigerungsmöglichkeiten                  PCR: Es wurden Geräte und Personal aufgestockt, eine Steigerung um 1 Million Tests/Woche ist in den nächsten drei Monaten machbar                  HB: Hat höchste PCR-Kapazität angegeben, möglicherweise besteht ein Zusammenhang zwischen Testmöglichkeiten und hohen Fallzahlen dort                  Laborbasierte AG-Tests: 500.000 Tests/Woche könnten geleistet werden, auch Arztpraxen führen AG-Tests durch Kapazitäten reichen nicht aus, um Proben vor der Auswertung nach Notwendigkeit eines CT-Werts zu sortieren                  NW: nach Wiederaufnahme der Pooltests hohe Arbeitsbelastung durch derzeit 8% positive Pools                  Zwischenfrage: Kann ein ergänzender Abschnitt mit dem Hinweis auf Test-Priorisierung gemäß Nationaler Teststrategie in den Wochenbericht aufgenommen werden?                  Antwort: Ja                  SARS in ARS                  Anstieg der Testzahlen in vielen BL, Anstieg auf niedrigerem Niveau in SN, ST, TH                  Bei im Vgl. zu KW 52 stark gestiegener Testanzahl sinkt der</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Seifried)</p>
--	---	--



	<p>Positivenanteil oder stagniert                  Zeitverzug zwischen Abnahme und Ergebnis                  Zunahme in BY, HH, NI, Testanzahl liegt noch unter                  Vorjahresniveau, könnte hier trotzdem eine Grenze erreicht                  sein?                  Testorte                  27. Anstieg überall, besonders stark in Praxen, in KH ist das                  Niveau von vor den Feiertagen wieder erreicht                  Testinzidenz                  28. Anstieg in allen Altersgruppen                  29. Positivenanteil relativ stabil                  30. Positive/100.000 EW: Anstieg bei den 15-34Jährigen,                  geringerer Anstieg bei 35-59Jährigen                  VOC (SARS in ARS)                  31. Anteil in ARS 80%                  32. Omikron-Anteil an allen Nachweisen 65%</p> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b>                  Folien <a href="#">hier</a>                  Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen:                  33. „Omikron geht steil“, KW 52 in Genomsequenzierung                  knapp 60%, in IfSG-Daten (KW 1) &gt;70%, (Delta                  entsprechend bei 30%)                  Übermittelte Omikron-Fälle                  34. Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 118.298 (Stand                  12.01.22),75,6 Fälle/100.000 EW, geographische                  Verteilung. Landkarte verdunkelt sich                  Beschreibung der übermittelten Fälle                  Hospitalisierungsrate, Verstorbenenrate und Reinfektionsrate                  sind gering                  35. 41% mit vollständiger Impfung, davon &gt;60% mit                  Auffrischung                  Trendmodell: Break-Even-Punkt (Omikron=Delta) wurde am                  3./4.01.2022 überschritten                  Hinweis: Bislang keine Verbreitung von B.1.640.* in                  Deutschland                  Frage: Könnte nun der tägliche Omikron-Bericht eingestellt                  werden?</p> <p><i><b>ToDo:</b> Bericht soll bitte noch bis nächste Woche weitergestellt                  werden, dann kann er nach vorheriger                  Rücksprache/Kommunikation eingestellt werden</i></p> <p><b>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen</b>                  Mehr als 2000 Sequenzierungen, davon &gt; 700 in der                  Stichprobe                  Omikron-Anteil in der letzten Woche: 50%                  Die kumulative Wachstumskurve von Omikron bei der                  Verdrängung von Delta hat die Kurve von Alpha bei der                  Verdrängung des Wildtyps überholt</p>	<p>FG 37                  (Eckmanns)</p> <p>FG 36                  (Kröger)</p> <p>MF2                  (Semmler)</p>
--	---	---



	<p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: Laut dän. Studie finden 30% der Übertragungen in Privathaushalten statt. Auch hinter jedem infizierten Schüler steht ggf. ein infizierter Haushalt. Welche Präventionsmaßnahmen sind möglich?</li> <li>○ Zustimmung: Auch in NL ungebremstes Wachstum da keine Einschränkungen im privaten Umfeld</li> <li>○ Es sollte informiert werden: Private Kontakte reduzieren, Narrativ, dass Kinder keine Rolle in der Pandemieentwicklung spielen sollte umgeschrieben werden</li> <li>○ Zusätzliche Maskenempfehlung: Bei Infektionsfall sollte auch im privaten Haushalt möglichst durchgehend und auch von Kindern eine med. Maske getragen werden</li> <li>○ Appellieren: bei ARE-Symptomatik eines Mitglieds sollte der ganze Haushalt 5-7 Tage zuhause bleiben</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenzen nach Altersgruppen: Höchste Inzidenzen &gt;1000/100.000 EW liegen bei jungen Erwachsenen (20-29jährige), bei 30-39jährigen etwas niedriger</li> <li>○ Daten zu Omikron bei Jugendlichen wären wünschenswert</li> <li>○ Haushalte sollten vermeiden, eine Infektion nach außen zu tragen, insbesondere vulnerable Personen meiden</li> </ul> <p><b>ToDo:</b> Anregungen bitte aufnehmen, Appell an Familien, bei Symptomatik geschlossen zuhause zu bleiben, vulnerable Personen zu meiden und auch im Privathaushalt <u>situationsbezogen</u> eine Maske zu tragen <u>wenn ein Infektionsfall auftritt. Eine zeitliche/ räumliche Trennung bleibt weiterhin grundlegend.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage an M. Fischer: Welche Daten werden für die SPoCK-Prognose herangezogen?</li> <li>○ Modellierung wird in Freiburg (Universitätsklinikum Freiburg, IMBI) durchgeführt, Beobachtungen der letzten zwei Wochen werden gelernt, auch sich ändernde Muster werden erkannt/gelernt und einbezogen, zu Beginn einer Musteränderung dauert es etwas, bis ausreichend Daten vorliegen, so dass eine zuverlässige Prognose abgeleitet werden kann</li> <li>○ Frage an M. Fischer: Durch wen und wie ist der Begriff COVID-Symptomatik definiert?</li> <li>○ Bei Erwachsenen gilt die ursprüngliche Definition. Patient*innen die bei Aufnahme auf ITS PCR positiv sind werden gezählt, da die Infektion Verlauf und Genesungsprozess auch bei anderen Grunderkrankungen beeinflusst</li> <li>○ Bei Kindern wurde bisher von den pädiatrischen Fachgesellschaften definiert, es wird jetzt von pädiatrischer Seite aber gewünscht, dass unterschieden wird, um Zufallsbefunde zu erkennen</li> <li>○ Bisher gibt es keinen Hinweis, dass finanzielle Interessen hierbei eine Rolle spielen</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>P1 (Leuker)</p>
--	--	--------------------------------



2	<p><b>Internationales</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p><b>Anpassung der Risikobewertung an die aktuelle Situation</b></p> <p><i>ToDo: Dokument soll im Krisenstab zirkuliert und in der Krisenstabssitzung am Freitag, 14.01.2022 freigegeben werden</i></p>	FG 38 (Rexroth)
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Frage 1: Welches Veröffentlichungsdatum ist für die Empfehlungen zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung/Anordnung von Quarantäne geplant? Voraussichtlich der 15.01.2022 (sicher nicht vor dem 14, 01.2022)</p> <p>Frage 2: Die Bund/Länder-beschlüsse fokussieren stark auf FFP2-Masken in ÖPNV und Einzelhandel. Gibt es dazu eine wissenschaftliche Begründung/Rechtfertigung, ggf. speziell für Omikron?</p> <p>Antwort: Die FAQ „Was ist beim Tragen von medizinischen Masken zur Infektionsprävention von COVID-19 in der Öffentlichkeit zu beachten?“ (<a href="http://www.rki.de/covid-19-faq">www.rki.de/covid-19-faq</a>) wurde am 20.12.2021 überarbeitet und enthält aktuellen Stand und Position des RKI</p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Freitag 14.01.2022 findet wieder eine BPK statt</li> <li>○ Das Presse-Hintergrundgespräch zur Zuverlässigkeit von Meldedaten ist für kommenden Mittwoch, 19.01.2022 geplant</li> <li>○ Presse-Information zur Veröffentlichung der DIVI-Daten zum Impfstatus ist für dem 13.01.2022 vorgesehen</li> <li>○ Als Twitterbotschaft geplant: <a href="#">Appell zur Absonderung des ganzen Haushaltes bei einem ARE-Fall in der Familie und aus dem Wochenbericht über Twitter zu verstärken.</a></li> </ul> <p>.....</p> <p><b>P1</b></p> <p>Zwei Themen sind in Bearbeitung, in direktem Kontakt mit den entsprechenden Fachabteilungen: VOC (mit S. Kröger, FG 36)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel),</p> <p>P1 (Leuker)</p>



	<p>Gesprächskarten zur Frage „Wie gehe ich mit Impfgegnern um“ (in Koop. mit der Universität Erfurt)                  Rückfrage zum Thema Masken im Haushalt: Sollen diese nur bei Außenkontakten getragen werden?                  Tritt im Haushalt ein Fall auf, dann auch innerhalb des Haushalts</p> <p><b>Zwischenfrage (Buda): Soll im Wochenbericht eine stärkere Ausrichtung auf die syndromische Surveillance erfolgen?</b>  <u>Das soll nächste Woche erfolgen,geplant werden</u></p> <p><b>ToDo: In den -Wochenbericht sollen vorbereitende Anmerkungen zur zukünftigen verstärkten Ausrichtung auf die syndromische Surveillance aufgenommen werden</b></p>	<p><b>Buda</b></p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>Anpassung KPM-Papier (auch. int. KoNa), Umsetzung MPK-Beschlüsse Quarantäne und Isolation, Entlassmanagement und Definition Genesenen-Status                  Heute, 12.01.2022, findet um 13:30 eine Besprechung mit BMG zur Definition des Genesenen-Status statt, Teilnehmende Rexroth, Harder, Buchholz, Schaade                  In der Krisenstabssitzung deshalb nur informative Hinweise zum Papier                  Anpassungen im KoNa-Papier werden nötig (internationale KoNa-Verfolgung ist nicht mehr empfohlen)                  Definitionen in der Tabelle, die in der MPK erstellt wurde, weichen von der Mantelverordnung ab (z.B. Rechtsrahmen verlangt Orientierung an Testdatum, MPK orientiert sich an Symptomatik)                  Verkürzung des Genesenen-Status von 6 auf 3 Monate bringt akute Änderung für viele Personen</p> <p><i>ToDo: Für die fachliche Umsetzung (auch in den digitalen Projekten) bitte eine Aufgabe vergeben</i></p> <p>In der Mantelverordnung wird auf RKI und PEI verwiesen, diverse Konstellationen (geimpft-infiziert in unterschiedlicher Anzahl und Reihenfolge) müssen abgebildet werden, in der AGI wurde der Wunsch nach einer Tabelle geäußert                  Hinweis Harder: STIKO bietet bereits eine solche Tabelle (Tabelle 5)                  Vorschlag: Durchgemachte Infektion zählt wie eine Impfung, trüge zur Verständlichkeit bei, wird vom Minister abgelehnt,</p>	<p>Alle                  VPräs,                  Rexroth,                  Harder, Alle</p> <p>FG 32                  (Benzler)                  FG 21                  (Schmich)</p>



	<p>da Studiendaten darauf hinweisen, dass AK-Status bei Genesenen mit einer Impfung sehr gut ist                  Janssen-Impfung sollte als eine Impfung gelten                  Diese Vorschläge entsprechen der Tabelle 5 der STIKO                  Frage: Zählung ab Symptombeginn oder ab PCR?                  Am präzisesten ist ab Abnahmedatum der Probe, die zu einem positiven Befund geführt hat zu zählen                  Genesenen-Status ab wann? BMG befürwortet 14-Tage-Frist, Datenlage erlaubt allenfalls 21 Tage                  In bisherigen STIKO-Empfehlungen taucht nur eine 28-Tage Frist auf, 21-Tage wären vollkommen neu                  Auch im Zusammenhang mit Post-COVID- und Long-COVID-Syndromen sind jeweils 4-Wochen-Fristen eingeführt                  Aus Gründen der Konsistenz und Übersichtlichkeit sollte für 28 Tage argumentiert werden                  7-Tage-Quarantäne mit verpflichtendem PCR (quantitativ) für KRITIS-Personal wird von den Ländern kritisch beurteilt                  Labore werden die Proben nicht nach Bedarf an Ct-Werten sortieren können                  Alle anderen können sich mit AG-Test freitesten, aber alternative Vorschläge wie bspw. 2 AG-Tests für KRITIS wurden nicht angenommen                  Hinweis: CT-Wert spielt nur bei der Entlassung aus der Isolation eine Rolle (mit der sorgfältig umgegangen werden muss) nicht bei der Entlassung aus der Quarantäne, hier muss der Test negativ sein                  Frage: Ab wann kann ein positiver AG-Test für den Genesenen-Nachweis herangezogen werden. Noch hält das RKI am PCR als Goldstandard fest, sollte sich aber Gedanken zu dieser Frage machen                  In einigen Laboren wird es sehr bald zum Deckelungs-Effekt wegen zu hohen Probenaufkommens kommen                  Wenn der AG-Test akzeptiert wird, wird auch der AK-Test als ausreichender Nachweis gefordert werden                  Asymptomatisch Infizierte bilden häufig keine AK, alleinige Genesung führt darüber hinaus nicht zu belastbarer Immunisierung, nur in Kombination mit 1 Impfung                  Fazit: Kompromisslinie liegt bei AG-Test +Symptomatik, AK-Test als Nachweis soll weiterhin abgelehnt werden</p> <p><b>Diskussion zum Thema Impfpflicht</b></p> <p>Hinweis: Mit diesem Thema soll wahrscheinlich der Expertenrat beauftragt werden, der Themen, die in der Zuständigkeit anderer Gremien liegen, eigentlich ungern aufnimmt                  RKI-Position war bisher die Befürwortung einer Impfpflicht ab 18 Jahre (ohne weitere Überlegungen Stellungnahme zu Sanktionen), gibt es Gegenargumente?                  Umsetzung ist kompliziert: Impfreister? Über Meldeämter? Über Krankenkassen?                  Impfung soll individuellen Schaden abwenden und Krankheitslast im Gesundheitswesen reduzieren, Omikron hat diesbezüglich einiges verändert</p>	<p>Schaade</p> <p>Harder</p> <p>Scheidt-Nave</p> <p>Seifried</p> <p>Mielke</p> <p>Rexroth</p> <p>Schaade</p> <p>Alle</p> <p>Präs</p>
--	---	--



	<p>Verminderung der Transmission durch Impfung ist bei Omikron gering, die Verhinderung schwerer Verläufe jedoch sehr gut gegeben                  Ein angepasster Impfstoff könnte die Wirkung auf die Transmission verbessern                  Kontrolle/Sanktionen sind schwierig, Sanktionen sollten locker gehandhabt werden, ggf. ohne zentrale Erfassung                  Cosmo-Daten zeigen, dass viele Ungeimpfte sich nicht impfen lassen wollen, diese sollten vor sich selbst beschützt werden                  Menschen zu Ihrem eigenen Wohl zu etwas zu zwingen, ist eher paternalistischer Ansatz, besser Empowerment (PH-Grundgedanke)?                  Impfung kommt für Omikron-Welle zu spät, aber auch danach wird keine Grundimmunität in der Gesamtbevölkerung vorhanden sein                  Insgesamt überwiegen die positiven Aspekte der Impfung, Geimpfte sind in jedem Fall besser geschützt als Ungeimpfte                  Auch an Long COVID (bzw. die Verhinderung) sollte gedacht werden                  Kontrollwesen: „Das Bessere ist der Feind des Guten“                  Erwartung an RKI ist: Transparenz bezüglich der Entscheidungsgrundlagen und -kriterien. Das Institut sollte keine Haltung zur Impfung einnehmen, sondern transparent die Grundlagen und mögliche Entscheidungskriterien kommunizieren (Beispiel Pockenschutzimpfung: Möglichkeit der Eradikation durch Impfflicht, allerdings umfänglicher Immunschutz durch Impfung)                  Wichtige Diskussion, RKI sollte zusätzliche Kriterien und Entscheidungsgrundlagen liefern, Entscheidung wird, sollte die Lage endemisch werden, sehr schwierig</p> <p><i><b>ToDo:</b> FG 33 nimmt die Inhalte und Anregungen dieser Diskussion in die fachgebietsinternen Beratungen auf</i></p>	<p>Mielke</p> <p>FG 33</p>
<p>9</p>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG33</p>
<p>10</p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p>11</p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b></p> <p>Siehe unter „Strategie“</p>	<p>ZBS7</p>
<p>12</p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	<p>FG14</p>



<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ( <i>nur freitags</i> ) Nicht besprochen	FG32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) Nicht besprochen	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) Nicht besprochen	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> Nicht besprochen	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 14.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:01**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 14.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	○ Silke Buda	
	○ Lars Schaade	○ Udo Buchholz	
	○ Lothar Wieler	○ Julia Schilling	
	○ Esther-Maria Antão	!	FG37
!	Abt. 2	○ Tim Eckmanns	
	○ Michael Bosnjak	!	FG 38
!	Abt. 3	○ Ute Rexroth	
	○ Osamah Hamouda	!	MF2
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Thorsten Semmler	
!	ZIG	!	P1
	○ Johanna Hanefeld	○ Ines Lein	
!	FG14	!	P4
	○ Melanie Brunke	○ Dirk Brockmann	
	○ Mardjan Arvand	○ Benjamin Maier	
!	FG17	○ Angelique Burdinski	
	○ Djin-Ye Oh	!	Presse
!	FG21	○ Ronja Wenchel	
	○ Wolfgang Scheida	○ Marieke Degen	
!	FG 32	○ Susanne Glasmacher	
	○ Michaela Diercke	!	ZBS1
	○ Claudia Sievers	○ Andreas Nitsche	
!	FG 33	!	ZBS7
	○ Ole Wichmann	○ Claudia Schulz-Weidhaas	
!	FG34	○ Michaela Niebank	
	○ Viviane Bremer	!	ZIG1
	○ Matthias an der Heiden	○ Romy Kerber	
	○ Claudia Winklmayr	○ Carlos Correa-Martinez	
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		



TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datenstand: WHO, 12.01.2022</li> <li>○ Fälle: 312.173.462 (+51,1% im Vergleich zu Vorwoche)</li> <li>○ Todesfälle: 5.501.000 Todesfälle (CFR: 2%)</li> </ul> <p>Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fälle nehmen weltweit zu.</li> <li>2. Reihenfolge sehr dynamisch, unverändert an der Spitze USA, und Frankreich</li> <li>3. Frankreich mit höchster Inzidenz, gefolgt von Italien</li> <li>4. Indien höchste prozentuale Veränderung</li> <li>5. Neu auf Platz 10 Deutschland, Kanada nicht mehr dabei</li> </ol> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Seit Anfang Jan. deutlicher Anstieg der globalen Fallzahlen</li> <li>7. Afrika:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Abnahme der Fallzahlen, vor allem durch Rückgang in Südafrika und Mosambik</li> <li>2. Anstieg der Todesfallzahlen durch Nachmeldungen</li> </ol> </li> <li>8. Amerika: hohe Inzidenzen; Argentinien und Bolivien auffällig</li> <li>9. Asien: sehr deutliche Zunahme im Vergleich zur Vorwoche, vor allem in Indien und Philippinen</li> </ol> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner EU/EWR</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Deutliche Zunahme der Länder mit Inzidenz &gt; 1.000</li> <li>11. In einigen Ländern sinken die Inzidenzen bereits wieder.</li> </ol> <p>Virusvariante B.1.1.529 (Omikron) - Weltweit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Weitere Verbreitung der Omikron-Variante, Delta geht zurück</li> <li>13. Omikron Anteil von 59% in GISAIID</li> <li>14. In allen Ländern in Europa Omikron identifiziert</li> </ol> <p>In UK wird seit einer Woche auf Testbestätigung durch PCR</p>	<p>ZIG 1 (Kerber)</p> <p>Wieler</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>verzichtet. Könnte der Rückgang in manchen europäischen Ländern auf Änderungen im Testsystem zurückzuführen sein?</p> <p>15. Aufgrund der sehr dynamischen Lage werden Testregime in vielen Ländern geändert. Deshalb sollten rückläufige Trends mit Vorbehalt betrachtet werden.</p> <p>16. USA erwartet, bald den Peak zu überschreiten.</p> <p>17. BMG will nächste Woche nochmal über Antigentests zur Bestätigung einer Infektion reden.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>18. SurvNet übermittelt: 7.835.451 (+92.223), davon 115.337 (+286) Todesfälle</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 7-Tage-Inzidenz 470,6/100.000 Einw.</li><li>2. Hospitalisierungsinzidenz: 3,23/100.000 EW, AG ≥ 60jährige: 5,25/100.000 EW</li></ol> <p>19. Fälle auf ITS: 2.959 (-91)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Auf Intensivstationen weiterhin Rückgang</li></ol> <p>20. Impfmonitoring: Erstimpfungen 62.288.513 (74,9%), Zweitimpfung 60.272.356 (72,5%), Auffrischimpfungen 38.156.620 (45,9%)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Ca. 700.000 Impfungen pro Tag</li></ol> <p>21. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Massiver Anstieg der Fallzahlen</li><li>2. Bremen &gt; 1.400, Berlin fast 1.000</li><li>3. Anstieg der Gesamtinzidenz</li><li>4. Auch deutlicher Anstieg in Hessen und NRW, Baden-Württemberg, Bayern</li></ol> <p>22. Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Norden stark betroffen,</li><li>2. 116 LK mit Inzidenz &gt;500</li><li>3. In Bremen 8.704 Fälle in 7 Tagen, in Frankfurt am Main 6573 Fälle: hohe Arbeitsbelastung der GA</li></ol> <p>23. Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bei &gt;60-Jährigen kein Anstieg</li></ol>	<p>P4 (Maier)</p>
--	---	-----------------------

	<p>2. Bei 0-59-Jährigen leichter Anstieg zu sehen</p> <p>24. Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p> <p>1. Übersterblichkeit geht leicht zurück, engmaschige Beobachtung</p> <p>25. Diskussion mit BMG</p> <p>1. Engpass bei GA bleiben, egal welche Tests verwendet werden, sinnvoll eher auf syndromische Surveillance zu setzen.</p> <p>Modell Omikron-Welle (<i>nur freitags</i>) (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>26. P4 in Zusammenarbeit mit FG33 und Hr. an der Heiden haben in letzten 4 Wochen an grober Abschätzung der kommenden Omikronwelle gearbeitet.</p> <p>27. Modellstruktur</p> <p>1. Unterscheidung Ungeimpfte – Geimpfte, über Zeit variabel</p> <p>2. Impfschutz bei Ungeimpften nicht vorhanden, bei Geimpften pro Variante unterschiedlich.</p> <p>3. Suszeptible können von Infektiösen angesteckt werden, von Zeit, Variante und Kontaktverhalten abhängig.</p> <p>4. Basistransmissibilität je Variante zeitunabhängig</p> <p>28. Daten zu Vakzineffektivität mit FG33 zusammengestellt</p> <p>1. Datenlage zur Infektion schwach, zur symptomatischen Infektion besser, keine verlässlichen Daten zur Boosterimpfung</p> <p>29. 2 Szenarien:</p> <p>1. Pessimistische Annahme: Booster wirkt genauso gut wie 2. Dosis</p> <p>2. Optimistische Annahme: Wirksamkeit Booster fällt nicht so schnell ab</p> <p>30. Daten zur Wirksamkeit gegen schweren COVID-Verlauf und ICU vorhanden. Zu Omikron nur Annahmen, keine Daten</p> <p>31. Zahl der Geimpften nimmt über Zeit zu.</p> <p>32. Modell wird an letzter Welle kalibriert, wird an ITS-Belegung angepasst.</p>	<p>Wichmann</p>
--	--	-----------------



	<p>33. Pessimistische Annahme: kein Effekt durch Booster, optimistische Annahme: leichter Effekt gegen Infektion</p> <p>34. Basisszenario: 50% Reduktion bei Omikron bei Hospitalisierungsrate und ITS-Rate</p> <p>35. Diverse Modelllimitationen</p> <p>36. Ergebnisse</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Generationszeit bei Delta 4 Tage, bei Omikron 3 Tage: mit Anstieg der Inzidenz auf sehr hohe Zahlen, auch bei Hospitalisierungen und ITS Belegung ist zu rechnen.</li><li>2. Modell sehr sensitiv gegenüber Annahmen zur Generationszeit</li><li>3. Reduktion in Schwere ggü. Delta nicht ganz klar. Verschiedene Reduktionen der Schwere modelliert. Reduktion um -80% wäre nötig um ITS-Belegung auf Niveau von Dezember zu halten.</li><li>4. Kontaktreduktionen von -20% gegenüber Dezember hätte große Auswirkungen im Szenario mit kürzerer Generationszeit.</li><li>5. Sehr starke Kontaktreduktion um -50%, hätte starken Effekt; frühe und lange Kontaktreduktionen hätten den größten Effekt. Im pessimistischen Szenario jedoch starker Rebound-Effekt.</li></ol> <p>37. Fazit</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Größenordnung 80-90% Reduktion in Schwere der Erkrankung von Omikron nötig, um ITS nicht zu überlasten</li><li>2. Modell reagiert sensitiv auf Annahmen zur Generationszeit, zur Boosterwirkung</li><li>3. Modell reagiert nicht sensitiv auf Gesamtzahl der Auffrischungsimpfung (80-100% der vollständig Geimpften)</li><li>4. Leichte bis strikte Kontaktbeschränkungen können kurzfristig zur Entlastung beitragen, ggf. zu einem Rebound-Effekt führen.</li></ol> <p>38. Untererfassung: Annahmen zur Untererfassung haben Auswirkungen, in Niedriginzidenzphasen 2-3fach, in Hochinzidenzphasen 4-5fach</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bedeutet mehr Fälle: schnelleres Erreichen einer Herdenimmunität bei aktuellem Kontaktniveau,</li></ol>	
--	--	--

	<p>schnelleres Wiederabflachen der Kurve.</p> <p>39. Annahmen Impffortschritt: Was wäre, wenn ab März der Anteil der Geimpften auf 97% durch eine Impfpflicht steigen würden? Extremszenario: Massive Steigerung der Impfquote (mit Blick auf möglich Impfpflicht)</p> <p>40. Wie groß ist die Rolle der Ungeimpften?</p> <p>1. Wenn mehr Menschen geimpft werden, wären Wachstumsraten niedriger. Es wäre möglich, dass ins Modell zu integrieren, im Moment wird die Impfquote nicht gesteigert.</p> <p><i>ToDo: Steigerung der Impfquote in Modell aufnehmen, FF Hr. Maier</i></p> <p>41. Inwieweit sind die Genesenen bisher mit welchem Schutz vor Infektion eingegangen?</p> <p>1. Annahme: alle Menschen, die vor der Deltawelle genesen sind, sind voll suszeptibel, alle, die sich in Deltawelle infiziert haben, voll geschützt.</p> <p>42. Bis wann müssen 80% Auffrischimpfungen erreicht sein, um Dynamik zu verhindern?</p> <p>1. Glockenkurvenfit, falls Booster-Impfung Auswirkungen haben sollte, müsste man das jetzt sehen.</p> <p>43. Externe Kommunikationsstrategie des Modells noch nicht geklärt.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>! Vorbereitung von Laborunterstützung in Montenegro und Madagaskar (noch unklar, ob Unterstützung vor Ort möglich)</p> <p>! Kirgistan: Anfrage zum Austausch im Bereich Labor, evtl. Unterstützung</p>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (nur freitags)</p> <p>! <b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ &gt; 40 Mio. Downloads, Interesse ungebrochen</li> <li>○ Ca. 20.000 Warnende pro Tag</li> <li>○ Nächster Montag: neue Version</li> <li>○ Überarbeitungen: Omikron-Anpassung, genaue Zeit- und Ortangabe nach Risikobegegnungen</li> <li>○ 33.000 Twitter-Follower</li> </ul> <p>! <b>CovPass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 29 Mio. Downloads</li> <li>○ Herausforderung: Auffrischimpfung</li> </ul>	<p>FG21 (Scheida)</p>



	<p>! Hr. Wichmann ist Vertreter fürs RKI beim Steuerungskreis Kommunikation. Dort ist jetzt neu auch das Bundeskanzleramt und Bundespresseamt vertreten, Federführung unklar. Folien vom Expertenbeirat gehen ein.</p> <p>! Kampagne soll andere Richtung bekommen: von genereller Ansprache der Bevölkerung, hin zu zielgerichteter Ansprache.</p> <p>! Versuch mehr Evidenz in Diskussion einzubringen.</p> <p>! Keine konsistente Kommunikation, alle Inhalte sind vertraulich, doch dann gehen Folien in politisches Alltagsgeschehen ein, bisher wenig evidenzbasiert.</p> <p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! (Nicht berichtet)</p>	<p>Wieler</p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Vorgehen hinsichtlich Diskussion um Datenqualität, Hospitalisierungsinzidenz (Erlass vom BMG bis 13:30 Uhr)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zur Information: Krankheitsschwere nur aus syndromischer Surveillance zu monitoren reicht BMG nicht,</li> <li>○ KH melden täglich an Krankenkassen die Aufnahmediagnosen (innerhalb 3 Tagen).</li> <li>○ Idee diese Daten über DEMIS einzubinden. GA erfahren als Mehrwert, wer hospitalisiert ist.</li> <li>○ Entscheidung dagegen, da nur Daten zu GKV Versicherten, Datentiefe ist nicht sehr groß, keine Information zum Impfstatus.</li> <li>○ Vorteil wäre: automatisiert erstellter Datensatz, hoher Grad an Automatisierung. Impfstatus müsste von GA dazu erfasst werden.</li> <li>○ Andere Möglichkeit Meldeformular ist mit hohem manuellem Aufwand verbunden.</li> <li>○ Vor- und Nachteile sollten beschrieben werden. Beide Lösungswege sind mit größeren Anpassungen für DEMIS-System verbunden. Nicht in 2 Wochen umsetzbar, auch nicht mit anderen Systemen, eher bis März umsetzbar.</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>FG32 (Dierke)</p> <p>FG38 (Rexroth)</p>

	<p>! Multikomponenten-Strategie: Möglichkeiten zur Umsetzung von Empfehlungen zum Containment im ÖGD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Gespräch mit ÖGD-Feedbackgruppe: Kontaktpersonen werden schon lange nicht mehr von GA informiert. Ansprüche an Containment kann im Moment nicht so hoch sein. Mir sehr viel Arbeit wird wenig erreicht. Alle Geboosterten müssen nicht mehr in Quarantäne.</li> <li>○ Wird schwierig zu kommunizieren.</li> <li>○ Quarantänefristen wurden geändert. Langfristig sollte über die Multikomponentenstrategie nachgedacht werden. Im Moment geht es darum Kriterien zu vereinfachen.</li> <li>○ KoNa-Papier: Grobe Struktur für sehr vereinfachtes und verkürztes Papier erstellen: Wer ist Kontakt, wer ist zu priorisieren und zu depriorisieren?</li> <li>○ Publikationszeitpunkt ist heute Nachmittag: viele kleine Anpassungen, aber keine grundlegenden Veränderungen im KoNa-Papier möglich.</li> <li>○ MPK-Beschluss wird heute ins Netz gestellt. KoNa-Papier kann auf Grund von Verweisen nicht wegen Überarbeitung von der Webseite genommen werden.</li> <li>○ Heute Nachmittag wird angepasstes Papier auf Webseite gestellt, keine Diskussion mit BMG mehr möglich.</li> <li>○ Dann Überarbeitung in Ruhe und Abstimmung mit BMG. Eine Überarbeitung ist sinnvoll.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	<p>Buda</p> <p>Schaade</p>
<p><b>8</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rechts- und Papierlage muss der Beschlusslage angepasst werden. Technische Umsetzung in Apps nicht so schnell möglich. Viele Leute, deren Genesung oder Impfung mehr als 3 Monate her ist. Diskrepanz zu Absonderungsausnahmen muss BMG bearbeiten.</li> <li>○ Bundesrat hat zugestimmt. Kurze Rückfrage beim BMG, ob noch was kommt, sonst Publikation.</li> </ul> <p>! Umsetzung in Apps, Anpassung anderer Dokumente?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hr. Benzler und Hr. Schmich werden vom BMG beauftragt. 14-180 Tage sind nicht mehr aktuell, wird sich nicht direkt in Apps umsetzen lassen.</li> <li>○ Viele andere Dokumente müssen überprüft werden.</li> <li>○ Wer auf KoNa verweist, muss die Dokumente und FAQs anpassen.</li> <li>○ Ist das KoNa-Papier soweit fertig, dass es eingestellt werden kann?</li> </ul> <p>13. So gut wie fertig. Alle Dokumente kommen von den</p>	<p>Alle</p>

	jeweiligen Verantwortlichen. (Buchholz, Niebank, Schaade)	
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p><b>STIKO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Stellungnahmeverfahren:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Boosterimpfung der 12-17-Jährigen für beide Geschlechter mit biontech-Impfstoff</li> <li>○ Janssen-Impfstoff: Zulassung 2.Dosis als Komplettierung der Grundimmunisierung. Primär sollte als 2.Dosis ein mRNA Impfstoff verwendet werden.</li> <li>○ Soll nächste Woche final beschlossen werden.</li> </ul> </li> <li>! 4. Impfstoffdosis für bestimmten Personengruppen, Evidenzlage noch sehr gering.</li> <li>! Novavax in Finalisierung: Laut PEI sind Dosen sind schon produziert und können demnächst ausgeliefert werden, zunächst 4 Mio. im 1.Quartal in Deutschland.</li> <li>! Neufassung für Impfung von Kindern von 5-11 Jahren. Mittlerweile mehr Daten aus USA verfügbar. Daten zur Wirksamkeit als Schutz vor PIMS bei Jugendlichen sind da, Schutz von ca. 90%.</li> <li>! BMG geförderte krankenhausbasierte Fall-Kontrollstudie hat begonnen. Prospektiv werden COVID-Patienten und Kontrollen eingeschlossen, mittlerweile über 300 Fälle. Auch Langzeitfolgen, Long Covid und Lebensqualität können bei einem speziellen Klientel mit schweren Verläufen untersucht werden.</li> <li>! Im Moment Sampling von Nasen-, Rachenabstrichen und Speichelproben für 8 Wochen.</li> </ul>	<p>FG33 (Wichmann)</p>
10	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 464 Proben, davon:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 39 SARS-CoV-2</li> <li>○ 56 Rhinovirus</li> <li>○ 16 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 65 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ 26 Metapneumovirus</li> <li>○ 16 Influenzavirus</li> <li>○ ?? RSV</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Nitsche)</p>



	! GA bitten nicht mehr um Omikrontypisierung	
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! (Nicht berichtet)	ZBS7
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! (Nicht berichtet)	
13	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! Zur Information: DEMIS Serverkapazitäten wurden erhöht, sind eigentlich gut aufgestellt. Die lokale IT-Infrastruktur in den GA stößt jedoch zum Teil an Grenzen. Hierzu viele Supportanfragen. o Falls mehrere GA über ein paar Tage keine Daten liefern können -> Medienaufmerksamkeit.	FG32 (Dierke)
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> ! Einstellung der Internationalen Kontaktpersonennachverfolgung ist zum 15.01. geplant. Nachbarländern gehen genauso vor. Wurde bei AGI und EpiLag erwähnt, BMG und internationale Partner sind vorgewarnt. Bisher keine Reaktion vom BMG. o Wurde im KoNa-Papier gestrichen. o Aufwand in internationaler Kommunikation dennoch nicht viel geringer, da jetzt schon mehr Fälle als Kontakte.	FG38 (Rexroth)
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Im Moment viele positiv getestete Mitarbeiter, Mitarbeiter mit positiv getesteten Familienangehörigen oder roten Meldungen in der CWA, deshalb Lagezentrum heute virtuell. ! Nach den neuen Regeln müssten alle Kontaktpersonen, die geboostert sind, nicht in Quarantäne. ! Wer eine Rote Kachel in der CWA erhält, sollte, wenn möglich in Homeoffice arbeiten. Falls das nicht möglich ist, sollte eine individuelle Risikoeinschätzung stattfinden (Tag des Kontaktes wird angezeigt. Wurde z.B. durchgängig Maske getragen?). Arbeit am RKI nur bei geringem Risiko und Sicherheitsmaßnahmen, wie Maske tragen, alleine im Büro. o Anweisung bei roter Kachel zuhause zu bleiben war bisher Empfehlung, kein Betretungsverbot. Anweisung soll geändert werden. ! Sollten symptomlos Infizierte in Homeoffice arbeiten? o Krankmeldung ist nicht durch Arbeitgeber reguliert, Entscheidung des Arbeitnehmers je nach Symptomen, 3 Karenztage darüber hinaus Krankschreibung. o Fürsorgepflicht hinsichtlich Schutz vor Überlastung sollte beachtet werden. ! Empfehlung: Mitarbeiter sollen im Moment Homeoffice möglichst intensiv nutzen, wenn möglich von zuhause arbeiten.	FG38 (Rexroth)  Schulz-Weidhaas

<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 17.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 13:07 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 17.01.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                      |                             |
|----------------------|-----------------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Walter Haas               |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Udo Buchholz              |
| ○ Lars Schaade       | ○ Silke Buda                |
| ○ Esther-Maria Antão | ! FG37                      |
| ! Abt. 1             | ○ Tim Eckmanns              |
| ○ Martin Mielke      | ! FG38                      |
| ! Abt. 2             | ○ Ute Rexroth               |
| ○ Thomas Ziese       | ○ Maria an der Heiden       |
| ! Abt. 3             | ○ Renke Biallas (Protokoll) |
| ○ Osamah Hamouda     | ○ Claudia Siffcyk           |
| ○ Janna Seifried     | ! ZBS7                      |
| ! FG14               | ○ Michaela Niebank          |
| ○ Mardjan Arvand     | ! MF2                       |
| ○ Melanie Brunke     | ○ Thorsten Semmler          |
| ! FG32               | ! P1                        |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Christina Leuker          |
| ! FG33               | ! Presse                    |
| ○ Thomas Harder      | ○ Ronja Wenchel             |
| ! FG34               | ! ZIG                       |
| ○ Viviane Bremer     | ○ Johanna Hanefeld          |
|                      | ! BZgA                      |
|                      | ○ Linda Seefeld             |
|                      | ! Weitere                   |
|                      | ○ Michael Bosnjak           |
|                      | ○ Nikheil Popkhadze         |
| ! FG36               |                             |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 8.00.122 (+34.145),            davon 115.649 (+30) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 528,2/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.428.260 (75,1%),            mit vollständiger Impfung 60.474.763 (72,7%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ein steiler Anstieg der 7TI zeigt sich zurzeit nicht mehr. In einigen BL keine Anstiege mehr oder ein Abflachen der Inzidenzen.</li> <li>2. Niedrigste Inzidenz in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt</li> <li>3. Höchste Inzidenzen in Berliner Landkreisen und im Norden in SH</li> <li>4. Mittlerweile sind die höchsten Inzidenzen bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen sind. Auch bei den 0-4-Jährigen starker Anstieg zu beobachten.</li> </ol> <p>Die Hospitalisierungsinzidenz nimmt insbesondere bei den jüngeren AG zu und fällt bei den 60+</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Wie können die deutlich unterschiedlichen Inzidenzen in den LK erklärt werden, v.a. die neuen niedrigen Inzidenzen, z.B. in Sachsen oder Thüringen            Bei den LK mit niedrigen Inzidenzen, wurden sehr hohe Inzidenzen in den Vormonaten beobachtet. Es wäre zu vermuten, dass eine gewisse Immunität in Kreisen besteht, die ein höheres Risiko einer Ansteckung haben.            Es ist anzunehmen, dass in diesen BL eine Omikron-Welle zu einem späteren Zeitpunkt eintreten wird            Informationen zum Infektionssetting liegen nur noch sehr sporadisch vor. Die Datentiefe nimmt mit den hohen Fallzahlen deutlich ab.</p>	FG32
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Wurde am vergangenen Freitag abgestimmt und veröffentlicht            Es könnte sein, dass eine Anpassung / Deeskalation der Risikobewertung schon bald nötig ist</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat (mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</b></p>	

	<p>Im kommenden Expertenbeirat (Dienstag, 18.01.2022), wird die aktuelle Lage und Kommunikation diskutiert. Empfehlungen des Expertenbeirats wird sobald ausgesprochen sehr schnell auf der Seite des BMG veröffentlicht.</p>	Wieler
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblatt zum Thema „Impfen ab 5“ wurde erarbeitet und wird zurzeit übersetzt. Folgend soll ein Anschreiben an Kitas versandt werden. Die STIKO-Empfehlungen zu Auffrischimpfungen bei Kindern ab 12 wird entworfen. Ein Merkblatt zum Novavax-Impfstoff wird entwickelt.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Viele Nachfragen zum Genesenenstatus. Eine Überarbeitung der Internetseite mit entsprechenden Begründungen zu den erfolgten Änderungen wird diskutiert / erarbeitet und liegt schon bei FG33. Am Mittwoch 19.02.2022 findet das Hintergrundgespräch zur Aussagekraft der Fallzahlen statt – unter Teilnahme von Herrn Hamouda</p> <p><b>P1</b></p> <p>Material zu den Themen „Maske Tragen im Haushalt“ und „Umgang mit einem Fall im eigenen Haushalt“ wird erarbeitet</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Es bestehen viele Fragen und auch Sorgen bezgl. der neuen Änderungen der veröffentlichten Empfehlungen, die aus der MPK am 07.01.2022 entstanden. V.a. die Änderungen der Dauer des Genesenenstatus und Kontaktpersonenmanagement sollen mit dem ÖGD diskutiert werden Aus dem ÖGD kamen auch Fragen zur vermehrten Nutzung von Antigen-Tests z.B in der Freitestung entsprechend der Entlasskriterien. Es bestehen auch Sorgen bzgl. der zeitlichen Lücken zwischen dem Tag 7 der Entlassung und dem Beginn des Genesenenstatus an Tag 28, da es sich dabei um Personen handelt, die vorher nicht geimpft waren Es bestehen auch Fragen zur Umsetzung der neuen Regelungen in den bestehenden Zertifikaten In der morgigen EpiLag sollen viele der gestellten Fragen diskutiert werden Weiterhin besteht Unverständnis bzgl. der Differenz zwischen der internationalen Einreisebestimmungen (14-180 Tage) in</p>	<p>FG38 (Rexroth)</p>



	<p>den nationalen Bestimmungen (28-90 Tage) zur Bestimmung des Immunstatus</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Die Verkürzung des Genesenenstatus wird durch die Evidenz zu einer vermehrten Reinfektion bei Omikron und einer verringerten Schutzwirkung einer vorhergegangenen Infektion bei Omikron begründet.</p> <p>Vor dem Hintergrund der Evidenz zur Omikron-Variante müsste der Genesenenstatus neu diskutiert werden.</p> <p>Die Sonderregeln für das stationäre Setting haben auch schon zu Fragen geführt – es wird kritisch hinterfragt, ob die MPK-Beschlüsse solche Sonderregeln zulassen.</p> <p>Die aktuelle Evidenz zeigt, dass das Zeitintervall der möglichen Ausscheidung des Virus nach einer Infektion mit Omikron nicht geringer als bei anderen Varianten ist. In der Gruppe der Geimpften und jungen gesunden Personen könnte dieses Zeitintervall jedoch verkürzt sein. Davon kann man jedoch im nosokomialen Setting nicht ausgehen. Daher wurden diese Sonderregeln in die Empfehlungen aufgenommen, sodass ein Schutz der gefährdeten Personen in diesem Setting möglichst gewährleistet werden kann.</p> <p>Es besteht Bedarf zur Nachjustierung der Empfehlungen v.a. zu den Regelungen bei Kombinationen aus Impf- und Genesenenstatus. Diese Kombinationen werden vermutlich immer öfter aufkommen und entsprechende Maßnahmen sind schwer nachzuvollziehen (v.a. für die Allgemeinbevölkerung). Daher sind eine gute Kommunikation und Darstellung wichtig. Die STIKO berät sich zurzeit zu diesem Themenkomplex.</p> <p>Die offiziellen Auflagen haben einen vermeintlich geringen Einfluss auf die Handhabung der epidemischen Lage, da entsprechende Maßnahmen erst deutlich verspätet umgesetzt werden können (v.a. durch eine verspätete Erfassung und Benachrichtigung der Fälle). Eine starke Eigenverantwortung zur freiwilligen Umsetzung der Maßnahmen ist daher wichtig und könnte z.B. medial aufgearbeitet werden.</p> <p>Die Rolle des Antigentests in der Gesamtstrategie sollte diskutiert werden und an Wichtigkeit gewinnen, auch im internationalen Vergleich zur Nutzung der AG-Tests.</p> <p>Strategische Überlegungen zur Einstellung des Lagezentrums und der Deeskalation von Infektionsschutzmaßnahmen in der nächsten Phase mit niedrigen Infektionszahlen (post-Omikron) werden angestellt und in einer kommenden Diskussion (in ca. 3-4 Wochen) konkretisiert werden</p> <p>Vor dem Hintergrund der weiterhin steigenden Omikron-Fallzahlen werden vermutlich die aktuellen Empfehlungen weiter angepasst werden müssen. Gibt es dazu bereits Gedanken z.B. zu einem möglichen zeitlichen Verlauf oder Anpassungsbedarf?</p> <p>Bei einem Abebben der aktuellen Infektionswelle könnte eine Fokussierung der Maßnahmen auf bestimmte Gruppen (z.B. symptomatische Personen, Risikosetting.)</p> <p>Eine effektive Impfkampagne bleibt weiterhin ein wichtiger</p>	
--	---	--

	<p>Bestandteil in den Bemühungen des RKI. Ein hoher Anteil an geimpften Personen ist auch für den Verlauf in diesem Jahr wichtig</p> <p>In der molekularen Surveillance geht der Anteil der Sequenzierung kontinuierlich weiter zurück. Brauchen wir diese Surveillance in der gleichen Intensivität wie zu Beginn der Omikron-Phase?</p> <p>Eine Reduktion der Sequenzierungen wäre in der jetzigen Lage sinnvoll. Der hohe Aufwand (auch finanziell) bringt nicht unbedingt einen Mehrgewinn.</p> <p>Eine definierte Stichprobengröße in der die Sequenzierung durchgeführt werden, wäre denkbar. Dazu muss eine Sensitivität gewählt werden, mit der neue Varianten / Mutationen erkannt werden sollen.</p> <p>Eine Definition der Kriterien die in die Sequenzierung eingehen wäre sinnvoll (z.B. klinische Kriterien)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In Kooperation mit dem Netzwerk Universitätsmedizin (NUM) werden intelligente Strategien in diesem Bereich entworfen / diskutiert</li> </ol> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! In 3-4 Wochen soll eine Diskussion über eine Strategie für die Zeit nach der Omikron-Welle erfolgen</li> <li>! In einem kommenden Meeting am Freitag wird der Umfang der durchgeführten Sequenzierungen erfolgen.</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>MF2 (Semmler)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Im Rahmen der neuen Empfehlungen zu Entlasskriterien aus der Quarantäne und Isolierung, soll das Dokument <a href="#">„Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie“</a> und <a href="#">„Empfehlungen für Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen (02.12.2021)“</a> angepasst werden. Zur Freitestung sollen nicht mehr notwendigerweise PCR-Tests verwendet werden. Daher soll darauf hingewiesen werden, dass AG-Tests genutzt werden und im Zweifel aber auch eine PCR-Testung erfolgen kann</p> <p><b>ToDo:</b> FG37 führt Änderungen an den Dokumenten durch und stellt diese am Mittwoch im Krisenstab vor</p>	<p>FG37</p> <p>FG37 (Tim Eckmanns)</p>





**Ende: 14:05 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 19.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34	
!	Institutsleitung	○ Viviane Bremer	
	○ Lothar H. Wieler	!	FG36
	○ Lars Schaade	○ Walter Haas	
	○ Esther-Maria Antão	○ Silke Buda	
	○	○ Luise Goerlitz	
!	Abt. 1	○ Stefan Kröger	
	○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 2	!	FG37
	○ Michael Bosnjak	○ Tim Eckmanns	
!	Abt. 3	○ Sebastian Haller	
	○ Osamah Hamouda	!	FG38
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth	
	○ Janna Seifried	○ Maria an der Heiden	
!	FG14	○ Christian Wittke (Protokoll)	
	○ Melanie Brunke	!	ZBS7
!	FG17	○ Christian Herzog	
	○ Ralf Dürrwald	○ Michaela Niebank	
!	FG21	!	MF 2
	○ Wolfgang Scheida	○ Torsten Semmler	
!	FG25	!	MF4
	○ Christa Scheidt-Nave	○ Martina Fischer	
!	FG32	!	P4
	○ Michaela Diercke	○ Susanne Gottwald	
!	FG33	!	Presse
	○ Thomas Harder	○ Ronja Wenchel	





	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Anstieg im Saarland</li><li>○ Behandlungskapazitäten und Betriebssituation<ul style="list-style-type: none"><li>○ Erster Rückgang auch bei schweren Fällen (invasive Beatmungen), dadurch Freisetzung von Kapazitäten</li><li>○ Verfügbarkeit steigt</li><li>○ Personalmangel geht zurück</li><li>○ Insgesamt setzt sich aktuell der Entlastungstrend fort</li></ul></li><li>○ Entwicklung nach Altersgruppen<ul style="list-style-type: none"><li>○ Rückgang in fast allen Altersgruppen</li><li>○ Plateau bei 70-79-Jährigen sowie 0-17-Jährigen</li></ul></li><li>○ Omikron-ITS-Fälle<ul style="list-style-type: none"><li>○ 90 Fälle (letzte Woche 40 Fälle). Derzeit alle 7 Tage Verdoppelung der Fälle in den letzten Wochen</li></ul></li><li>○ SPoCK-Prognose<ul style="list-style-type: none"><li>○ Moderater Abfall für BL im Norden, Osten und Westen</li><li>○ Leichter Trend nach oben für BL im Süden und Südwesten</li><li>○ Umschwungsphasen erst seit Kurzem, Prognosen werden sich in 2 Wochen stabilisieren</li></ul></li></ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Folien <a href="#">hier</a></li><li>○ Grippe Web:<ul style="list-style-type: none"><li>○ ARE-Rate von KW 1 zur KW 2 gestiegen 3,2 % (Vorwoche: 2,6 %), Bei Erwachsenen Niveau des Vorjahres, bei Kindern deutlich über Vorjahresniveau; bei Erwachsenen deutlich unter den Werten vor der Pandemie, bei Kindern z.T. ähnliche Werte in den Vorjahren vor der Pandemie</li><li>○ 2. KW ca. 2,7 Millionen ARE in Deutschland (1. KW ca. 2,2 Mio)</li></ul></li><li>○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none"><li>○ Konsultationsinzidenz insgesamt leicht gesunken: in KW 2: 1008 (Vorwoche: 1094)</li><li>○ Konsultationsinzidenz liegt höher als letztes Jahr, aber niedriger als in den anderen Vorjahren</li><li>○ SEED<sup>ARE</sup>: Stagnation der ARE -Arztbesuche mit COVID-Diagnose auf 178/100.000 EW</li><li>○ SEED<sup>ARE</sup> nach Altersgruppen: Werte in vier der fünf Altersgruppen gesunken, Ausnahme: 5- bis 14-Jährige.</li><li>○ Regionale Unterschiede (BL)</li></ul></li><li>○ ICOSARI:<ul style="list-style-type: none"><li>○ SARI-Fallzahlen sind insgesamt gesunken</li><li>○ In KW2/2022 unter vor-pandemischen Niveau; bisher nur sporadische Influenza-Fälle (2-6 pro Woche über alle Altersgruppen)</li><li>○ Rückgang in AG ab 15 Jahre</li><li>○ Anstieg in AG 5-14 Jahre, stabil in AG 0-4 Jahre</li><li>○ Anteil COVID-19 weitgehend stabil im Vergleich zur</li></ul></li></ul>	<p>FG 36 (Buda)</p>
--	---	---------------------

	<p>Vorwoche in den einzelnen Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vergleich Hospitalisierungsinzidenz ICOSARI/Meldedaten             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz etwas gesunken, Wert für KW 2/2022: 4,7/100.000</li> </ul> </li> <li>○ Kita-/Schulausbrüche             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausbruchshäufigkeit nimmt in beiden Settings wieder zu (erwartungsgemäß nach den Ferien)</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ KW 2/22: 143 Einsendungen aus 49 Arztpraxen</li> <li>○ SARS-CoV-2-Anteil 12%, Omikron-Anteil bis KW 2/2022 auf 80% gestiegen</li> <li>○ Influenzaviren Positivrate auf 2% gesunken</li> <li>○ Endemische Coronaviren: Anteil SARS-CoV-2 am stärksten (12%), OC43 (5%) gesunken und NL63 sowie 229E auf niedrigem Niveau stabil</li> <li>○ Sonstige Atemwegsviren: HRV Anstieg auf 15%, HMPV Anstieg auf 10%, RSV und Parainfluenzaviren rückläufig</li> </ul> <p><b>Testkapazität, Testungen, ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ Steigerung auf 2,05 Millionen Tests in der letzten Woche</li> <li>○ Positivenanteil gestiegen auf 24,4%</li> <li>○ Testkapazitäten konnten um 200.000 Tests pro Woche gesteigert werden</li> <li>○ Laborauslastung: Aktuell sehr hoch. Die Labore sind stark belastet und mit ihren Kapazitäten am Limit. Es gibt regionale Unterschiede.</li> <li>○ Rückmeldung zur Priorisierung für Entlassung med. Bereich aus Isolation nach Tag 7 praktisch nicht umsetzbar</li> <li>○ Rückmeldung zu Angabe eines CT-Wertes zwecks Entlassung aus Isolation: Konflikt mit den RiLiBBÄK, Sortierung der Proben nach benötigtem CT-Wert aufgrund der Personalsituation praktisch nicht umsetzbar</li> <li>○ SARS in ARS             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl Testungen Plateau in BW, BY, Anstieg in BE, BB, HH, HE, NRW, Rückgang in SA, SN, TH</li> <li>○ Positivenanteil der Testungen in Arztpraxen höher in Vergleich zu Gesamtzahl aller Testungen</li> </ul> </li> <li>○ Testungen BL und Alter             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Starker Anstieg der 5-14-Jährigen in NRW (Lolli Tests in Schulen)</li> <li>○ Anstieg Testungen der 15-59-Jährigen über alle BL hinweg</li> <li>○ Zeitverzug zwischen Abnahme und Testdatum steigt weiterhin stetig (Aktuell 1,2 Tage)</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl der Testungen, Positivenanteile und positive Testungen pro 100.000 Personen nach Altersgruppen:</li> </ul>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda, Seifried)</p> <p>FG 37 (Eckmanns)</p>
--	---	--

	<p>Starker Anstieg der 5-14-Jährigen, Anstieg der 15-59-Jährigen, Moderat bei den über 60 Jährigen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VOC (SARS in ARS):</li> <li>○ Omikron-Anteil in ARS: 90%</li> </ul> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Omikron-Anteil für KW 1 in Genomsequenzierung Anstieg auf 62,4%, in IfSG-Daten (KW 1) 73,3% (Delta entsprechend bei 26,7%)</li> </ul> </li> <li>○ Übermittelte Omikron-Fälle             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl übermittelter Omikron-Fälle: 226.860 (Stand 19.01.22), 106,3 Fälle/100.000 EW, geographische Verteilung. Landkarte verdunkelt sich</li> </ul> </li> <li>○ Beschreibung der übermittelten Fälle             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Steigerung insbesondere in Altersgruppe 5-14-Jährige</li> <li>○ Bei Verdopplung der Gesamtzahl der Fälle im Vergleich zu vorheriger Woche, auch Verdoppelung der Hospitalisierungsrate der über 80-Jährigen und Verdoppelung der Anteil Verstorbener</li> <li>○ 27,1% nicht geimpft, 11,3% unvollständig geimpft, 38,2% mit vollständiger Impfung und 23,5% mit Auffrischung. Sinkende Tendenz der Fälle, bei denen Impfstatus-Daten vorliegen.</li> </ul> </li> <li>○ Trendmodell: Break-Even-Punkt (Omikron=Delta) wurde am 3./4.01.2022 überschritten</li> <li>○ Verdopplungszeit Omikron: 5,8 Tage</li> <li>○ Halbierungszeit Delta: 15 Tage</li> <li>○ Weiterhin geringer Anteil von BA.2 (1,7%) unter Omikron-Nachweisen in Stichprobe, aber ansteigend (Vorwoche: 1,1%)</li> <li>○ Dominanz von Omikron in allen Erhebungssystemen sichtbar</li> <li>○ Kapazität von var.-spez. PCR-Testungen sollte für SARS-CoV-2 Nachweise genutzt werden.</li> </ul> <p>○ Hinweis: Einstellung der täglichen Übersicht zu Omikron-Fällen zum 22.01.2022</p> <p><b>Überblick SARS-CoV-2_Genomsequenzen</b>                  Omikron-Anteil in KW2: 80%                  Die kumulative Wachstumskurve von Omikron setzt sich noch weiter ab von dem Wachstum von Alpha damals</p> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Schweiz Genesenenstatus auf 12 Monate verlängert. Wissenschaftliche Begründung bisher unklar</li> </ul>	<p>FG 36 (Kröger)</p> <p>MF 2 (Semmler)</p> <p>Alle</p>
--	--	---





	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reduktion des Genesenenstatus auf 3 Monate sollte gut kommuniziert werden</li> <li>○ Appell weiterhin so pro-aktiv wie möglich zu kommunizieren und sich nicht auf andere Institutionen zu verlassen</li> <li>○ Sind geringe Testzahlen in BL wie SA, SN und TH verantwortlich für die geringen Inzidenzen? Nein, das sollte nicht als Ursache angesehen werden. Vielmehr der (noch) geringe Omikron-Anteil in diesen BL evt. auch aufgrund der kürzlich starken Delta-Welle und ggf. (noch) höherer Immunität</li> </ul>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Erarbeitung verschiedener Stellungnahmen u.a. Stellungnahme zu Einrichtung eines Panels, zu Kommunikation und Digitalisierung Wöchentliche Treffen</p>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> nicht berichtet</p> <p><b>P1</b> nicht berichtet</p> <p><b>Presse</b> Viele Anfragen (Telefon, Postfächer, Social-Media-Kanäle laufen) wegen Verkürzung des Genesenenstatus</p>	Presse (Wenchel)



	<p>19.01.2022 um 9 Uhr fand das Hintergrundgespräch mit Daten- und Wissenschaftsjournalisten zur syndromischen Surveillance statt. Von RKI-Seite waren Herr Hamouda und Herr Haas dabei. Bisher noch keine Information, dass diese Woche eine Bundespressekonferenz stattfindet.</p>	
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>PCR Priorisierung für stationären Bereich und Testung mild somatischer ambulanter Fälle mit Antigen-Tests abklären? Bei nationaler Teststrategie bleiben?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Bei Priorisierung nationaler Teststrategie bleiben. Kein Anlass davon abzuweichen. PCR-Tests sollten primär zu diagnostischen Zwecken und nicht vorrangig zur Freitestung verwendet werden</li> </ol> <p>Können Personen mit positivem Antigen-Test in den Meldedaten auf nationaler Ebene ausgewiesen werden?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Für die Epidemiologie kein Mehrwert. Es geht jetzt darum, Trends abzubilden. Das geht auch mit der Falldefinition, die als Fall nur positive PCR-Nachweise aufnimmt. Grundsätzlich könnten jedoch auch Personen mit positivem Antigen-Test ausgewiesen werden, dann aber sollte dies nur bei Personen, bei denen auch Symptome angegeben sind, gemacht werden. Jedoch grundsätzliche Bedenken bzgl. Mehrwert. Schnelltestergebnisse von Testzentren müssen derzeit vom ÖGD händisch eingegeben werden. Anschluss der zahlreichen Testzentren (mehrere 10.000) an DEMIS derzeit nicht realistisch. Apotheken können DEMIS Meldeportal nutzen.</li> </ol> <p>Warum wurden stationäre Antigen Tests nicht im Entisolierungsschema berücksichtigt?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es kommt auf die Sensitivität des individuellen Tests an. Eine FAQ würde sich hier anbieten</li> </ul> <p>Diskussion Genesenenstatus:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. In Diskussion mit den Ländern. RKI kann sich allenfalls vorstellen den Genesenennachweis auf Antigentest + ärztliche COVID-19 Diagnose zu erweitern.</li> </ol> <p>Beginn des Genesenenstatus. Warum 28 und nicht 21 Tage?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Aus immunologischen Gründen sind 21 Tage vertretbar. 28 Tage decken möglichst alle Personengruppen ab</li> <li>5. Reduktion auf 21 Tage bringt kaum Veränderung.</li> <li>6. Position RKI: 28 Tage beibehalten</li> </ol> <p>Isolierung von 14 Tagen im Krankenhaus bei SARS-CoV-2-Infektion. Können wir uns vorstellen das weiter zu verkürzen?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. In der Literatur gibt es keine Argumente davon abzuweichen</li> <li>8. Übereinstimmung: keine Notwendigkeit zur Änderung</li> </ol> <p><b>To Do:</b> Wie schreiben wir ControlCOVID fort? Mit welchen</p>	<p>Alle</p>

	<p>Strategien? Bitte eine Aufgabe definieren und Arbeitsgruppe bilden. Federführung legt Abteilungsleitung 3 fest.</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b> (nicht berichtet)</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b> nicht besprochen, bzw. s. TOP 1 <b>ZBS 1</b></p>	FG17
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b> nicht berichtet</p>	FG 32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> nicht berichtet</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> nicht berichtet</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p>	Alle



	keine	
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 21.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:12 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 21.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37
! Institutsleitung	o	Muna Abu Sin
o Lothar H. Wieler	!	FG38
o Lars Schaade	o	Ute Rexroth
o Esther-Maria Antão	o	Claudia Siffczyk
! Abt. 1	o	Ariane Halm (Protokoll)
o Martin Mielke	!	ZBS7
! Abt. 2	o	Agata Mikolajewska
o Michael Bosnjak	!	MF2
! Abt. 3	o	Torsten Semmler
o Osamah Hamouda	!	P1
o Tanja Jung-Sendzik	o	Ines Lein
o Janna Seifried	!	P4
! FG17	o	Pascal Klamser
o Djin-Ye Oh	o	Susanne Gottwald
! FG32	o	Angelique Burdinski
o Michaela Diercke	!	Presse
o Emily Meyer	o	Marieke Degen
! FG33	o	Ronja Wenchel
o Ole Wichmann	!	ZIG
! FG34	o	Johanna Hanefeld
o Viviane Bremer	!	ZIG1
o Matthias an der Heiden	o	Carlos Correa Martinez
o Claudia Winklmayr	o	Regina Singer
! FG36	!	ZIG2
o Walter Haas	o	Francisco Pozo Martin
o Silke Buda	!	BZgA
o Udo Buchholz	o	Martin Dietrich





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet) Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Datenstand: WHO, 20.01.2022 Fälle: 33.790.193, Todesfälle: 5.560.718 Weltweite Fallzahlzunahme von fast 11% im Vergleich zur Vorwoche Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: USA, Frankreich, Indien, Italien, Argentinien, Spanien, UK, Brasilien, Deutschland, Türkei USA &amp; Frankreich ganz oben, in Frankreich zunehmender Trend und höchste 7-T-I (3.338/100.000), Trend in USA abnehmend Indien und auch Argentinien zeigen starken Anstieg Neu in der Liste: Brasilien mit größtem steigenden Trend Trendabnahme in Spanien, UK, Türkei Diese Auflistung enthält eine neue Spalte zum Anteil der Auffrischimpfungen, höchster Anteil in europäischen Ländern mit um die 50% Epikurve WHO Sitrep (Datenstand 16.01.2022): Etwas langsamerer Fallanstieg insgesamt, +20% global, +4% bei Todesfallzahlen Stärkster Anstieg in Südostasien (+145%, +12% bei Todesfällen), einzige Region mit sinkenden Fallzahlen ist Afrika (-27%, -4% bei Todesfällen) Karte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 20.01.2022): Sichtbare Zunahme der 7-T-I in Südamerika, v.a. Brasilien, Chile, Paraguay und Peru Afrika: unterschiedlich Trends, im Süden und Osten Abnahme, in Maghrebstaaten stark Zunahme Asien: Zunahme der 7-T-I auf der arabischen Halbinsel, in Indien, Nepal, Pakistan Australien: leichte Abnahme aber dennoch hohe 7-T-I ~1700 Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 20.01.2022): Inzidenzen sehr hoch, Welle geht aktuell von West nach Ost Abnehmende Fallzahlen in UK, Spanien, Irland und Finnland, aber weiterhin sehr hohe Inzidenzen 7-T-I &gt;500 in Deutschland, Balkanländern, Rumänien (wurde als letztes EU-land diese Woche als Hochrisikoland gelistet) 7-T-I &gt;1000 neu in Tschechien, Österreich, baltischen Staaten, Norwegen Diskussion Verlauf schwerer Erkrankungen wäre interessant, da es in den Ländern verschiedene Teststrategien gibt, ZIG1 bereitet dies für nächste Woche vor Peak-Hospitalisierungsrate in UK wäre erneut interessant, zum Vergleich sind Länder mit ähnlichen Impfraten und</p>	ZIG1



	<p>Gesundheitssystemen geeignet, gerade in jenen, die Deutschland in der Omikron vorauslaufen um daraus zu lernen, z.B. Dänemark, UK, New York?</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 8.460.546 (+140.160), davon 116.485 (+170) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 706,3/100.000 Einw.                  DIVI Intensivregister 2.447 (-124)                  Impfungen, s. Folie                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  HB, BE und HH stark angestiegen, in HB setzt sich der Anstieg nicht fort, jedoch Fallzahlen auf hohem Niveau                  Auch in anderen BL (BB, SH, HE, NW) Anstieg der 7-T-I                  Nun auch in ST, SN, TH steigende Inzidenzen                  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz Kreise: Fast 50 LK &gt;1.000, Berlin Mitte über 2000                  7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen: 10-19-jährige am stärksten betroffen mit sehr hohe Inzidenzen (viele LK &gt;1000), auch andere AG betroffen, bei &gt;70 und &gt;80 noch kein starker Anstieg                  Sterbefallzahlen: Todesfallzahlen sind rückläufig bzw. folgen noch nicht dem Anstieg, z.Zt. keine Übersterblichkeit zu beobachten, dies ist aber mit Vorsicht zu interpretieren                  Diskussion                  Infektionen im RKI gering und soweit bekannt alle importiert, das Hygienekonzept ist gut wenn auch belastend für die OEs, die dies stemmen                  HH z.B. läuft den anderen BL in der Omikron-Welle voraus, was kann von deren Daten vor allem für ältere AG gelernt werden?</p> <p>Auswertung der Übersterblichkeit aus Daten von Destatis und Meldewesen (Matthias an der Heiden), Folien <a href="#">hier</a>                  Darstellung des Verlaufs der Todesfallzahlen 2020-21 insgesamt und der Meldungen von COVID-19-Todesfällen, (2022 noch nicht dabei), im Hintergrund die Jahre 2016-19                  Verläufe in 2020 und 21 sind teilweise parallel inkl. Anstiege, Todesfälle im Herbst 2021 höher als 2020, dies ist in den Meldedaten (unten) nicht so zu sehen                  Was steckt dahinter?                  Destatis hat AG-Informationen, Anzahl der Todesfälle bei 65-74-jährigen liegt stets über denen von 2020 sowie dem 2016-19 Median, auffällig auch im Vergleich zu anderen AG                  Wenn Bevölkerungsdaten hinzugezogen werden (Sterbefälle/100.000 Ew.), normalisiert sich dies wieder                  Wahrscheinlich Untererfassung im Meldewesen (mehr bei Destatis sichtbar), wobei die 2020 (grüne) Kurve besser zu erfasster Meldezahl passt als 2021 (rote) Kurve                  Im Schatten der Pandemie möglicherweise auch anders erklärbare Todesfälle, zurückzuführen auf Überlastung bzw.</p>	<p>FG32</p> <p>FG34</p>
--	--	-------------------------





	<p>Engpässe in anderen Bereichen?                  Diskussion                  Dies sollte zusammen mit Destatis analysiert werden                  RKI sollte sich sicher sein und dies gut beleuchten und leichter verständlich aufbereiten, bevor es öffentlich gemacht wird                  Möglicherweise haben auch Maßnahmen zu erhöhter Sterblichkeit geführt?                  Welches ist der Hinweis, dass es nicht COVID-19-Sterblichkeit ist?                  Der Verlauf entspricht sich, unklar, ob die Meldung der COVID-19 Todesfälle unvollständige ist, ob wir etwas verpassen, oder ob es (wegen COVID-19) eine Überlastung der Versorgung gab, aufgrund derer sie für andere Patienten auch schlechter geworden ist                  Es könnte direkt zusammenhängen oder kausale Folge sein, ist nicht auseinanderzuhalten, hängt mit COVID-19 zusammen                  Destatis hat auch eine Ursachenstatistik, aber Daten sind nur mit erheblichem Verzug verfügbar, aktuell sind sie bis Februar 2021 veröffentlicht</p> <p>Haushaltsstudie zur Generationszeit von Omikron (Matthias an der Heiden), Folien <a href="#">hier</a>                  Paper zu Varianteneigenschaften in Haushalten <a href="#">hier</a>                  Neue Analyse zu Omikron                  Für vorherige Varianten gab es Zeiten wo diese alleine präsent waren, bei Omikron ist dies noch nicht gegeben                  Datenauswertung der Verteilung der Anteile/Anzahl von Fällen in Haushalten mit Omikron                  Alle Symptombeginne im Haushalt sind hierfür notwendig, Mean (Mittel) des Symptombeginns neuer Generation berechnet                  Keine sehr großen Unterschiede aber stete Verkürzung der Generationszeit bei den bisher aufgetretenen Varianten (Wildtyp, Alpha, Delta, Omikron)                  Mittlere Generationszeit von Omikron liegt bei 3,86                  Diskussion                  UK hat serielles Intervall veröffentlicht, Mittel liegt für Omikron bei 3,7, Delta 4,9, ähnliche Ergebnisse                  Diese neue deutsche Auswertung könnte als Letter an E&amp;I Journal geschickt werden</p>	<p>FG34</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>Systematic Review of the Comparative Effectiveness of Contact Tracing Interventions (Francisco Pozo Martin), Folien <a href="#">hier</a>                  Ziel: Auswertung der Effektivität von KoNa Maßnahmen während der Pandemie                  Methoden: systematic review von empirischen und Modellierungsstudien bis Juli 2021                  Ausgewählte Ergebnisse  <i>11 empirische Studien</i>                  UK: Digitale KoNa hat viele Fälle verhindert (Sep-Dez 2020)                  UK: Beginn digitaler KoNa hat zu Inzidenzreduktion geführt                  Colombia: Rückgang Mortalität bei steigendem Anteil Fallerkennung durch KoNa</p>	<p>ZIG</p>



	<p><i>63 modelling Studien</i>                  Effektivität KoNa steigerbar durch                  Hohes Niveau an KoNa, Verringerung der Verzögerung, hohes Annahmenniveau der digitalen App, KoNa in Schulen, usw.                  Auswertung empirischer Studien                  Digitale KoNa effektiv wegen höherer Geschwindigkeit und Abdeckung                  Limitierter Impact KoNa wegen Überlastung, meiste Hochrisiko KP im Haushalt wo Isolierung nicht gut praktizierbar ist                  Limitation u.a.: 16% der inkludierten Studien Preprints, nicht peer-reviewed                  Conclusion slide: KoNa kann bei der Pandemiekontrolle effektiv sein, aber mehr Evidenz ist notwendig                  Diskussion                  Unterschied Effektivität von KoNa in Haushalten vs. nicht in Haushalten? Durch Modellierungsstudien auswertbar, eine Studie fand höheren Impact von KoNa außerhalb von Haushalten                  Digitales KoNa Tool aus UK ist nicht gut bekannt, unklar ob es mit deutscher CWA vergleichbar ist                  Vorsicht mit der Aussage, dass KoNa ineffektiv ist                  Studie suggeriert, dass KoNa beim reopening effektiver als in der frühen Phase ist, aber dies ist eher abhängig von den jeweiligen Inzidenzen als von der Phase                  Ziel der KoNa ist variabel, z.B. als Ziel zur Verminderung des R-Wertes nicht so effektiv, aber in Alten- und Pflegeheimen ggf. sehr effektiv zur Transmissionshemmung                  Eine Studie hat gezeigt, dass ein Anstieg der KoNa um 10% mit einer Verringerung der Sterblichkeit um 1-4% verbunden ist, sehr starkes Argument für KoNa, wobei der Zeitpunkt der Epidemie wichtig ist                  KoNa Effektivität hängt 1) von der Phase der Pandemie ab, 2) von den Ressourcen und der Professionalität derjenigen, die sie durchführen, 4) von dem Ziel, auf das man abzielt, 3) und von anderen Maßnahmen, die in dieser bestimmten Phase ergriffen werden</p>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i>  (nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>  Keine Änderung</p>	<p>Abt. 3</p>



<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>Arbeitet noch nicht sehr strukturiert (anders als das RKI), dies wird bereits von außen/der Presse wahrgenommen, möglich, dass zeitnah Kritik kommt                  Bisher keine Unterstützung durch eine Geschäftsstelle, nicht gut aufgesetzt, interessant aber noch nicht so zielführend/fokussiert                  Montagabend Treffen zur Geschäftsordnung                  7 Themen wurden definiert, z.B. Kinder, Kommunikation                  Akute Stellungnahme für die anstehende Ministerkonferenz kommenden Montag wird heute fertiggestellt                  Neue RKI Taskforce unterstützt Präs für Stellungnahmen, Esther-Maria Antao, VPräs, AL3, Tanja Jung-Sendzik                  Präs sieht besten Ansatz darin, grundsätzliche Dinge zu bearbeiten und nicht zu sehr ins Detail gehen</p>	<p>Präs</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Steuerungskreis Impfkommunikation                  Wurde ergänzt aus Bundespresseamt und BKA, deutlicher Einfluss und Änderung der Ausrichtung                  Soll nun weniger Allgemeinbevölkerung adressieren, primär Ansprache der Ungeimpften um Erstimpfung voranzutreiben, spezifischerer Zielgruppenansatz                  Geimpfte werden nicht vergessen aber kein Schwerpunkt                  Zielgruppe u.a.: Ostdeutschland, Personen geringerer Bildung, mit Migrationshintergrund, in Gesundheitsberufen, usw. auch über entsprechende Mittler, Gewerkschaften, Sport-, Glaubenseinrichtung, Fachgesellschaften und sonstige                  BZgA unterstützt Zielgruppenansatz, spezielle Kommunikationspakete für Testzentren sind in Arbeit                  Manches hiervon ist eine direkte Folge des Expertenbeirats, Kommunikation wurde hier vor zwei Wochen besprochen, Kanzleramtsminister Schmidt und BMG hören zu, was dort gesagt wird, kann umgehend in Aktivitäten transformiert werden</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Nichts zu berichten</p> <p><b>P1</b></p> <p>Tweets wöchentlich zu VOC Grafiken und Anteilen sowie zum RKI Wochenbericht retweetet, auch zur Surveillance-Begleitung</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Einschätzung Omikron Entwicklung</p>	<p>VPräs/alle</p>



	<p>Frankreich lockert Maßnahmen, Wissenschaft sagt, dies sollte erst nach zwei Wochen Fallzahlenrückgang bzw. 1 Woche Rückgang in KKH-Fällen initiiert werden</p> <p>Ministerpräsidenten treffen sich am Montag</p> <p>Gibt es eine zeitliche Perspektive, wann wir denken, mehr zu wissen um Empfehlungen zu geben?</p> <p>Wichtig zu sehen wie die Entwicklung ist, wenn &gt;60-jährige betroffen sind, aktuell ist Welle in dieser AG noch nicht angekommen, dann wird es ggf. im KKH und IST sichtbar, dann besser einschätzbar</p> <p>Beim 1. SARS-CoV war frühe Lockerung nicht gut</p> <p>Frankreich lockert beispielsweise bzgl. Diskos und Bars, junge Bevölkerung ist weniger compliant, Übertragung wird hier in der Hochsaison aufrechterhalten</p> <p>Modellierung kann nützlich zur Entscheidungsfindung sein</p> <p>Lieber vorsichtig und nicht früh lockern um nicht bald darauf wieder anziehen zu müssen</p> <p>In Europa beginnt auch die Influenzasaison, gleiche Maßnahmen sind wirksam, dies könnte bei Diskussion der Lockerung mit einbezogen werden, jedoch ggf. strategisch nicht sinnvoll zu kommunizieren</p> <p>Maßnahmen und Empfehlungen sowie deren Effekt sind langsam – BL die mit Omikron fortgeschritten sind können Informationen liefern</p> <p>Trends in verschiedenen AG in nördlichen BL wie HB, HH sollten bzgl. Inzidenz, KKH und IST-Aufnahmen altersstratifiziert ausgewertet werden, Fragestellung, was passiert bei älteren dort, wo die Welle vielleicht schon auf einem Plateau angelangt ist?</p> <p><i>ToDo: Abt. 3/FG32 untersuchen dies</i></p>	
--	--	--



8	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Entisolierung Beschäftigte Alten- und Pflegeheime und KKH (medizinisches Personal, inkl. ambulanter Bereich) MPK-Beschluss ist diesbezüglich nicht klar, macht keine Aussage dazu, was ist, wenn Freitestung nicht passiert Am 10. Tag auch ohne Freitestung Rückkehr zur Arbeit (unabhängig vom CT-Wert), oder muss am 10. Tag obligatorisch Abschluss-PCR stattfinden? Virusanzucht ist dann unwahrscheinlich aber nicht ausgeschlossen, vorher waren es 14 Tage, 10 Tage ohne Abschlusstest ist vielleicht zu gewagt? Obligatorische Freitestung am 10. Tag war ursprünglich RKI-Ansatz, kostet jedoch (knappe) Ressourcen Angegebene Isolierung für 10 Tage ist wissenschaftlich begründet, nach 10 Tagen ist idR Viruslast erreicht, die zusammen mit Maske und eintakten in routinemäßige Verfahren praktikable Sicherheitsmaßnahme darstellt Bei Knappheit von Personal Möglichkeit einer pragmatische Herangehensweise und Verkürzung nach 7 Tagen Bei eingeschränkter Laborkapazität ggf. auch Verwendung von Antigentest und Verzicht auf PCR-Test Omikron stellt kein grundsätzliches Problem dar, von Antigentests detektiert zu werden, Empfehlung der Materialabnahme naso- und oropharyngeal, Qualität des Abstrichs ist auch hier sehr wichtig Mit Aufnahme der Arbeitstätigkeit wird tagesaktuell der erste serielle Test mittels Ag-Test durchgeführt Im medizinischen Bereich soll eher strenger vorgegangen werden als in anderen KRITIS-Bereichen Für die Entisolierung im stationären Bereich wurde BMG PCR-Testung nach 10. Tag vorgelegt, könnte modifiziert werden so dass nach 10 Tagen auch Antigennachweis akzeptabel wäre FG37 schickt Ergebnis der Besprechung an BMG 614 Ziegelmann (vorher Abstimmung im kleinen Kreise), Dokumente sind aktuell nicht online aber bereit, werden jetzt noch modifiziert und mit ans BMG geschickt</p> <p><i>ToDo: FG37 ergänzt gestrige Email an BMG (Ziegelmann) diesbezüglich und passt Dokument in Arbeit an</i></p>	Alle
9	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Aktualisierte Empfehlungen der STIKO wurde veröffentlicht Einfachdosis J&amp;J ist nicht genügend, mRNA Impfung ist zusätzlich notwendig zur Grundimmunisierung Boosterempfehlung für Jugendliche, Intervall zwischen 2. und Boosterimpfung von 3-6 Monaten</p> <p><b>Impfstoffe</b></p> <p>Novavax-Empfehlung in der Finalisierung Geht nächste Woche ins Stellungnahmeverfahren</p>	FG33



	<p>20.-21. Februar werden voraussichtlich erste Dosen verfügbar Politische Bestrebung ist, diese zunächst in medizinische Einrichtungen zu bringen, da hier die Impfpflicht in Aussicht ist und Beschäftigte ggf. Bedenken bzgl. mRNA-Impfstoff haben</p> <p><b>Weitere Themen</b></p> <p>Austausch mit Israel MoH zusammen mit BMG gestern Diskussion über 4. Impfung/2. Boosterimpfung Israel gibt seit dem 02.01.2022 &gt;60-jährigen, immundefizienten und Gesundheitspersonal 4. Impfung &gt;60% bei den älteren haben 4. Dosis erhalten 4-fach vs. 3-fach geimpfte zeigen niedrigere Inzidenz Weniger starker protektiver Effekt von 3. zur 4. als von 2. zur 3. Dosis, Studie in KKH hat Immunogenität nach 4. Dosis untersucht wurde, Antigentiteranstieg nach 4. war deutlich niedriger als nach 3. Dosis Vertraulicher Bericht, dass aktuell Zweifel bestehen, ob die 4. Dosis in die Allgemeinbevölkerung gebracht wird oder ob diese für bestimmte Gruppen vorbehalten wird Viele Presseanfragen wegen Genesenenstatus, auch betreffend Gesundheitspersonal, STIKO-App mit 500.000 Usern gutes Tool</p> <p>Diskussion 4. Impfung/2. Booster, gibt es Differenzierung bzgl. variantenspezifischem Impfstoff, z.B. Omikron- Impfstoff? Hat mehrfach Boostern gegen bestimmten Subtyp ggf. negative Auswirkung? Immunität wird nicht breiter, sondern eher (zu) fokussiert auf den Subtypen – dies ist die Sorge der STIKO Immunologen Noch gibt es keine daten zum auf Omikron adaptiertem Impfstoff, muss abgewartet werden</p>	
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b>(gerne korrigieren im abgelegten Dokument falls Fehler, bin nicht gut mitgekommen)</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 462 Proben, davon: 52 (13%) SARS-CoV-2 52 Rhinovirus 14 Parainfluenzavirus 13 Influenzavirus 58 saisonale (endemische) Coronaviren</p> <p><b>ZBS1</b> (nicht berichtet)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b> (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>



12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG14
13	<b>Surveillance</b> <i>(nur freitags)</i> Auswertungen zur Timeliness des Meldesystems (Emily Meyer), Folien <a href="#">hier</a> PAE-Projekt in FG32, Evaluation COVID-19 Meldesystem, Zeitnähe, Pandemiebeginn bis Ende der 3. Welle Methode: COVID-19-Fälle, die Referenzdefinition erfüllen und Labormeldungen sind, Plausibilität für Daten geprüft, Berechnung von Median und IQR Ergebnisse der Auswertung 3 verschiedener Zeiträume 1. Dauer Labormeldung und Übermittlungsdatum aus Meldesoftware durch GA Durchweg Median 1d bis Fälle übermittelt wurden, sehr zeitnah, auch bei höheren Fallzahlen während der Welle % der Fälle, die am selben Tag übermittelt wurden lag zwischen ~25% und stieg während 3. Welle auf 43% an 2. GA-Übermittlung und Import durch das RKI Median lag bei 2,5h Im Laufe der Pandemie und Wellen Verkürzung der Zeit Innerhalb von 12h werden 85% der Fälle von den GA über Landesstellen zum RKI übermittelt 3. Auftreten des Outcomes bis Übermittlung Größere Zeitverzögerung als die anderen zwei Zeiträume Tod mit Median von 2d schnellstes >Outcome in der Übermittlung Symptombeginn Median von 7d Hospitalisierung auch 7d Im Verlauf Anstieg der Informationen, die innerhalb von 5 Tagen übermittelt wurden trotz steigender Fallzahlen Fazit: Fallübermittlungen sehr zeitnah bis zum Ende der 3. Welle größere Zeitverzögerung Diskussion Wie schnell kann dies publiziert werden, sehr positives und eindrucksvolles Ergebnis? Eine Auswertung steht noch aus, Datensatz fehlt, kommt aber zeitnah Bitte Publikation gut und breit kommunizieren	FG32
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> (nicht berichtet)	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> Viele Fragen zu Genesenenstatus, Erklärungen in Vorbereitung Pressestelle prüft diesbezüglich (Vollständigkeit der?) Dokumente auf der Webseite	FG38
16	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle



<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Montag, 24.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

**Ende: 13:06**





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 24.01.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	o Sebastian Haller
o Lothar H. Wieler	! FG38
o Lars Schaade	o Ute Rexroth
o Esther-Maria Antão	o Maria an der Heiden
! Abt. 1	o Claudia Siffczyk (Protokoll)
o Martin Mielke	! ZBS7
! Abt. 3	o Michaela Niebank
o Osamah Hamouda	! MF1
o Tanja Jung-Sendzik	o Thorsten Semmler
o Janna Seifried	! P1
! FG14	o Christina Leuker
o Mardjan Arvand	! Presse
o Melanie Brunke	o Marieke Degen
! FG17	o Ronja Wenchel
o Thorsten Wolff	! ZIG
! FG32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	o Mikheil Popkhadze
! FG33	! BZgA
o Thomas Harder	o Oliver Ommen
! FG34	! Weitere
o Viviane Bremer	o Michel Bosnjak ! Abt.2
! FG36	
o Walter Haas	
o Silke Buda	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: 8.744.840 (+63.393), davon 116.746 (+28) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 840,3/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.753.672 (75,5%), mit vollständiger Impfung 61.023.959 (73,4%), mit Boosterimpfung 41.930.241 (50,4%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alle Bundesländer mit steigendem Trend außer Bremen (HB), dort 4.höchste Inzidenz</li> <li>2. Höchste Anstiege und Inzidenzen in Hamburg, Berlin(BE), Brandenburg(BB)); kontinuierliche Zunahme sichtbar in Bayern</li> <li>3. Nun auch leichter Anstieg in Sachsen, Thüringen und Sachsen-Anhalt zu beobachten</li> <li>4. Höchste Inzidenzen in Berlin Mitte und Berliner Stadtbezirken sowie in Landkreisen Brandenburgs</li> <li>5. Die höchsten Inzidenzen sind bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen, überholen 15-34-Jährige. Auch bei den 0-4-Jährigen deutliche Anstieg zu beobachten; 60+ bundesweit nicht ansteigend.</li> <li>6. Die Hospitalisierungsinzidenz leichte Anstiege wahrnehmbar</li> </ol> <p>7-T-Inzidenz, Hospitalisierungsinzidenz und adjustierte Hospitalisierungsinzidenz nach Bundesländern</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. BE: Höchste 7-T-Inzidenzen bei 5-14-Jährigen; höchste Hospitalisierungsinzidenzen bei 80+, nicht ansteigend, auch nicht bei adjustierten Werten</li> <li>8. BB: adj. 7-Tages-Inzidenz leichter Anstieg, über 80-Jährige mit höchsten Inzidenzen, bei 5-14-Jährigen minimaler Anstieg, angesichts hoher Fallzahlen sind Daten unvollständig; werden später nachgeliefert, viele Angaben fehlen</li> <li>9. HB: am stärksten betroffene Altersgruppen wie im Bundesdurchschnitt; höchste Hospitalisierungsinzidenzen bei über 80-Jährigen; aktuell Eingabeprobleme: Hospitalisierungsdaten schwer zu bewerten; wenige Fälle in jungen Altersgruppen, dort Hospitalisierungsinzidenzen schwer zu bewerten.</li> <li>10. HH: Adj. Hospitalisierungsinzidenz zeigt leichten Anstieg; Ursache noch nicht klar eingrenzbar, wahrscheinlich 80+; insb. Anfang Januar deutliche Inzidenzanstiege in dieser Altersgruppe und dort höhere Inzidenzen als bundesweit</li> <li>11. BW: Hospitalisierungsinzidenzen steil ansteigend</li> <li>12. Zusammenfassend: Noch nicht richtig klar absehbar. Dennoch über 80-Jährige am stärksten betroffen, wenn dort die Inzidenz stark zunimmt, sind auch deutliche</li> </ol>	FG32

	<p>Anstiege in den Hospitalisierungsinzidenzen zu erwarten</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Bei welcher Anzahl von Krankenhausaufnahmen wird die KritIS /Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gefährdet? Wenn derzeit überwiegend die Normalstationen betroffen sind, gibt es ggf. mehr Spielraum, als bei hoher Auslastung der ITS?</p> <p>Dem RKI liegen bundesweiten Daten zur Bettenauslastung außerhalb der ITS-Stationen nicht vor; Einblicke, Daten liegen in der Zuständigkeit der Bundesländer. Sollte eine Länderabfrage stattfinden, um Zahlen zu bekommen?</p> <p>Fokus auf Surveillance: Historische Daten, u.a. zu Influenzawellen liegen vor. Vergleich mit SARI-Daten zeigen, dass noch lange nicht die ITS-Auslastung früherer starker Grippewellen erreicht wurde. Primäres Ziel der Maßnahmen des RKI ist, die Bevölkerung vor schweren Krankheitsverläufen zu schützen, und nicht die Kapazität der Krankenhäuser zu gewährleisten. Die Kapazitätenplanung liegt bei den Bundesländern.</p> <p>DIVI für Normalstationen? Herausforderung einen Denominator für Deutschland zu definieren.</p> <p>Vertreter der Krankenhausgesellschaften nutzen derzeit das Forum, um den Fokus auf den seit langem (schon vor Pandemiezeiten) bestehenden strukturellen Kapazitätsmangel zu legen</p> <p>Fokus liegt auf Surveillance: Aktuelle Krankenhauslast kann in das Geschehen eingebettet werden, da auch geeignete Daten für vorpandemische Zeiten vorliegen. Die Bettenkapazitäten sollten sich an den Verlauf der schweren Fälle anpassen.</p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Minimaler Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz, ITS-Belegung Derzeit noch keine Anpassungen nötig, Formulierungen tragen noch</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <p>Im Expertenbeirat wurden zwei Stellungnahmen besprochen: zur Infektionslage und zur Digitalisierung. Für Morgen Stellungnahme Kommunikation, Stellungnahme zu Kindern. Empfehlungen des Expertenbeirats werden sobald ausgesprochen direkt auf die Website des Bundeskanzleramtes veröffentlicht (<a href="https://www.bundesregierung.de/breg-de">https://www.bundesregierung.de/breg-de</a>), und unterstützen MPK-Beschlüsse. Hohe Arbeitslast für alle Beteiligten; Task Force am RKI</p>	Hr Wieler



	<p>unterstützt bei Einschätzung der Stellungnahmen Wichtige Möglichkeit auch für das RKI direkt Themen, Aspekte, einzubringen Hr. Wieler ist bei dem nächsten Panel mit zwei Teilnehmenden federführend</p> <p>Themenschwerpunkt: bislang eher akute Themen behandelt, va in Bezug auf das Abebben der erwarteten Pandemiewelle im Herbst. Langfristig möglicherweise auch generelle Themen im Expertenbeitrag behandelbar.</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Separate Darstellung an und mit Covid-19- Verstorbenen -&gt;s. Pkt 7 „Strategie-Fragen“</p> <p><b>P1</b></p> <p>Neuer Fokus auf AG-Tests ausreichend für Maßnahmen vor dem Hintergrund der massenhaft durchgeführten PCR-Testungen anderer Länder, s. Österreich/Wien? Neue Darstellung?</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Derzeit noch gültige nationale Teststrategie hat für begrenzte PCR-Testungskapazitäten fachlich begründete Empfehlungen vorgelegt. Priorisierung auf Wien Ausnahmebeispiel, hohe Anzahl unterstützender Institute, Fokus auf Gurgeltests ermöglichen hohe PCR-Testungskapazitäten. In D: 3 Mio. PCR-Tests befundet, bewertet und münden in Infektionsschutzmaßnahmen, hoher Qualitätsstandard. Auch im internationalen Vergleich angemessen hohe Zahl und auch andere Länder haben Testkonzepte angepasst. Darstellung sollte sich auf Deutschland beschränken. Ourworld indata.gov- zukünftig ggf. bei Bedarf daraus geeignete Abb. übernehmen.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Separate Darstellung an und mit Covid-19- Verstorbenen im Wochenbericht: Stand der Kommunikation? FG32 hat kurzen Textbaustein bereits vorbereitet Dennoch Bitte um genauere Erläuterung zur Einordnung, warum jetzt getrennte Ausweisung, genau erläutern im Hinblick auf Omikron, auch FAQs müssen aktualisiert werden. Bilateraler Austausch dazu mit FG 32 wird erfolgen Meldedaten auf Bundeslandebene genauer angesehen, Datenqualität für Kategorien außergewöhnlich hoch,</p>	<p>Alle, FG 32, Presse; Abt. 3</p>

	<p>Vollständigkeit liegt bei über 90%, 94% vollständige Angabe für Grund des Todes. Meldeartefakt z.B. Voreinstellung (in verschiedenen Softwareprodukten) erscheint möglich.  2/3 der GÄ nutzen SurvNet, hier Voreinstellungen bekannt. Angaben plausibel, Größenordnung vereinbar mit Studienergebnissen, u.a. Studie der Rechtsmedizinischen Institutes Hamburg: 87% (?) der Gestorbenen verstarben aufgrund von COVID-19, 85% der über 70-Jährigen wiesen auch andere Grunderkrankungen auf, erst die COVID-19 Infektion verursachte den letalen Verlauf. Gute Datenqualität, Meldedaten sind gut interpretierbar, vernünftige Aussagen möglich.  Todesursache im Einzelfall in der Praxis extrem schwierig zu bewerten. „Tod an“ sehr komplexe Bewertung, nicht immer möglich.  Bisher bekannte Untererfassung der Todesursache aufgrund von Infektionskrankheit, Beispiel Influenza, z.B. bei potentiell tödlichen Grunderkrankungen.  Für die Bewertung der Todesursache gibt es noch keinen Goldstandard, deshalb bisher noch nicht getrennt ausgewiesen in Berichten.</p> <p><b>TO DO:</b> Herr an der Heiden im Austausch Statistischem Bundesamt, wird IfSG-Meldedaten mit Daten der Todesursachenstatistik abgleichen, dazu Publikation, u.a. auch im Epid. Bull. Möglich. Kann dann als fachlicher Anlass genutzt werden, um die differenzierte Darstellung der COVID-19-Todesfälle im Wochenbericht (nach Verstorben an / Verstorben mit) zu begründen. Dann Darstellung in Routineberichterstattung übertragen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viele Nachfragen bezüglich der Verkürzung des Genesenenstatus nach 3 Monaten</li> </ul> <p><b>TO DO:</b> Ausführlicherer Begründungstext wird aus- und nachgearbeitet. In FG abgestimmt und in Runde geschickt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In Kommunikation dabei wichtig: Fachliche Grundlagen gilt für diejenigen die „nur“ genesen sind (nicht zusätzlich geimpft)</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>GMK-Beschluss vom Samstag, Beschlüsse zur PCR-Testung, zur Quarantäne und zum Entlassmanagement, gibt es einen Handlungsauftrag für das RKI? (Dokumente s. Anlagen)</p> <p><b>Diskussion:</b>  Kein unmittelbarer Handlungsauftrag für das RKI; Bundesländer und Kreise regeln das über Allgemeinverfügungen und Verordnungen</p> <p>Selbstmanagement, d.h. Information der Indexperson selbst an die Kontaktpersonen, war auch schon vorher in den Empfehlungen des RKI adressiert. Die fachliche Priorität für PCR-Testungen vulnerabler Gruppen und HCW wurden übernommen; Priorisierung großer Ausbruchsgeschehen ist</p>	<p>FG32 (Herr Zacher),  FG34 (Herr an der Heiden),  DESTATIS</p> <p>Presse</p> <p>FG 33 (Herr Harder)</p> <p>FG 38 (Fr. Rexroth)</p> <p>Alle</p>
--	---	--



	<p>weggefallen.</p> <p>Notwendige Anpassungen Änderungen in nationaler Teststrategie: nicht viele Punkte. Nächsten Donnerstag Besprechung Hr. Mielke, weitere, mit BMG (Frau Korr)</p> <p>Nachtestung mit AG-Test, sind dafür Anpassungen im Meldewesen notwendig? Pragmatische Entscheidung wünschenswert. Falldefinition umfasst auch jetzt schon Übermittlung von AG-Tests. Welche Darstellung von AG-Testungen in Routineberichten? <b>TO DO:</b> FG 32 nimmt das mit und macht einen Vorschlag</p> <p>Nachtestungen von positiven AG-Tests mit weiterem AG-Test in zertifiziertem Testzentrum - Handlungsbedarf? <b>Diskussion:</b> Aufgrund hoher Inzidenzen ist aktuell ist der positive Vorhersagewert (PPW) hoch, daher ist die Bestätigung nicht so relevant Die Qualität der Abstrichentnahme in Testzentren variiert stark Bestätigungstest einen AG-Tests durch PCR ist Goldstandard hoch in Spezifität und Sensitivität. Bestätigung des AG-Tests mit AG-Test: Spezifität wird erhöht, aber Sensitivität nimmt ab, d.h. es kann dazu kommen, dass Genesene im 2. AG-Test eher negativ werden.</p> <p>Vielleicht mögliches Thema für Expertenrat: PEI-Liste: Allgemeine Empfehlung für AG-Tests/Diagnostika? Vlt. besser: In AG Testen mit PEI, BfArm darauf hinwirken, dass explizite Benennung von für die Nachtestung geeigneten AG-Tests erfolgt. Und ggf Bericht ans BMG, was für sinnvoll erachtet wird.</p> <p>Es wurde beschlossen, die Ergebnisse der heutigen MPK abzuwarten. Erst dann einen Termin mit BMG zur weiteren Abstimmung machen, um Punkt für Punkt zu bestimmen und zu besprechen wie Beschlüsse in gemeinsame Empfehlungen umgesetzt werden und auf der Website des RKI dargestellt werden. Dabei bleibt wichtig klar darzustellen, wer der Urheber der Beschlüsse ist (Beschluss der MPK, bzw. fachliche Empfehlungen in Abstimmung mit dem BMG). Bestehende fachliche RKI-Empfehlungen sind davon unabhängig zu betrachten. Das gilt zB auch für die aktuellen RKI-Empfehlungen zur Entisolierung auf den Websites. Es muss derzeit nicht angepasst werden. Es ist aber sinnvoll, sich schon jetzt auf mögliche kommende Fragen vorzubereiten. Derzeit existiert politischer Wille einheitlich verfasste Empfehlungen abzugeben.</p>	<p>Herr Mielke, weitere, BMG</p> <p>FG 32</p> <p>Alle</p> <p>Alle</p>
--	---	---







**Ende: 14:32 Uhr**

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Freitag, 28.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                                     |                           |
|-------------------------------------|---------------------------|
| ! Institutsleitung                  | ! FG38                    |
| ○ Lothar H. Wieler                  | ○ Ute Rexroth             |
| ○ Lars Schaade                      | ○ Claudia Siffczyk        |
| ○ Esther-Maria Antão                | ○ Maria an der Heiden     |
| ! Abt. 1                            | ○ Navina Sarma            |
| ○ Martin Mielke                     | ! ZBS1                    |
| ! Abt. 2                            | ○ Janine Michel           |
| ○ Michael Bosnjak                   | ! ZBS7                    |
| ! FG21                              | ○ Michaela Niebank        |
| ○ Wolfgang Scheida                  | ! MF2                     |
| ! Abt. 3                            | ! P1                      |
| ○ Osamah Hamouda                    | ○ Ines Lein               |
| ○ Tanja Jung-Sendzik<br>(Protokoll) | ! P4                      |
| ○ Janna Seifried                    | ! Presse                  |
| ! FG14                              | ○ Ronja Wenchel           |
| ○ Mardjan Arvand                    | ! ZIG                     |
| ○ Melanie Brunke                    | ○ Johanna Hanefeld        |
| ! FG17                              | ○ Mikheil Popkhadze       |
| ○ Djin-Ye Oh                        | ! ZIG1                    |
| ! FG32                              | ○ Sofie Gillesberg Raiser |
| ○ Michaela Diercke                  | ! ZIG2                    |
| ! FG33                              | ! BZgA                    |
| ○ Ole Wichmann                      | ○ Linda Seefeld           |
| ○ Elisa Wulkotte                    |                           |
| ! FG34                              |                           |
| ○ Viviane Bremer                    |                           |
| ! FG36                              |                           |
| ○ Silke Buda                        |                           |
| ○ Stefan Kröger                     |                           |
| ! FG37                              |                           |
| ○ Tim Eckmanns                      |                           |



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>! Top 10 Länder: dieselben wie in der Vorwoche, D auf Platz 6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Global sind weiterhin Fallanstiege zu beobachten, wenn auch verlangsamt. Europa: 50% der neuen globalen Fälle.</li> <li>○ Rückgang in den Fallzahlen in Nord- und Südamerika und Afrika, hier vor allem im südlichen Afrika.</li> <li>○ Rückgang der Fallzahlen ebenfalls in UK und Finnland</li> <li>○ 7TI allerdings überall noch auf sehr hohem Niveau.</li> </ul> <p>! Vergleich Anzahl durchgeführter PCR Tests/Woche/100.000 Einwohner/Innen in verschiedenen europäischen Ländern; Rücknahme der Maßnahmen in DK:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ KW2 durchgeführte PCR Tests/Woche/100.000 EinwohnerInnen: D: 2.467; AUT: 41.149; DK: 22.874</li> <li>○ DK: Rücknahme der meisten COVID-verbundenen Maßnahmen: 7TI liegt bei knapp 5.000, PCR-Positivenrate von 24%; hohe Immunität in der Bevölkerung: 81% der Gesamtbevölkerung vollständig geimpft, 60% geboostert.</li> </ul> <p>Analyse der neu-hospitalisierten Fälle pro Anzahl tägliche Fälle vor 10 Tagen: Verhältnis sinkt und stabilisiert sich. Anfang Dez.: (Delta vorherrschend) Hosp.rate 3%; 10.01.22 (Omikron vorherrschend) Hosp.rate 1,5 %. Krankenhausbelegung und Anzahl Patienten auf ITS, die beatmet werden, sind rückläufig. In Krankenhäusern sieht man eine Zunahme an COVID-Diagnosen als Nebenbefund, vor allem in den jüngeren Altersgruppen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hospitalisierungen in NY State: auf hohem Niveau; größte Zunahme bei Kindern 0-4 und 12-18 (über 800% Zunahme). 0-4-Jährige: 54% der Kinder hatten keine Komorbiditäten, 64% mit Symptomen. 47% waren aus anderen Gründen als COVID-19 im Krankenhaus.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 9.429.079 (+190.148), davon 117.484 (+170) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: 1.073,0/100.000 Einw.</li> <li>○ DIVI Intensivregister 2.274 (-89)</li> <li>○ Impfungen, s. Folie</li> <li>○ Trendbericht: Positivenanteil und Anzahl PCR-Tests steigen, Anteil COVID an SARI auf ITS gehen zurück; Todesfälle sind leicht rückläufig.</li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Berlin, Hamburg, Bremen Spitzenreiter, Anstiege sind in</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



	<p>allen Bundesländern zu sehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz Kreise: Nur 39 Kreise liegen in der Inzidenz noch unter 500.</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen: Höchste Inzidenz bei den 5-9-Jährigen (2.365), was einer Verdopplung von Woche 2 auf Woche 3 entspricht. Auch in den Altersgruppen Ü60 sind Anstiege zu beobachten, wenn auch nicht ganz so stark wie bei den Kindern.</li> <li>○ Hosp. Inzidenz: leichter Anstieg in allen Altersgruppen</li> </ul> <p>Diskussion/Ergänzungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nicht nur auf COVID-19 Meldedaten schauen, sondern diese auch im Kontext betrachten. Nach Außen wird dies bereits im Lagebericht kommuniziert.</li> <li>○ SARI Fälle Kinder und Jugendliche, mit und ohne COVID-Diagnose: SARI Fälle steigen leicht an. Hospitalisierungen liegen deutlich unter dem Niveau der Vorjahre.</li> <li>○ Ist der Rückgang in der ITS-Belegung auf den Rückgang von Delta zurückzuführen? Antwort: Ja, und zudem noch niedriger Anteil an Omikron, und bisher sehr stark jüngere Altersgruppen betroffen.</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG17</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p><b>Aktivitäten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Februar: Aufbau Sequenzierkapazitäten in Montenegro</li> <li>○ Anfang März Aufbau Laborkapazitäten im Kosovo</li> <li>○ 2 SEEG Missionen: Labortraining in Tadschikistan (13-24 Feb) und ein Rapid Response Team nach Gambia (März)</li> <li>○ Zudem 2 Missionen: COVID Response Elfenbeinküste und Burkina Faso</li> <li>○ Corona Global: Laborunterstützung Madagaskar</li> <li>○ Zusammen mit Abt. 3: diese Woche Beendung einer Mission in der Ukraine</li> </ul>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ &gt; 41,5 Mio. Downloads  35.500 Follower,</li> <li>▪ &gt; 1,5 Millionen, die mit PCR-gewarnt haben, &gt;40.000 Warnende/Tag</li> <li>▪ &gt; 12 Mio. empfangene Warnungen, 700.000/Tag</li> <li>▪ Version 2.17 (Anfang Februar)</li> <li>▪ (Luca-Verträge werden gekündigt -&gt; Check-in-Funktion wird wichtig)</li> <li>▪ Viele Anfragen zur Änderung der PCR-Priorisierung, und Auswirkungen auf die CWA; zudem viele Anfragen zu 2G, 2G+ und Booster-Darstellung (hier wird eine Sprachregelung mit dem BMG entwickelt).</li> <li>▪ Rote Kacheln führen momentan nicht zu Frust bei Nutzern.</li> </ul> <p><b>Ergänzung:</b> Anfrage Testkoordinatoren/Innen und Bundesländer: Nutzung CWA durch Testzentren? Es gab Ansätze für ein CWA Schnelltestportal: Zentren könnten über</p>	<p>FG21</p> <p>Diercke/ Hamouda</p>



	<p>Portal und dessen Anbindung an DEMIS Meldungen direkt übermitteln. Gespräche hierzu fanden bereits mit T-Systems statt. Von Seiten des BMG wurde keine Erweiterung der CWA-Funktionalitäten gewünscht. Gespräche hierzu könnten nochmal aufgenommen werden.</p>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Keine Änderung</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stellungnahme Kommunikation wurde gestern verabschiedet, wird zeitnah auf Seite des Bundeskanzleramtes publiziert.</li> <li>○ Stellungnahme zu Kindern in der Pandemie: Feedback dazu und Bewertung im Haus deckte sich zu 100% mit Ansicht anderer Experten/innen; wird überarbeitet.</li> <li>○ Stellungnahme Panel: Federführung Hr Wieler, Hr Drosten, Hr Streek. Von Hr Bosnjak in Vorbereitung.</li> </ul>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Digitales Kitapaket zu Impfungen bei Kindern (Plakat und Merkblatt) in Zusammenarbeit mit der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege</li> <li>○ Für Anfang Feb. Ist ein ähnliches Paket für Schulen geplant</li> <li>○ Anfang Feb.: Merkblatt Impfen in Pflegeeinrichtungen</li> <li>○ Das Merkblatt zu Auffrischimpfungen wurde aktualisiert</li> <li>○ Kommunikation zu Novavax in Planung</li> </ul> <p>Alle Merkblätter sind in D, in leichter Sprache Deutsch, in Englisch, Französisch, Türkisch, Arabisch und Russisch erhältlich.</p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Kurz-Link zum Kontaktpersonenmanagement wurde auf Wunsch des BMG umgelenkt: Verlinkung auf Tabelle.</li> <li>○ Viele Anfragen ob Patienten mit COVID-19 oder aufgrund von COVID-19 im Krankenhaus aufgenommen werden. Einige Bundesländer weisen dies bereits aus. Unterscheidung ist fachlich nicht sinnvoll.</li> </ul> <p>Ergänzungen hierzu: Anhand der ICOSARI-Daten im Lagebericht ist der Vergleich zu den Meldedaten möglich (S. Buda). Es sollte bei Anfragen auf ICOSARI Daten verwiesen werden.</p> <p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der Presse gerade stark thematisiert: Anzahl PCR Testungen Deutschland im Vergleich zu Anzahl PCR Testungen in Wien; komplett andere Logistik: Bürger/Innen führen selber Probenentnahme durch (Videoüberwacht), gefolgt von Pooltestung. Logistisch in den nächsten Wochen</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse/Alle</p>



	<p>in D nicht umsetzbar.</p> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Twitter: aktualisierte FAQ zu longCOVID, Vorbereitung für Instagram</li> <li>○ Info: Was ist zu tun, wenn jemand in meinem Haushalt COVID hat? Info zu Quarantäne und Isolation.</li> </ul>	<p>P1/Alle</p>
<p>7</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Diskussion Fallerrfassung:</b> Aufgrund der limitierten PCR-Testungen: Vorschlag der Aufnahme der Antigentests in Fallerrfassung. Dieser Vorschlag ist nicht sinnvoll, zudem ist weder sinnvoll noch möglich eine Vollerfassung anzustreben.</li> </ul> <p><i>To Do: In den Jour Fix mit BMG aufnehmen (E. Antao?).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Übergang in die Endemie/Deeskalationsstrategie</b> Sollte stufenweise erfolgen, und erst nachdem der Omikron Peak erreicht ist. Arbeitsgruppe soll gebildet werden, erstes Treffen Montag, 31.01.</li> </ul> <p><i>To Do: Aufgabenzuweisung durch Lagezentrum</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Umsetzung der MPK Beschlüsse vom 24.01.22/ Erlasse dazu (ID5010)</b></li> <li>○ Genesenenstatus-Verkürzung: sollte von RKI-Seite genauer erläutert werden; Erklärung ging an den Minister zur Kenntnis. Momentan keine Aktion notwendig; wird nächste Woche veröffentlicht. Kann bei Nachfragen durch die Presse versendet werden.</li> <li>○ Genesenennachweis: Mittels 1 oder 2 AG-Tests? Nur durch einen Test, alles andere wäre in der Praxis nicht umsetzbar.</li> <li>○ Email Hr Rottmann zu Erlassbericht ID5010 an LZ, 28.01 : LAMP- Tests sollten nicht extra erwähnt werden, da eine Form der NAT POC. Genesen-Geimpfte (Antikörper-Nachweis gefolgt von Impfung): Wo einsortieren? Werden den Geimpft- Genesenen gleichgestellt. Es werden hier durch Kürze der Formulierung falsche Anreize für die Labordiagnostik und Nachfrage nach Antikörpertests gesetzt. Eigentlich ist diese Gruppe durch der Formulierung „Nach einer Infektion“ bereits abgedeckt.</li> </ul> <p><i>To Do: Rückmeldung an Hr Rottmann durch U. Rexroth.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>J. Hanefeld: Vorstellung eines Working Papers der JHSPH zu Effekten von Lockdowns auf COVID-19-Mortalität <a href="#">Folien</a>.</b></li> <li>○ Ergebnis der Metaanalyse: Lockdowns in Europa und den USA waren nicht effektiv. 2 Paper aus ZIG zu Wirksamkeit der NPIs: Ähnliche Methodik, andere Ergebnisse. JHSPH hat sich nur eine Maßnahme</li> </ul>	<p>AL3</p> <p>LZ</p> <p>VPräs/alle</p> <p>ZIG</p>



	<p>angeschaut; Einzelmaßnahmen zeigen i.d.R. sehr niedrigen Effekt; Zusammenführen mehrere NPI hat Effekt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bekanntes Problem: Implementierungstiefe kann nicht wirklich bewertet werden.</li> <li>○ Um Implementierungstiefe zu bewerten: Neue Studie BUA: Pandemic non-pharmaceutical interventions to flatten the curve: needs, effectiveness and impact in the global South - the example of Ghana (Busse, Brockmann, Drosten, Hanefeld, Sander)</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Keine</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p><b>STIKO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Di /Mi Stellungnahmeverfahren: Empfehlung für Novavax; 4. Impfdosis für Ü70 und Menschen mit Immundefizienz (Mindestabstand: 3 Monate), sowie Mitarbeitende im Gesundheitswesen (Mindestabstand: 6 Monate).</li> <li>! In der Abstimmung: Update Kinderimpfung für 5-11-Jährige: mögliche Boosterung sowie Ausdehnung der Empfehlung auf alle Kinder dieser Altersgruppe.</li> <li>! Living syst. Review wird gerade aktualisiert: Wirksamkeit der Impfung bei Omikron.</li> </ul> <p><b>Weitere Themen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>COVIMO Erhebung, Auswertung Welle 9: Sonderauswertung- Impfquotenmonitoring in D als Einwanderungsgesellschaft</b></li> <li>○ Folien <a href="#">hier</a>.</li> <li>○ 2 Stichproben in 9 Welle: Eingewanderte und ihre direkten Nachkommen, im Vergleich zu Personen ohne Migrationshintergrund.</li> <li>○ Jeweils ca. 1000 Interviews, in verschiedenen Sprachen geführt.</li> <li>○ Impfquote nach Migrationsgeschichte: etwas geringer als Impfquote bei Bürgern ohne Migrationsgeschichte. Impfbereitschaft allerdings höher.</li> <li>○ Besser Sprachkenntnisse: höhere Impfquote</li> <li>○ Erklärungsansatz: Migrationsgeschichte und Zusammenhang Impfquote: Unterschied erklärt durch Einkommen, Bildung und Alter, sowie Diskriminierungserfahrung im Gesundheitswesen und Sprachbarrieren.</li> <li>○ Empfehlungen: Zielgruppen-gerichtete Impfkampagne, Vertrauen schaffen.</li> <li>○ Publikation für nächste Woche in Vorbereitung und Infoveranstaltung mit Uni Bielefeld und Gesundheitsministerium Bremen.</li> <li>○ Studiendaten liegen dem BMG und Bundeskanzleramt</li> </ul>	FG33





	<p>teilweise schon vor.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage: wie wurde Diskriminierung im Gesundheitswesen abgefragt? – Mittels 5-Punkte-Skala: „sehr häufig“ bis „niemals“.</li> </ul>	
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 557 Proben, davon: 519 vollständig untersucht  67 (13%) SARS-CoV-2  16 RSV  64 Rhinovirus  17 Parainfluenzavirus  14 Influenzavirus  61 saisonale (endemische) Coronaviren</p> <p><b>ZBS1</b>  ! 162 Proben, davon 67 pos. 41.4%</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement (nur freitags)</b>  (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b>  (nicht berichtet)</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Software kommt teilweise an ihre Grenzen.  ! 10 Mio Fälle, die täglich abgefragt werden müssen.  ! Digitalisierung der KH-Meldungen (direkte Meldung an Gesundheitsämter): Vom BMG vorgegebenes Thema, das bei der DEMIS Weiterentwicklung gerade berücksichtigt wird. Die Datenqualität wird hierdurch nicht verbessert. Hier wird evtl. eine Parallellösung generiert, die nicht nachhaltig ist. Fachliche Argumente wurden bereits vorgebracht.  <i>To Do: Thema sollte in Jour Fix mit dem BMG nochmal angesprochen werden.</i>  ! Für ESRI müssen Gesamtdaten zur Verfügung gestellt werden, sonst Diskrepanz zu den Bundesländern.</p>	<p>FG32</p> <p>E. Antao?</p>
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  (nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>Das LZ wurde vor 2 Jahren in Betrieb genommen  Info mit Eckdaten zu LZ durch U. Grote per Mail versendet</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b>  Keine</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nachfrage Isolierung in Pflegeeinrichtungen: Rückmeldung von verschiedenen Seiten, dass die Empfehlungen kaum noch einzuhalten sind. Weiterleitung der Anfrage durch Hr Wieler an T. Eckmanns.</p>	FG37
	Nächste Sitzung: Montag, 31.01.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:06**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 31.01.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                      |                                   |
|----------------------|-----------------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Tim Eckmanns                    |
| o Lothar H. Wieler   | ! FG38                            |
| o Esther-Maria Antão | o Maria an der Heiden             |
| ! Abt. 1             | o Claudia Siffczyk<br>(Protokoll) |
| o Martin Mielke      | ! ZBS7                            |
| ! Abt. 2             | o Christian Herzog                |
| o Michael Bosnjak    | o Agata Mikolajewska              |
| ! Abt. 3             | ! MF2                             |
| o Osamah Hamouda     | o Torsten Semmler                 |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! P1                              |
| ! FG14               | o Christina Leuker                |
| o Mardjan Arvand     | ! Presse                          |
| ! FG17               | o Ronja Wenchel                   |
| o Thorsten Wolff     | o Marieke Degen                   |
| o Djin-Ye Oh         | ! ZIG1                            |
| ! FG32               | o Mikheil Popkhadze               |
| o Michaela Diercke   | ! BZgA                            |
| ! FG36               | o Linda Seefeld                   |
| o Walter Haas        |                                   |
| o Silke Buda         | ! Weitere                         |
| o Julia Schilling    | o Wiebe Külper-Schiek             |
| ! FG37               |                                   |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 9.815.533                      (+78.318), davon 117.786 (+61) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 1.176,8/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 62.999.870 (75,8%),                      mit vollständiger Impfung 61.501.394 (74,0%), mit Auffrisch-                      Impfung 43.895.972 (52,8%)</p> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. HH, BE, HB weiterhin höchste Inzidenzen, gefolgt von HE, BY, BB, NRW: Inzidenzanstieg in bevölkerungs-reichen BL begründet weiteren Anstieg bundesweit</li> <li>2. HH, BE, HB berichten Erfassungsprobleme und Rückstau vieler Fälle</li> <li>3. In Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen auch Anstiege zu beobachten</li> <li>4. In allen BL inzwischen einheitlich viele Kreise mit sehr hohen Inzidenzen</li> <li>5. Höchste Inzidenzen in Berlin Tempelhof-Schöneberg sowie auch LKs in Bayern, Berliner Stadtbezirken</li> <li>6. Die höchsten Inzidenzen sind weiterhin bei den 5-14-Jährigen zu verzeichnen (&gt;3.000/100.000), dann 15-34-Jährigen, dann 35-59- und unter 5-Jährigen. 60+ bundesweit niedrigste Inzidenzen, minimal ansteigend.</li> <li>7. Die Hospitalisierungsinzidenz nimmt zu.</li> <li>8.</li> </ol> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>! <b>Farbgebung:</b> Eine neue Farbkategorie für eine Inzidenz von über 2.000/100.000 Einw. erscheint nicht sinnvoll, da diese nicht logisch begründbar erscheint; es suggeriert zudem eine Relevanz für weitere Maßnahmen, die nicht besteht. Es wird davon ausgegangen, dass der Peak der Erkrankungen in etwa 2 Wochen erreicht wird. In einigen BL scheinen sich die Fallzahlen bereits zu verringern. Die Farbgebung wird beibehalten.</p> <p>! <b>Abwassersurveillance:</b> Im 14-tägigen Treffen mit den Experten aus NL, DK, AUS berichteten gestern die NL über ihre Abwassersurveillance: Die SARS-Cov2-Daten aus über 350 Messpunkten mit regionaler Abdeckung, die 3x/Woche erhoben werden, korrelierten gut mit den derzeit hohen Inzidenzen in der Bevölkerung. Es werde in NL in Betracht gezogen angesichts der hohen Inzidenzen in der Berichterstattung umzuschwenken auf diese Daten. Auch andere Erreger sind abgedeckt.</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>Hamouda, alle</p> <p>Wieler, alle</p>

	<p>! Abwassersurveillance könne auch in D ein ergänzendes Monitoring darstellen. Eher Instrument zur Früherkennung neuer Erreger. Gute Korrelation mit Bevölkerungsdaten bei hoher Krankheitslast möglich. Aber keine Information zu Einzelfällen, betroffenen Bevölkerungsgruppen, bzw. ob es sich um Infektionen oder Erkrankungen handelt, möglich. Nur ein ergänzendes Instrument.</p> <p>! Wird in D gerade aufgebaut, erscheint sinnvoll, auch für andere Erreger, aber es gibt derzeit auch einige ungeklärte Fragen und Diskussionen z.B. zu gerichtsfesten Cut-Off-Werten.</p>	
<b>2</b>	<b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>  nicht berichtet	ZIG
<b>3</b>	<b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Erster Entwurf (FG36/FG38) wurde vorgestellt (<a href="#">hier</a>), Punkte u.a.  Risikoabstufung von sehr hoch auf hoch  Deutliche Kürzung und Fokussierung auf umsetzbare Empfehlungen  Ziel: schwere Erkrankungen und Todesfälle zu minimieren und allen bestmögliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen  Empfehlung zur Arztvorstellung bei Symptomatik gestrichen</p> <p>Kürzungen werden begrüßt, Risikoherabstufung angesichts geringerer Schwere der Erkrankungen durch Omikron-Variante, sowie geringerer ITS-Auslastung nachvollziehbar, aber Datenlage zu Hochaltrigen in Deutschland noch nicht ganz klar; Auslastung der Normalstationen muss beachtet werden  Ungeimpfte Kinder (&lt;5 J.) können erkranken und versterben, auch Long-COVID nicht ausgeschlossen; Mortalität der Kinder höher als bei Influenza, sehr hohe Inzidenzen in dieser Altersgruppe; auch Immunsupprimierte durch sehr hohe Inzidenzen gefährdet  Niedergelassene derzeit sehr stark ausgelastet; Empfehlung ggf. auf „Vorstellung insbesondere bei Symptomen von Personen mit Risikofaktoren“ präzisieren  Definition Vulnerabilität: es muss unterschieden werden zwischen Bevölkerungsgruppen, die das grundsätzliche Risiko schwerer COVID-19-Verläufe tragen und Bevölkerungsgruppen, mit hohem Ansteckungsrisiko durch Infektionskrankheiten  Anpassungen sind notwendig. Derzeit sind Auswirkungen von BA.2 im Vergleich zu BA.1 noch nicht abzuschätzen, auch das Timing der Veröffentlichung einer Anpassung der Risikobewertung muss beachtet werden. Die Kommunikation</p>	<p>Abt. 3  Buda/Rexroth</p> <p>alle</p>



	<p>ist wichtig: kein Strategiewechsel sondern eine Strategieanpassung, in der für relevante Bereiche die Empfehlungen vertieft werden.</p> <p>Allgemein werden Kürzungen begrüßt, die Risikoabstufung von vielen begrüßt. Ein paar einzelne Punkte müssen nachgeschärft werden, zB. Risikobewertung für Hochaltrige, Altenpflegeheime, bzw. Kinder: Bewertung aus Datenlage z.T. für Deutschland noch nicht abschließend möglich, und bedarf zusammen mit der Risikobewertung für Kinder sorgfältiger klarer Formulierungen, ebenso wie die Empfehlungen zur Vorstellung bei Symptomen in der Ärzteschaft</p> <p><b>TO DO:</b> Entwurf wird zur schriftlichen Kommentierung in Runde geschickt zur internen fachlichen Abstimmung Entwurf wird danach an die Leitung des BMG geschickt</p> <p><b>Wichtig:</b> Änderungen der RKI- Empfehlungen und auch der Risikobewertung vor Veröffentlichung an Leitung des BMG schicken/ mit Leitung des BMG abstimmen und so klare Aktenlage schaffen</p>	
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Die Stellungnahme Kinder ist derzeit in Überarbeitung. Die Stellungnahme Kommunikation ist veröffentlicht.</p>	<p>Wieler</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu: Merkblatt für die Zielgruppe Pflegepersonal Digitales Merkblatt zur Quarantäne und Isolierung Digitales Paket zu „Schule“ in mehreren Sprachen (D, D: leichte Sprache, Russ., Franz., Engl., Arab., Türkisch): wird im Februar versendet</p> <p><b>Diskussion:</b> Dringende Bitte darum, aktuelle Merkblätter für Pflegepersonal und zur Quarantäne und Isolierung vorab mit RKI fachlich abzustimmen, um diese mit RKI-Empfehlungen und MPK-Beschlüssen einheitlich abzugleichen</p> <p><b>TO DO:</b> Werden an Lagezentrum geschickt und intern zur fachlichen Abstimmung an FG verteilt</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Derzeit keine Neuigkeiten Hr. Wielers Retweet des Postillion-Beitrages zur Homöopathie hat sehr großen Anklang in der Community gefunden</p> <p><b>P1</b></p> <p>Änderung zur Absonderungstabelle, kommt da etwas? Derzeit wird noch auf die Rückmeldung des BMG (Hr.</p>	<p>BZgA</p> <p>FG14, FG 36</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

	Rottmann) gewartet, das Lagezentrum hatte schon explizit nachgefragt.	
<b>7</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>Allgemein</b> nicht berichtet <b>RKI-intern</b> nicht berichtet	Alle  Abt. 3
<b>8</b>	<b>Dokumente</b> nicht berichtet	Alle
<b>9</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> nicht berichtet <b>STIKO</b> xxx	FG33
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b> • nicht berichtet <b>ZBS1</b> • nicht berichtet	FG17  ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> nicht berichtet	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle



<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

**Ende: 14:02 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 02.02.2022, 12:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Mardjan Arvand
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
  - Dschin-Je Oh
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Benedikt Zacher
- ! FG33
  - Wiebe Külper
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG 35
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Maria an der Heiden
  - Christian Wittke (Protokoll)
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
- ! MF 2
  - Torsten Semmler
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Susanne Gottwald
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Andrea Rückle



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ SurvNet übermittelt: 10.671.602 (+248.838), davon 118.504 (+170) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: 1.349,5/100.000 Einw.</li> <li>○ DIVI Intensivregister 2.262 (-45) in Behandlung</li> <li>○ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.027.698 (75,9%), mit vollständiger Impfung 74,3%, Auffrischimpfungen 53,9%</li> <li>○ 7-Tages Inzidenz weiterhin auf hohem Niveau</li> <li>○ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Plateau in HB, HH, BE</li> <li>○ Leichter Rückgang in SH</li> <li>○ Anstiege in HE, BY, SL, SN, ST, TH</li> <li>○ Anstiege nicht mehr so steil wie noch in der vergangenen Woche</li> </ul> </li> <li>○ Geografische Verteilung 7-Tage Inzidenz nach Landkreis                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle LK mit 7-Tage-Inzidenz &gt;500/100.000 Einw.</li> <li>○ Mehr als die Hälfte aller LK (268) weisen eine 7-Tage-Inzidenz von &gt;1.000/100.000 Einw. auf</li> <li>○ Die am stärksten betroffenen LK sind in ganz Deutschland verteilt</li> </ul> </li> <li>○ Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Am stärksten betroffene Altersgruppe: 5-14-Jährige</li> <li>○ Auch in allen anderen Altersgruppen Anstiege von KW 3 auf KW 4, allerdings weniger stark als die Woche zuvor</li> </ul> </li> <li>○ Covid-19 Todesfälle nach Altersgruppe und Sterbewoche                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kein Anstieg</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ Behandelte COVID-19 Fälle/Neuaufnahmen                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2.307 Personen auf ITS behandelt (Stand 02.02.2022)</li> <li>○ Leichte Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung; Wendepunkt?</li> <li>○ 1.285 Neuaufnahmen auf ITS in den letzten 7 Tagen; deutlicher Anstieg</li> <li>○ Todeszahlen haben abgenommen, jedoch noch verhältnismäßig hoch</li> </ul> </li> <li>○ Anteil der COVID-19-Patient an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seitwärtsbewegung in HB, HH, SH, BE</li> <li>○ Anstiege in NRW, SL</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 32 (Diercke)</p> <p>MF 4 (Fischer)</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>○ Starker sich fortsetzender Abfall in SN, TH</li><li>○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad<ul style="list-style-type: none"><li>○ Rückgang der verschiedenen Behandlungsgruppen</li><li>○ Anzahl der Fälle mit unbekannter Behandlung nimmt anteilig zu</li></ul></li><li>○ Invasive Beatmungskapazität<ul style="list-style-type: none"><li>○ Freie Kapazitäten nehmen zu. Entlastungstrend setzt sich fort.</li></ul></li><li>○ ECMO-Kapazität<ul style="list-style-type: none"><li>○ Belastung durch COVID trotz Rückgang noch immer sehr hoch</li><li>○ Freie Kapazitäten nehmen zu</li></ul></li><li>○ Entwicklung nach Altersgruppen<ul style="list-style-type: none"><li>○ Zunahme bei den 70-79-Jährigen sowie bei 80+</li><li>○ 0-17 u. 18-29-Jährige Plateau auf hohem Niveau</li><li>○ ITS-Belegung mit Nachweis Virusvarianten: Rückgang Delta, Zuwachs Omikron, Plateau/Anstieg bei unbekannt</li></ul></li><li>○ Omikron-ITS-Fälle<ul style="list-style-type: none"><li>○ 204 Fälle; grob 7 Tage Verdopplungszeit</li></ul></li><li>○ SPoCK-Prognose<ul style="list-style-type: none"><li>○ Für Deutschland insgesamt leichter Rückgang/ Seitwärtsbewegung prognostiziert</li><li>○ Rückgänge in NRW</li><li>○ Anstieg in SL, Abfall in RLP, Verweis auf Betrachtung einzelner BL</li></ul></li></ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Folien <a href="#">hier</a></li><li>○ Grippe Web:<ul style="list-style-type: none"><li>○ 4.800 ARE pro 100.000 Einw. in KW 4</li><li>○ Insgesamt knapp 4 Millionen ARE in D, unabhängig von einem Arztbesuch (3. KW: knapp 4,2 Mio.)</li><li>○ ARE-Rate in KW4 gesunken, Anstieg hat sich zunächst nicht fortgesetzt, dadurch Nähe zur Werten vor der Pandemie nicht mehr gegeben (in KW 4).</li><li>○ Im Vergleich zur 3. KW 2022: Bei den Kindern gesunken, bei den Erwachsenen leicht gestiegen (betrifft hauptsächlich jüngere Erwachsene (15 bis 34 J.)</li><li>○ Durch Rückgang auch bei Kindern nicht mehr im Wertebereich wie vor der Pandemie.</li></ul></li><li>○ ARE-Konsultationen<ul style="list-style-type: none"><li>○ 4. KW 2022: höher als letztes Jahr, im Bereich der</li></ul></li></ul>	<p>FG 36 (Buda)</p>
--	---	---------------------

	<p>Saisons vor der Pandemie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rund 1.470 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in D)</li> <li>○ KonsInz insgesamt relativ stabil geblieben: in KW 4: 1.470 (Vorwoche: 1.450)</li> <li>○ KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr, Im Bereich der vorpandemischen Saisons, Ausnahme 0-4J.: Dort liegt die KI aktuell nicht ganz so hoch wie vor der Pandemie</li> <li>○ Regionale Unterschiede: Anstiege in BW, BY; Rückgang in den BL SH, HH, BB</li> <li>○ Insgesamt noch ein relativ uneinheitliches Bild</li> </ul> <p>○ ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 4. KW 2022:                  Rund 380 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose / 100.000 EW (= rund 320.000 ARE-COVID-Arztbesuche in D)</li> </ul> <p>○ ICOSARI:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Insgesamt stabil geblieben</li> <li>○ in KW 3/2022 unter vor-pandemischen Niveau; 10 Influenza-Fälle in aktueller KW (vorher/in 2021 zwischen 1-6 pro Woche); betroffene AG: alle U80</li> <li>○ Leichter Rückgang in AG 0 bis 4 Jahre sowie 80 Jahre</li> <li>○ Weitgehend stabil in allen anderen Altersgruppen</li> <li>○ Größter Anteil an COVID-Fällen in der Altersgruppe 35-59 (70%)</li> </ul> <p>○ Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz von 5,0 pro 100.000 Einw. (stabil geblieben)</li> <li>○ Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-4 in den vergangenen Wochen sowohl in Meldedaten als auch ICOSARI höher als in vorherigen Wellen</li> <li>○ AG 0-4 mit höchster Hospitalisierungsinzidenz nach AG 60 Jahre und älter; Anstieg in AG 80+</li> </ul> <p>○ Intensivbehandlung SARI-Fälle bis zur 4. KW 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutlicher Rückgang der SARI-Intensivpatienten in AG 35 bis 79 seit Jahresbeginn</li> </ul> <p>○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit Jahresbeginn rascher Anstieg</li> <li>○ Starker Verzug aufgrund von Nachmeldungen</li> <li>○ Ausbruchsgröße vom Median her relativ gleichgeblieben</li> </ul> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ KW 4/22: 141 Einsendungen</li> <li>○ SARS-CoV-2-Anteil 22%, Omikron-Anteil bis KW 4/2022 auf</li> </ul>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p>
--	---	--

	<p>fast 100%</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inflenzaviren in KW 4 leichter Anstieg auf 3,1%, überwiegend A/H3N2-Viren</li> <li>○ Inflenzaviren-Aktivität in Anbetracht der Jahreszeit noch immer sehr gering</li> <li>○ <math>\beta</math>-Coronaviren: Rückgang OC43, Anstiege 229E und SARS-CoV-2</li> <li>○ Sonstige Atemwegsviren: HRV und HMPV Anstieg auf 15%, RSV und Parainflenzaviren rückläufig</li> <li>○</li> </ul> <p><b>Testkapazität, Testungen, ARS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ Steigerung auf 2,54 Millionen Tests in der letzten Woche</li> <li>○ Positivenanteil erneut stark angestiegen auf 40,58%</li> <li>○ Testkapazitäten konnten weiterhin gesteigert werden</li> <li>○ Laborauslastung extrem hoch, teilweise aufgrund von Rückstau, aber weiterhin funktionsfähig</li> <li>○ SARS in ARS             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Positivenanteil steigt in allen BL und ist in Arztpraxen höher</li> <li>○ Positivenanteil in Arztpraxen von über 50%</li> <li>○ Zeitverzug zwischen Abnahme und Testdatum nimmt stetig zu. Aktuell bei 1,5 Tagen</li> </ul> </li> <li>○ Anzahl der Testungen, Positivenanteile und positive Testungen pro 100.000 nach Altersgruppen: Weiterhin Anstieg der 5-14-Jährigen, Anstiege in allen Altersgruppen mit Ausnahme der 0-4-Jährigen</li> <li>○ Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen/Alten-Pflegeheimen             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anzahl der aktiven Ausbrüche nimmt zu</li> </ul> </li> </ul> <p><b>VOC-Bericht/ Molekulare Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ Übersicht VOC/VOI in Erhebungssystemen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Omikron-Anteil für KW 3 in Genomsequenzierung Anstieg auf 94,5%, in IfSG-Daten (KW 3) 96,0%</li> <li>○ Omikron Varianten BA.1 bei 89,2%, BA.2 5,1%, BA.3 0%, B.1.1.529 bei 0,2%</li> <li>○ BA.2-Variante kontinuierlich steigend</li> <li>○ IfSG-Daten Omikron-Fälle (Nachweise und Verdacht): Plateau in KW 2 und 3</li> <li>○ Variantenspezifische PCR-Tests nicht zielführend</li> </ul> </li> <li>○ IfSG-Daten zu Omikron             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anteil Personen ohne vollständigen Impfschutz leicht gestiegen</li> <li>○ Anteil der 5-14-Jährigen weiterhin gestiegen, Anteil der 15-34-Jährigen leicht gesunken, alle anderen Altersgruppen unverändert</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 37 (Eckmanns)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p> <p>MF 2 (Semmler)</p> <p>FG 32 (Zacher)</p>
--	--	---

	<p><b>Überblick SARS-CoV-2 Genomsequenzen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der Omikron BA.2 Linie auf 6,7% (KW 4)</li> </ul> <p><b>Vergleich der Krankheitsschwere Omikron-Delta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>○ Fälle mit Meldedatum zwischen 1.11.21 und 17.01.22 aus dem Laborsample der IMS Genomsequenzen (Datenstand 01.02.2022)</li> <li>○ Im Datensatz 33.577 Delta und 6.025 Omikron-Fälle, Vollständige Angaben bei 37% der Fälle</li> <li>○ Limitationen: Vollständigkeit abhängig von Auftreten neuer VOC und Gesamtinzidenz, Peakzeiten für VOC in Phasen unterschiedlicher Immunisierung oder Seroprävalenz, Stichproben aus der IMS nur kleiner Teil der Gesamtfälle</li> <li>○ Hospitalisierung + adj. OR             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In fast allen Altersgruppen deutliche Reduktion bei Omikron</li> <li>○ Fast alle OR unter 1; 4 Gruppen mit signifikanten Ergebnissen</li> </ul> </li> <li>○ Vergleich adj. OR IMS Stichprobe vs. alle IfSG-VOC Daten im Zeitraum             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reduktion bei allen OR der über 35-Jährigen signifikant</li> <li>○ Bei Gruppe der Ungeimpften (5-14, 15-34-Jährige) keine Reduktion in den Odds der Hospitalisierung</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hat die Influenza-Welle offiziell in Deutschland begonnen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Nein, die Welle hat nicht offiziell begonnen. Aktuell noch im Bereich der Hintergrundaktivität</li> </ul> </li> <li>○ Bei den Jüngeren sieht man keinen Unterschied im Impfstatus bzgl. der Krankheitsschwere Delta-Omikron und bei den Älteren schon?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Gruppe der Ungeimpften (5-14, 15-34-Jährige) keine Reduktion in den Odds der Hospitalisierung</li> <li>○ Für Grundimmunisierung + Auffrischimpfung zu wenig Daten in den einzelnen Gruppen</li> </ul> </li> <li>○ Frage zu den ARS-Daten: Die Positivenrate ist je nach AG z.T. sehr hoch. Inwieweit lässt sich abschätzen ob durch die Diskussionen zum verkürzten Genesenenstatus Personen, die sich noch im 2G-Bereich wähnten, sich nun eine Bestätigung holen um wieder in diesen zu gelangen? Es ist ein großer Unterschied zu der Sentinel Surveillance.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es sind weitgehend die Arztpraxen und es ist davon auszugehen, dass die Kinder vor allem dort</li> </ul> </li> </ul>	<p>Praes Zacher</p> <p>Buda Eckmanns</p> <p>Eckmanns</p> <p>Haas</p> <p>Schaade Zacher</p>
--	--	--

	<p>sind. Was dahinter steckt ist mit Hilfe von Informationen aus den verschiedenen Systemen zu interpretieren. Der genannte Verdacht kann nicht aus den Daten gelesen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frage zu der Abbildung von Testungen in KH, Arztpraxen und anderen: Was steckt hinter den anderen 400.00 PCR-Tests?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das sind die Testzentren, in denen offizielle PCR-Tests gemacht werden.</li> </ul> </li> <li>○ Hinweis auf labordiagnostisch gesicherte Meldedaten von Schwere bei Kindern und jungen Erwachsenen bzgl. Delta-Omikron. Dass es keinen Unterschied in der Hospitalisierung gibt, könnte statt mit fehlenden Schwereunterschied, auch als Hinweis darauf interpretiert und erklärt werden, dass die Hospitalisierung unabhängig von Delta oder Omikron erfolgt, da es sich hier um Hospitalisierungen mit Infektionsnachweis handelt.</li> <li>○ Frage an Zacher: Sind es genug Daten um zu publizieren? Könnte man es so interpretieren, dass die vollständige Impfung gegen Delta besser schützt als gegen Omikron? Würde es Sinn machen OR Delta vs. Omikron bei Zweifach-Geimpften zu berechnen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Interpretation der Daten Limitationen berücksichtigen</li> <li>○ Bezüglich der Datenmenge: Entscheidung treffen Beschränkung auf Laborsample oder alle Daten mit einbeziehen</li> <li>○ Limitationen transparent machen, offenlegen und mutig sein zu publizieren</li> </ul> </li> <li>○ Die Datenmenge ist noch etwas gering (aktuell bis 17.01.22). Aussagekraft steigt in den nächsten Wochen. Weitere Faktoren zu berücksichtigen ist denkbar.</li> </ul>	<p>Kröger</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>  (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>  Risikobewertung zu COVID-19: Diskussion editierter Änderungsentwurf Abgelegt <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deeskalation von „sehr hoch“ auf „hoch“? ECDC empfiehlt Vorgehensweise bei Impfquote ab 75%</li> <li>○ Abwarten, da die Zahlen in BL mit geringer Impfquote steigen</li> </ul>	



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abstufung auf „hoch“ sinnvoll bei zeitgleich guter Erklärung. Einschätzung auf „sehr hoch“ erfolgte damals z.T. durch Unsicherheit der Schwereinschätzung bei Omikron</li> <li>○ Abstufung, da nun bessere Aussagekraft und um das Vertrauen der Bevölkerung in das RKI zu steigern</li> <li>○ Aktueller Kenntnisstand bei Bewertung zugrunde legen Dieser rechtfertigt eine Abstufung.</li> <li>○ Abstufung sollte in einem größeren Kontext kommuniziert werden. Zudem könnte der Eindruck entstehen, dass Omikron der Grund für eine Deeskalation ist.</li> <li>○ Das Dokument signalisiert einen Strategiewechsel: Fokussierung nur noch auf Vermeidung schwerer Erkrankungen. Es sollte genau erklärt werden, warum ein Strategiewechsel vorgenommen wird.</li> <li>○ Falls wir auf „hoch“ runter gehen, sollte die Stratifizierung (Krankheitsschwere) nicht gestrichen werden: Das wäre dann eine positive Botschaft im Hinblick auf Omikron (Ungeimpft: Hoch, 2x geimpft: moderat, geboostert: niedrig?) falls so machbar.</li> <li>○ Krankheitsbelastung ist nach wie vor hoch / höher geworden</li> <li>○ Abstufung von sehr hoch auf hoch wird in der jetzigen Situation als Signal der Lockerung von der Bevölkerung aufgefasst. Schaden für das RKI könnte groß sein. Aktuell besteht noch keine Notwendigkeit für Abstufung Strategiewechsel sollte gut mit dem BMG kommuniziert werden</li> <li>○ Vulnerable Gruppen bei Kindern sollten im Entwurf Berücksichtigung finden</li> <li>○ Vulnerable Gruppen ja, aber nicht auf eine bestimmte Altersgruppe beschränken</li> <li>○ Keine Notwendigkeit einer Abstufung zum jetzigen Zeitpunkt. Der Entwurf sollte zur Vorbereitung mit dem BMG abgestimmt werden</li> <li>○ Kommunikation bei Deeskalation sehr wichtig. Es sollte weiterhin als gesellschaftliche Aufgabe verstanden werden.</li> <li>○ Entwurf wird noch einmal intern abgestimmt. Das Ziel sollte sein, dieses Papier dem BMG in der Woche vor der MPK vorlegen zu können.</li> </ul>	<p>Alle</p>
--	---	-------------

<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stellungnahme zur Deeskalation wird vorbereitet</li> <li>○ Stellungnahme Kinder wurde überarbeitet; neuer Entwurf wurde erstellt</li> <li>○ Diskussion zum Genesenenstatus; Unterschied zwischen Genesen und Geimpft wurde hervorgehoben</li> <li>○ Mögliches vorbereitendes Gespräch zu RKI Panel</li> </ul>	<p>Präs</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen in Fertigstellung</li> <li>○ Zusammengefasstes Merkblatt zu Quarantäne und Isolierung in Abstimmung</li> <li>○ Merkblatt zum Impfstoff von Novavax wird vorbereitet</li> </ul> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kein Update seit Montag</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hintergrundgespräch zur Modellierung der Omikronwelle am 03.02.2022   10 Uhr</li> <li>○ 3 Fragen: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1. Werden die Antigen-Tests morgen schon im Wochenbericht ausgewiesen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erst auf schriftlicher Anweisung des BMG</li> </ul> </li> <li>○ 2. Wie ist der aktuelle Stand der Absonderungstabellen? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Die beteiligten Institutionen sind noch in der Abstimmung. Derzeit keine weiteren Informationen des BMG.</li> </ul> </li> <li>○ 3. Haben wir eine Botschaft für den Wochenbericht morgen auf Twitter? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchhalteparole in Bezug auf Maßnahmen</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>Rückle</p> <p>Lein</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>Hamouda</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ECDC Transition Diskussionspapier. Wer kann/soll das vom RKI für das BMG kommentieren? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussionspapier zeigt Strategieanpassung mit</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p>



	<p>Konzentration auf schwere Verläufe. Fokus auf Syndromische Surveillance. Berücksichtigung vulnerabler Gruppen, Verhaltensaspekte, Impfungen etc.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Papier wird morgen im Advisory Forum diskutiert. Zuletzt wurde das Risk Assessment vom ECDC von vielen Staaten als zu alarmierend kritisiert. Daraufhin ist dieses Papier entstanden.</li> <li>○ Syndromische Surveillance in den Vordergrund rücken auch im Interesse des RKI. Stellungnahme sollte unterstützend verfasst werden.</li> <li>○ Maria adH schreibt Stellungnahme. Walter Haas bietet Unterstützung an.</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Maria adH</p> <p>Hamouda</p> <p>Maria adH</p>
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b> (nicht berichtet)</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b> nicht besprochen</p> <p><b>ZBS 1</b></p>	FG17
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet</p>	FG14

<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 04.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:55 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 04.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                        |          |                            |
|------------------------|----------|----------------------------|
| ! Institutsleitung     | ! FG36   | ○ Hendrik Wilking          |
| ○ Lars Schaade         |          | ○ Walter Haas              |
| ○ Esther-Maria Antão   |          | ○ Silke Buda               |
|                        |          | ○ Stefan Kröger            |
|                        |          | ○ Julia Schilling          |
| ! Abt. 1               | ! FG37   |                            |
| ○ Martin Mielke        |          | ○ Tim Eckmanns             |
| ! Abt. 2               | ! FG38   |                            |
| ○ Michael Bosnjak      |          | ○ Maria an der Heiden      |
| ! Abt. 3               |          | ○ Inessa Markus(Protokoll) |
| ○ Osamah Hamouda       | ! ZBS7   |                            |
| ○ Tanja Jung-Sendzik   |          | ○ Christian Herzog         |
| ○ Janna Seifried       | ! ZBS1   |                            |
| ! FG12                 |          | ○ Janine Michel            |
| ○ Annette Mankertz     | ! MF3    |                            |
| ! FG14                 |          | ○ Nancy Erickson           |
| ○ Melanie Brunke       | ! MF4    |                            |
| ○ Mardjan Arvand       |          | ○ Martina Fischer          |
| ! FG17                 | ! P1     |                            |
| ○ Ralf Dürrwald        |          | ○ Ines Lein                |
| ○ Djin-Ye Oh           | ! P4     |                            |
| ! FG21                 |          | ○ Susanne Gottwald         |
| ○ Wolfgang Scheida     | ! Presse |                            |
| ! FG25                 |          | ○ Ronja Wenchel            |
| ○ Christa Scheidt-Nave |          |                            |
| ! FG32                 | ! ZIG    |                            |
| ○ Michaela Diercke     |          | ○ Johanna Hanefeld         |
| ! FG33                 | ! ZIG1   |                            |
| ○ Thomas Harder        |          | ○ Romy Kerber              |
| ! FG34                 | ! ZIG3   |                            |
| ○ Viviane Bremer       |          | ○ Sabrina Weiß             |
| ! FG35                 | ! BZgA   |                            |
| ○ Klaus Stark          |          | ○ Andrea Rückle            |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Weltweit: Folien <a href="#">hier</a>  Datenstand: WHO, 02.02.2022  Fälle: 380.321.615 Todesfälle: 5.680.741 (CFR: 1,5%)  Weltweite Fallzahlabnahme um 7.6% im Vgl. zur Vorwoche  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:  USA, Frankreich, Indien, Brasilien, Deutschland, Italien,  Russland(neu), UK, Türkei, Japan(neu)  Auffällig in Russland die niedrige Impftrate  USA, Frankreich, Indien und Italien abnehmender Trend  Indien und auch Argentinien zeigen starken Anstieg  WHO Sitrep (Datenstand 30.01.2022):  Ähnlich zu Vorwoche  Anstieg der Fallzahlen in Regionen: Westpazifik, südöstlichen  Mittelmeerregion und Europa  Afrika, Südostasien sind die Fallzahlen stabil  Sinkenden Fallzahlen bei Todesfällen in Afrika (-7%) und  Europa (-2%)  Afrika rückläufige Fallzahlen, Anzahl der Neuinfektionen wie  zu Beginn der Omikron-Welle. Botschaftsberichte bestätigen  die positive Entwicklung der Lage vor Ort (Maßnahmen, KH-  Auslastung)  Tonga berichtet den ersten COVID-19 Ausbruch seit Beginn  der Pandemie (5Fälle) und befindet sich im Lockdown.  Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz (Datenstand 28.01.2022):  Keine Veränderungen, weiterhin sehr hohe Inzidenzen  Folie: Virusvariante Omikron – Weltweit (01.02.2022)  Folie: GISAID Omicron weltweit:  Aktuell nur noch 6,7% VOC Delta  BA.2 in manchen Ländern über 50%, Dänemark mittlerweile  dominant  Vorläufige Ergebnisse aus Haushaltsstudien und Übertragung  von BA.1 und BA.2  In beiden Studien sieht man höhere SAR bei BA.2  Dänemark berichtet über erhöhte Suszeptibilität unabhängig  von Impfstatus  Bei Nicht geimpften Fällen mit BA.2 sieht man eine erhöhte  Transmission in HH</p> <p>ToDo: ZIG1 bis nächste Woche folgende Aspekte  beleuchten/Fragen klären:  Was passiert in EU-Staaten, die Maßnahmen  zurücknehmen/“öffnen“ trotz hoher Inzidenzen? Gibt es eine  Beschleunigung des Infektionsgeschehens? Welche Trends?  Was bedeutet konkret Öffnungen? Werden alle Maßnahmen  weggelassen oder bestehen Beschränkungen? Falls ja, welche?  Was ist in den Staaten hohen BA2 Anteil? Hohen Gipfel? Neue</p>	<p>ZIG1</p> <p>VPräs/FG36 /Abt3/Abt1</p>





	<p>Welle? Was ist die Hospitalisierungsrate in Dänemark und UK? Schwere der Erkrankung? Wie ist die Ausbreitung/geographische Verteilung?</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien hier SurvNet übermittelt: 10.671.602 (+248.838), davon 118.504 (+170) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.349,5/100.000 Einw.; Hospitalisierungsinzidenz: 5,5/ 100 000 Einw; DIVI Intensivregister 2.262 (-45) in Behandlung Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.027.698 (75,9%), mit vollständiger Impfung 74,3%, Auffrischimpfungen 53,9% Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: 7-Tages Inzidenz unterschiedlicher Trend in BL Plateau in HB, leichter Rückgang in BE und HH Anstieg in BB, HE, BY, SN, ST, TH Geografische Verteilung 7-Tage Inzidenz nach Landkreis: 13 LK mit 7-Tage-Inzidenz &lt;500/100.000 Einw.; diese sind bundesweit verteilt; Berlin-Charlottenburg ist auf Position 1 mit 3.552/100.000 Einw.; TOP10 LKs sind bundesweit verteilt Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche : Am stärksten betroffene Altersgruppe: 5-14-Jährige, Anstieg flacht ab. Auch in allen anderen Altersgruppen kontinuierlicher Anstieg zu sehen Hospitalisierungsinzidenz nach AG: Anstieg bei den &gt;60J Sterbefallzahlen (DESTATIS): keine Übersterblichkeit im Vgl. zum Median 2018-2021; 2022 Wechsel des Bezugszeitraum (vorher 2017-2020)</p> <p>Diskussion: Welche Faktoren und AG tragen zur hohen Inzidenz in Charlotten-Wilmersdorf bei? Ein schneller Blick in die Daten zeigt, dass vor allem 5-14-Jährige betroffen sind. Das Bezugsjahr für die Berechnung der Exzessmortalität wurde angepasst und das führt zu veränderten Ergebnissen. Sind eigene Analysen im RKI geplant um andere (passendere) Zeitraumen als Bezugszeitraum zu betrachten geplant? Die ersten Daten im Rahmen der Mortalitätssurveillance werden für Ende 1./Beginn 2. Quartals vorliegen. Herr Zacher und Hr. an der Heiden führen derzeit weiterführende Analysen zu Sterblichkeit aus den Meldedaten durch und werden diese im KS vorstellen. Die Abbildung der 7-Tagesinzidenz und Aufschlüsselung nach LK (Mappe) in den untersch. BL und LK im Vergleich zeigt deutliche Unterschiede. Das System kann Trends abbilden auch wenn die Kapazitäten stark ausgelastet sind. Das ist wichtig für die allg. Kommunikation, auch wenn im BMG gern eine umfassende Erfassung gewünscht ist und die AG-Testung in einem zusätzlichen System erfasst werden soll.</p>	<p>FG32</p> <p>FG32/FG36/ Abt3/Abt1</p>
--	---	---

	Modellierungen ( <i>nur freitags</i> ) (nicht berichtet)	
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Es findet demnächst eine Mission nach Madagaskar zur Unterstützung des Aufbaus von Sequenzierungskapazitäten als Teil der HCW-Studie und teilweise im Rahmen der Zusammenarbeit mit Africa CDC statt.</p> <p>Aufbau der Kapazitäten des Westbalkans (<a href="#">Folien hier</a>):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit Sept. 2020 begonnen mit multiplen Missionen in den Kosovo zur Unterstützung untersch. Bereiche (u.a. PCR-Testung in den Regionen und Sequenzierungskapazitäten)</li> <li>○ Drei Missionen nach Montenegro seit April/Mai 2021 zur Unterstützung zahlreicher Bereiche gemeinsam mit unterschiedlichen Institutionen. In 2022 ist eine Summerschool mit dem Thema Datenanalyse und Bioinformatik (WALTON) durch BMG finanziert gemeinsam MF1 und P5 geplant.</li> <li>○ Nordmazedonien: Unterstützung WHO Training zu Biosafety, Biosecurity und Risk Assessment im Dezember 2021</li> </ul>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>240 mio. CWA-Downloads mit 40 000 PCR Test, 500 000 rote Warnung bei TN der Datenspende. Update der Löschrückmeldung und die Boosterquote wird nun in der App dargestellt. Da alle BL die Verträge mit Luca-App nicht verlängern werden wir die Check-in-Funktion zunehmend wichtiger.</p> <p>Diskussion: Da BL Regelungen/Kriterien für 2Gplus unterschiedlich auslegen/bestimmen, wird die Nutzbarkeit der Anzeige des Status (2Gplus) bei CWA eingeschränkt sein? In der Version 2.18 wird die Anzeige von 2Gplus möglich, die Anpassung an länderspezifische Regelungen erfolgt in der Version 2.19. Damit ist Ende März zu rechnen.</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p>BZgA</p>	BZgA n.A.



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen in Fertigstellung</li> <li>○ Kurzmerkblatt zum Impfstoff von Novavax wird vorbereitet</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>Hintergrundgespräch mit Medien zu Omicron-Modellierung und die Pressekonferenz zum COVIMO-Report waren sehr gut und haben ein gutes Feedback erhalten. Großes Dankeschön an die RKI-Experten.</p> <p>Aktivität bei Twitter insgesamt (überraschend) gut (Tweets zu STIKO, EpiBull Beitrag und Wochenbericht)</p> <p>Webseite: Veränderung der Absonderungstabelle and wissenschaftliche Begründung des Genesenennachweises wurden ergänzt</p> <p>Nächte BPK kommenden Dienstag um 10 Uhr</p> <p><b>P1</b></p> <p>Diese Woche: Insta-Post zu Long-COVID und FAQ                  Insta-Kacheln zu COVIMO Bericht (gemeinsam mit Presse);                  Anpassung der Sprache an jüngere AL-Gruppen wird berücksichtigt</p> <p><b>FG36:</b></p> <p>Flyer zu syndromische Surveillance nach IfSG; Infografik und Tweet sollen die syndromische Surveillance erklären und den zusätzlichen Beitrag zu den Meldedaten.                  Entwurf wird mit FG32 geteilt</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Die neue Tabelle der MPK wird in einer Fußnote „Test-to-stay-Strategie“ angesprochen.</p> <p><i>„****Ausnahmen (z.B. „Test-to-Stay-Ansatz“) möglich, wenn die oben genannten Voraussetzungen, d.h. eine systematische, serielle Testung inkl. Maskenpflicht (in Schulen) in der Einrichtung etabliert sind.“</i></p> <p>Das macht die Tabelle verständlicher, diese Strategie ist in Schulen jedoch nicht in Kindergärten umsetzbar. Zu der Strategie wurde eine FAQ entworfen, diese wird am Montag im KS zur Abstimmung eingebracht</p>	<p>FG36</p>

	<p>Erregersteckbrief: Stand der aktuellen Version 26.11. 2021. Informationen zu Omikron sind darin noch nicht erfasst. Vorschlag bis zur nächsten Überarbeitung zunächst einen Disclaimer zu erstellen. Im Verlauf wird eine Fokussierung des Steckbriefs angestrebt.</p> <p>ToDo: FG36 zirkuliert den Entwurf des Disclaimers und der FAQ „Test-to-stay-Strategie“ und es wird am Montag vorgestellt</p> <p>Überarbeitung der Definition der Reinfektion (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Rahmen der zahlreichen Infektionen mit Omicron sind viele Reinfektionen zu erwarten. Dies war bisher eher selten (bei B.1.1.7/ B.1.617.2) und daher war die Falldefinition (FD) bisher sehr spezifisch. Damit diese Variable besser im Survnet auswertbar wird wurde die FD sensitiver gestaltet. Ein Infobrief für die GA ist geplant.</li> <li>○ Wesentliche Änderungen: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Eingabe des GA ist im Survnet möglich bei Infektionen im Abstand von mind. 28 Tagen. Zeitlicher Abstand zwischen Infektionen wird als Grundlage angenommen.</li> <li>2. Am RKI werden dann „Sichere/Bestätigte und Mögliche Reinfektionen“ ausgewiesen. Nur anhand von variantenspezifischen Unterschieden/Sequenzunterschieden sind Reinfektion sicher belegbar und bei Vorliegen als „Sichere/Bestätigt“ eingestuft. Variantenspezifische PCR als Nachweis ist möglich.</li> <li>3. Wahrscheinliche Reinfektion wurde herausgenommen, da es viele zusätzliche Informationen (CT-Wert etc.) benötigt und diese liegen dem RKI oft nicht vor und müssen aufwendig nach recherchiert werden. Das ist bei der erwarteten Anzahl und hohen Fallzahlen nicht möglich.</li> </ol> </li> <li>○ Es besteht eine massive Unterschätzung der Reinfektionen, dieses Vorgehen ermöglicht eine bessere Erfassung. Aktuell werden Reinfektion kaum ausgewiesen, daher sollte diese Anpassung keinen Bruch in der Berichterstattung verursachen.</li> <li>○ Eine Abstimmung mit BMG ist der Leitung vor Veröffentlichung wichtig.</li> </ul> <p>ToDo: FG32 schickt die Änderungen mit einem Begleittext ans BMG. FG36 vereinbart einen Termin mit BMG zur Erläuterung/Diskussion auf Fachebene</p>	<p>FG36/FG32</p>
--	--	------------------



9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>Stellungnahmeverfahren zu zwei Änderungen laufen: Aufnahme von Novovax in die Impfeempfehlung und Empfehlung der zweiten Auffrischungsimpfung für medizinisches Personal und ältere Bevölkerungsgruppen. Teilnahme an der AG Impfpflicht mit anderen Ministerien, Zuarbeit zur Gesetzesbegründung der allgemeinen Impfpflicht</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Für Personengruppen, die zweimalig geimpft sind und anschließend genesen wird keine Boosterimpfung aktuell empfohlen. Boosterimpfung bei Novovax ist mit einem mRNA-Impfstoff empfohlen, nur bei Kontraindikation kann mit Novovax geboostert werden.</p>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 541 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 103 SARS-CoV-2</li> <li>○ 14 H3N2</li> <li>○ 14 RSV</li> <li>○ 63 saisonale Coronaviren</li> <li>○ 59 Metapneumovirus</li> <li>○ 14 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 70 Rhinovirus</li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p> <p>192 Proben/80 (42%) positiv, zunehmend Omicron BA.2</p> <p>Die Kommentierung seitens des RKI zum Referentenentwurf der Ersten VO zur Änderung der Coronavirus-Testverordnung ist aktuell bei L1 und wird heute bis 14 Uhr an den BMG übermittelt. FG32 (Diercke) und AL3 (Seifried) waren in die Kommentierung eingebunden. Die Fokussierung auf vulnerablen Gruppen könnte durch den notwendigen Selektionsprozess bei den eingesendeten Proben die Abläufe in den Laboren erschweren. Unklar ist wann die Bestätigung durch AG-Test statt PCR am Ende der Isolation in Frage kommt da Kapazitätenauslastung sehr unterschiedlich regional verteilt sein kann.</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p> <p>Abt.1</p>

11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  Heute Nachmittag findet eine TK zur Verfügbarkeit von Paxlovid mit BMG statt; Bericht erfolgt Montag Leitlinienkommission überarbeitet aktuell die Leitlinie zu COVID-19. wird aktualisiert. Fachgruppe FG COVRIN erstellt eine Übersicht zu den Empfehlungen medikamentöser Therapie.	ZBS7
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14



<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>s. Dokumente FD Reinfektion</p> <p>Antigen-Testerfassung Aktueller Stand:</p> <p>BMG wünscht sich, dass Antigen-Testung besser erfasst wird um besseres Gefühl für die tatsächliche Inzidenz zu haben. RKI soll einen Vorschlag erarbeiten wie eine solche Erfassung erfolgen könnte. Abt 6. BMG bevorzugt eine aggregierte Erfassung nach Testdatum.</p> <p>- Es bestehen folgende Möglichkeiten zum Datenfluss:</p> <p>1. Die Daten werden zunächst an das GA übermittelt, hier zusammengeführt, und über die Landesebene an das RKI übermittelt.</p> <p>Herausforderung: Übersicht aller existierende Teststellen (TS) und ihre Authentifizierung. Bei einer zentralen Abfrage muss kontrolliert werden, wer auf das System zugreift und berichtet.</p> <p>2. Alle TS melden an das RKI, am RKI erfolgt die Datenzusammenführung und dann erfolgt ein Bericht an BMG und Länder.</p> <p>Die GA hätten eher eine Übersicht über Teststellen in ihrer Zuständigkeit, jedoch würde da eine Mehrbelastung für GA und evt. heterogene Daten bedeuten.</p> <p>Diskussion:</p> <p>TS sind heterogen und Länder und KV sind für die Zulassung und Abrechnung zuständig und somit in der Pflicht für die Testzahlerfassung. Das bietet auch die Möglichkeit einen besseren Überblick über die lokale Situation zu erlangen und die Qualität zu prüfen. Der Mehrwert der gewonnen Informationen ist eher auf der lokalen Ebenen zu sehen und es eignet sich nicht als ein Surveillanceinstrument.</p> <p>Es sollte bedacht werden, dass keine Erfassung der Testung an Schulen und in Kitas erfolgt. Die Erfassung über die Länder erfordert die Zustimmung der Länder und wird dort erneut auf Machbarkeit und Nutzen geprüft werden.</p>	FG 32
-----------	---	-------

14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Die inhaltliche die Sinnhaftigkeit der Ausweisung von Hochrisikogebieten in der jetzigen Hochinzidenzphase wurde im Rahmen der AG IGV-Flughäfen diskutiert. Fachlich-inhaltlich ist die AG der Ansicht, dass in einer Hochinzidenzphase die Ausweisung von Hochrisikogebieten ausgesetzt werden sollte. Das würde die zu bearbeitenden DEA-Anmeldungen deutlich reduzieren und den ÖGD unterstützen. Das RKI würde das gern dem BMG kommunizieren.</p> <p>Diskussion: ZIG arbeitet aktuell an einem Positionspapier (FF ZIG1 Esquevin) zu diesem Thema und ist im BMG im regelmäßigen Austausch und vertreten die gleiche Position. Für die Länder sowie die AG IGV-Flughäfen besteht die Möglichkeit dieses Anliegen ans BMG heranzutragen um auf die Überlastung der Behörden hinzuweisen. Fachlich-inhaltliche Argumente des RKIs können im Rahmen des Positionspapiers eingebracht werden.</p> <p>ToDo: Fr. an der Heiden/FG38 kontaktiert ZIG zum Thema Positionspapier und darüber hinaus wird eine Erstellung einer gemeinsamen Kommunikation der AG IGV-Flughäfen erneut angeregt.</p>	FG38
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>Der Aufruf für das LZ zeigt Ergebnisse. Es kommen neue MA im LZ dazu. Danke!</p>	FG38
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Erwartungen und aktuelle Beurteilung von Omicron (B.1.1.529) Subtyp BA.2</p> <p>Diskussion: Sybtyp BA.2 scheint veränderte Eigenschaften im Vergleich zu dem bisherig dominierenden Subtyp vorzuweisen, daher wird erwartet, dass es eine starke Konkurrenz oder zum Ersatz des aktuell dominierenden Subtyps kommen könnte/wird.</p> <p>Es wird keine zusätzliche Welle durch Subtyp BA.2 erwartet, jedoch weitere Anstieg der Fallzahlen und einer Verbreiterung der aktuellen Welle. Dies ist auch bereits sichtbar in anderen Ländern. Die Lage in Dänemark sollte weiterhin in Bezug auf Krankheitslast und Hospitalisierung beobachtet werden. Die möglichen zunehmenden Fallzahlen könnten auf weiterem Anstieg der Infektionen unter den geimpften Personen zurückgeführt werden. Aktuell werden keine Unterschiede in der klinischen Effektivität in Bezug auf Impfungen bei symptomatischen Infektionen gesehen.</p> <p>Die Fokussierung der Testkriterien wird es einen Einfluss auf die Typisierung machen (weniger/vorausgewählte Isolate) und es wird zunehmend schwieriger machen die Situation zu</p>	





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>beobachten/beurteilen. Die WHO berät nächste Woche zu diesem Thema. Es wird derzeit kein Anhalt gesehen BA.2 anders als die bisher bekannten Subtypen einzustufen.</p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 07.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	
--	--	--

**Ende: 12:50 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 09.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Udo Buchholz      |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Silke Buda        |
| ○ Lars Schaade       | ○ Luise Goerlitz    |
| ○ Esther-Maria Antão | ○ Stefan Kröger     |
| ! Abt. 2             | ○ Kristin Tolksdorf |
| ○ Michael Bosnjak    | ! FG37              |
| ! Abt. 3             | ○ Tim Eckmanns      |
| ○ Osamah Hamouda     | ! FG38              |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Ute Rexroth       |
| ○ Janna Seifried     | ○ Meike Schöll      |
| ! FG12               | ! ZBS7              |
| ○ Annette Mankertz   | ○ Michaela Niebank  |
| ! FG14               | ! MF2               |
| ○ Mardjan Arvand     | ○ Torsten Semmler   |
| ○ Melanie Brunke     | ! MF4               |
| ! FG17               | ○ Martina Fischer   |
| ○ Ralf Dürrwald      | ! P1                |
| ○ Dschin-Je Oh       | ○ Ines Lein         |
| ! FG21               | ! Presse            |
| ○ Wolfgang Scheida   | ○ Ronja Wenchel     |
| ! FG32               | ! BZgA              |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Andrea Rückle     |
| ! FG33               |                     |
| ○ Thomas Harder      |                     |
| ! FG34               |                     |
| ○ Viviane Bremer     |                     |
| ! FG35               |                     |
| ○ Christina Frank    |                     |
| ! FG36               |                     |

TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 11.521.678 (+234.250), davon 119.215 (+272) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1451/100.000 Einw. (leichter Anstieg, aber steiler Anstieg der letzten Wochen setzt sich nicht fort) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.191.233 (76,0%), mit vollständiger Impfung 61.943.072 (74,5%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anstieg flacht ab, in HH und BE leichter Rückgang, in BY und HE weiter Anstieg</li> <li>2. LK mit höchsten 7-Tage-Inzidenz: LK Fürstentum Bruck und SK Charlottenburg-Wilmersdorf über 3500 / 100.000 Einw.</li> </ol> <p>Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche: über 600 in fast allen Altersgruppen in KW5/2022 (etwas niedriger in den Altersgruppen der 65- bis 89-Jährigen), Gesamtinzidenz nur etwas erhöht im Vgl. zur Vorwoche, Anstiege bei Kindern nicht ganz so groß, Anstiege werden aber auch bei älteren Altersgruppen beobachtet COVID-19 Todesfälle nach Altersgruppe und Sterbewoche: kein Anstieg sichtbar Update zu SK Charlottenburg-Wilmersdorf: Diskrepanz zwischen Anzahl der Meldungen und übermittelter Fälle legt nahe, dass der Anstieg der Fälle nicht durch erhöhte Anzahl an Meldungen erklärbar ist. Für Dachau stimmen die erhöhte Anzahl der Meldungen und der Fälle gut überein. Das Meldedatum wird in der Regel später nicht mehr manuell geändert.</p> <p>ITS-Belegung und Spock (<i>nur mittwochs</i>) Folien <a href="#">hier</a> Mit Stand 09.02.2022 werden <b>2.409</b> COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt. Wendepunkt in der COVID-ITS-Belegung wird für Januar sichtbar. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit <b>+1.569</b> in den letzten 7 Tagen steigend, wahrscheinlich alles Omikron-Fälle Anteil der COVID-19-Patient an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Die meisten BL zeigen moderaten Anstieg (5 BL überschreiten Schwellenwert von 12% COVID-19 Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten) Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad: invasive Beatmung steigt an (ebenso nicht-invasive Beatmung und</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Martina Fischer)</p>



	<p>High-Flow-Oxygen-Therapie), am stärksten steigt „unbekannte Behandlung“ an (z.B. Nebenbefunde, keine resp. Unterstützung notwendig)                  High-Care Behandlung: mehr Nichtverfügbarkeit wird gemeldet, Personalmangel als wichtigster Grund (kleiner Wendepunkt in der Dynamik zu sehen)                  Entwicklung nach Altersgruppen: Anstieg in den hohen Altersgruppen, andere in Seitwärtsbewegung, aber auch bei den 0-bis 17-Jährigen und jungen Erwachsenen Anstieg (aber auf niedrigem Niveau als andere Altersgruppen)                  SPoCK-Prognose: Fortsetzung der Seitwärtsbewegung, ggf. leichter Anstieg, differenzierte Betrachtung nach Kleeblättern notwendig (regionale Muster)</p> <p>Syndromische und virologische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)                  Folien <a href="#">hier</a>                  Grippe Web: ARE-Raten nicht erhöht, leichter Rückgang besonders durch Erwachsene, bei Kindern stabil geblieben; 4.400 ARE pro 100.000 Einwohner in KW5, was einer Gesamtzahl von <b>ca. 3,7 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</b>, (4. KW: ca. 4 Millionen) entspricht;                  ARE-Konsultationen: In der 5. KW 2022 zeigt sich ein leichter Anstieg; höher als im Vorjahr, ähnlich zu vorpandemischen Saisons, rund 1.760 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (=ca. 1,5 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland). Es zeigt sich ein regional unterschiedliches Bild (in BY Anstieg in allen Altersgruppen, in HH/SH eher Rückgang).                  ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner: bei den Schulkindern und jungen Erwachsenen hoch, aber auch Anstieg bei älteren Personen, viele Nachkodierungen.                  ICOSARI-KH-Surveillance: SARI-Fallzahlen sind insgesamt stabil geblieben, seit KW 52/2021 unter vor-pandemischen Niveau; Anstieg bei den 5-14-jährigen auch auf niedrigem Niveau.                  Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI zeigt einen leichten Anstieg in den letzten Wochen                  Intensivbehandlung SARI-Fälle bis zur 5. KW 2022: Niveau eher niedriger als in früheren Grippewellen, Vgl. zur Vorjahressaison: Seitwärtsbewegung, kein so steiler Anstieg                  Ausbrüche in Kindergärten/Horte haben neue Höchststände erreicht, während Ausbrüche in den Schulen Niveau der Deltawelle erreicht haben. Fälle betreffen v.a. Kinder (nicht Betreuende)</p> <p>KW 5/22: <b>531</b> Einsendungen, SARS-CoV-2 stärkstes Virus im Sentinel, bleibt auf hohem Niveau. Anteil von SARS-CoV-2 ist in der Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen am kleinsten, bei allen anderen zwischen 20 und 30 %.                  Der Omikron-Anteil bis KW 5/2022 liegt bei fast 100%.</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	---

	<p>Inflenzaviren weisen in KW5 einen leichten Anstieg auf 5% auf, werden aber nur in den jüngeren Altersgruppen nachgewiesen. A/H3N2-Viren dominiert weiter. Bei den <math>\beta</math>-Coronaviren gehen OC43 und 229E zurück, NL63 steigt an, SARS-CoV-2 wird am stärksten im Sentinel nachgewiesen. Bei den sonstigen Atemwegsviren zeigt HMPV einen Anstieg auf 16%, RSV und Parainflenzaviren sind rückläufig.</p> <p>Testkapazität, Testungen, ARS-Daten (<i>nur mittwochs</i>) Folien <a href="#">hier</a> Testanzahl und -kapazität: in KW5/2022 wurden knapp 2,6 Mio Tests mit einem Positivenanteil von 44% (höher als in Vorwoche) durchgeführt. Die Testkapazität konnte gesteigert werden, trotzdem ist die Lage angespannt. Auslastung: Labore in einigen BL (darunter BW, BB, HB) sind über 100% ausgelastet, aber die Tendenz ist dort inzwischen rückläufig. In SN, ST und TH steigt die Laborauslastung an.</p> <p>SARS in ARS: Die Anzahl an Testungen geht in BW leicht und in NW deutlich zurück. Der Anteil positiver Testungen steigt in den BL, wobei unklar ist, warum dieser Anteil in den Arztpraxen höher als im davor vorgestellten Sentinel ausfällt Aufschlüsselung nach Testzentren aus Datenschutzgründen nicht machbar In NW sinkt die Anzahl an Testungen bei den 5- bis 14-Jährigen, während der Positivenanteil steigt (mögliche Erklärung: NW löst zur Zeit auch keine positiven Pools aus Schulen auf (nur mit Antigentests). Anzahl der Testungen, Positivenanteile und positive Testungen pro 100.000 nach Altersgruppen: Die Darstellung oben rechts zeigt eine relativ geringe Anzahl an Testungen in der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen bei einem relativ hohen Positivenanteil (Abbildung links). Dem Monatsbericht sind weitere Darstellungen nach Altersgruppe im zeitlichen Verlauf zu entnehmen. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen: viele aktive Ausbrüche in den med. Behandlungszentren (seit Wochen steigend); auch in den Alten- und Pflegeheimen ist ein weiterer Anstieg auf 373 aktive Ausbrüche zu beobachten. Ggf. ist mit einem weiteren Anstieg und höheren Todeszahlen zu rechnen.</p> <p>Molekulare Surveillance, VOC (<i>nur mittwochs</i>) Folien <a href="#">hier</a> Die Omikron-Variante dominiert weiter, was sich auch in den IfSG-Daten widerspiegelt Anteil von BA.1 stabil bei ca 90% (BA.2 hat Vorteil in der Übertragung und könnte bald das Geschehen übernehmen)</p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>) (nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	---



	<p><u>Diskussion</u>                  Die SEED<sup>ARE</sup>-Daten für Ältere sind etwa so hoch wie in der 4. Welle (Nov 2021). Es wird mit mehr COVID-19/ARE Besuchen gerechnet, es gibt Hinweise auf zunehmende Fälle in der älteren Bevölkerung, Peak kommt näher, ansonsten suchen ältere Personen wegen ARE eher nicht ärztliche Praxen auf. Die Gesamtinterpretation aus den verschiedenen Erfassungsinstrumenten stellt sich komplex dar. Es ist unklar, inwiefern die ITS-Trends aus dem DIVI-Intensivregister, die einen Belegungsanstieg in den hohen Altersgruppen zeigen und mehr Todesfälle erwarten lassen, auch in der syndromischen Surveillance abgebildet werden, wo die SARI und COVID-SARI Zahlen in den hohen Altersgruppen nur moderat ansteigen.                  Wichtig ist ein Blick auf die Gesamtsituation, da viele Personen mit COVID-19 wegen anderer Diagnosen stationär oder auf der Intensivstation behandelt werden. Die Zielsetzung der Erfassungsinstrumente ist unterschiedlich und muss deutlich kommuniziert werden; ICOSARI dient der Erfassung der Krankheitslast.                  Ggf. widersprüchliche Tendenzen in den Erfassungsinstrumenten müssten erklärt werden.                  Es wird gefragt, ob Omikron ggf. eine geringere Atemwegssymptomatik nach sich zieht als andere Varianten und dadurch weniger in SARI abgebildet wäre. Ggf. spielt der Anteil der „unbekannten Behandlung“ in den ITS-Zahlen eine Rolle.                  Es wird angeboten, die DIVI-Daten nach ICOSARI-Krankenhäusern gefiltert auszuwerten.                  Es wird angeregt, dass der Wochenbericht zukünftig die Kernaussagen aus den einzelnen Kapiteln in einer Gesamtschau der Ergebnisse mit Fokus auf aktuelle Entwicklungen stärker interpretiert. Sofern nicht bereits umgesetzt, könnten Kernaussagen pro Kapitel beschrieben und für die Gesamtschau über nCov-Lage zur Verfügung gestellt werden. Ggf. wäre eine Umstrukturierung des Wochenberichts nach Fragestellung (anstelle von Erfassungsinstrumenten) denkbar, würde aber deutlich größeren Abstimmungsbedarf hervorrufen (und damit zeitlichen Vorlauf benötigen) und deutliche Änderungen im Prozedere bedeuten.                  ToDo: FG36 wird mit Unterstützung von FG32, Matthias an der Heiden und MF4 in den Wochenbericht einen Zwischenabsatz zur Interpretation der Ergebnisse (Unterschiede Inzidenz/Prävalenz, Meldewoche, Limitationen, ggf. in einer Fußnote) der unterschiedlichen Erfassungsinstrumente aufnehmen.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>  (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	<p>FG21</p>

4	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>  <u>Risikobewertung</u> : Der Zeitpunkt der Veröffentlichung ist abhängig von der Zustimmung des BMG, voraussichtlich nicht vor der MPK am 16.02.2022. Eine Herabstufung vorher würde möglicherweise als Deeskalationssignal interpretiert, daher politisch nicht gewünscht. Inhaltliche Überarbeitung und Diskussion werden auf nächste Woche vertagt.	Abt. 3
5	<b>Expertenbeirat</b> ( <i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i> )  Nicht besprochen	Schaade/ Wieler
6	<b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>  Am kommenden Montag soll über die Kultusministerien den Schulen ein Materialpaket zu Impfungen von Kindern zur Verfügung gestellt werden (mit Fremdsprachenangeboten und Angeboten in leichter Sprache). Dies wird von der Pressestelle begleitet werden.  <b>Presse</b>  Die RKI-Webseite zu COVID-19 könnte an einigen Stellen gekürzt werden. Entsprechende Vorschläge werden an den Krisenstab-Verteiler gesandt. Für die morgige Twitterbotschaft ist die Auffrischimpfung als Schutz vor Krankenhausaufenthalten vorgesehen.  <b>P1</b>  keine Neuigkeiten	BZgA    Presse   P1
7	<p>Auch sollte aufgenommen werden, warum mögliche Maßnahmen während eines endemischen Zustands strenger ausfallen als in Influenza-Wellen (oder ob auch während einer Influenza-Welle ähnliche Maßnahmen erwartbar wären). Dies wird schwierig zu vermitteln sein.</p> <p>Der Titel erscheint noch nicht eingängig: statt Überwindung der akuten Phase ggf. eher Übergang? Titel ist an ECDC Paper angelehnt, andere Vorschläge sind willkommen.</p> <p>Die Zielgruppe des Papiers erscheint unklar, einerseits Bevölkerung, andererseits Politik. Die Maßnahmen könnten ggf. nach Zielgruppe sortiert werden. Z.T. erscheinen die Maßnahmen kleinteilig, z.T. zielen sie auf postpandemische Aspekte ab.</p> <p>Grundsätzlich ist das Strategiepapier als fachliche Stellungnahme an das BMG gerichtet, sollte aber nach Zustimmung des BMG perspektivisch auch auf Webseite veröffentlicht werden.</p> <p>Die fachliche Deeskalationsreihenfolge weicht von der öffentlichen Wahrnehmung ab: aus fachlicher Sicht würden die aktive Fallsuche, die Kontaktpersonennachverfolgung und</p>	Alle  Abt. 3



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>breite Teststrategie an Bedeutung verlieren, während AHA + L sicherlich lange beibehalten werden sollte. Auf 2G/2G+ etc. wird nur im Sinne der Aufhebung von Zugangsbeschränkungen verwiesen.</p> <p>To Do: Tanja Jung-Sendzik überarbeitet das Dokument heute, dann Verteilung über Krisenstab-Verteiler zur zeitnahen Kommentierung</p> <p>Beschlüsse Amtschefkonferenz (ACK) Da seitens des RKI niemand teilgenommen hat und keine Beschlüsse vorliegen, wird angeregt, beim BMG nachzufragen, ob mit den Beschlüssen Arbeitsaufträge auf das RKI zukommen werden. Es ist bekannt geworden, dass eine Ausweisung von Antigentests wahrscheinlich nicht länger geplant ist.</p> <p>ToDo: Ute Rexroth fragt im BMG nach.</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Nicht besprochen</p>	Haas
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Nicht besprochen</p> <p><b>ZBS1</b></p>	FG17  ZBS1
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38



<b>16</b>	<b>Wichtige Aufgaben und Termine</b> HSC meeting Mi 09.02.2022 DCC-EU meeting Do 10.02.22 (für RKI J. Benzler)	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 11.02.202, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 11.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                      |                                     |
|----------------------|-------------------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Tim Eckmanns                      |
| o Lars Schaade       | ! FG38                              |
| o Esther-Maria Antão | o Ute Rexroth                       |
| ! Abt. 2             | o Maria an der Heiden               |
| o Michael Bosnjak    | o Petra v. Berenberg<br>(Protokoll) |
| ! Abt. 3             | o Amrei Wolter                      |
| o Osamah Hamouda     | ! ZBS1                              |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Janine Michel                     |
| o Janna Seifried     | ! MF2                               |
| ! FG14               | o Torsten Semmler                   |
| o Mardjan Arvand     | ! MF4                               |
| o Melanie Brunke     | o Martina Fischer                   |
| ! FG 16              | ! P1                                |
| o ?                  | o Christina Leuker                  |
| ! FG17               | ! P4                                |
| o Ralf Dürrwald      | o Susanne Gottwald                  |
| o Djin-Ye Oh         | ! Presse                            |
| ! FG32               | o Ronja Wenchel                     |
| o Michaela Diercke   | ! ZIG                               |
| ! FG33               | o Mikheil Popkhadze                 |
| o Ole Wichmann       | ! ZIG1                              |
| ! FG36               | o Regina Singer                     |
| o Hauer Barbara      | o Carlos Correa-Martinez            |
| o Walter Haas        | ! BZgA                              |
| o Udo Buchholz       | o Martin Dietrich                   |
| o Silke Buda         |                                     |
| ! FG37               |                                     |

TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>Weltweit: Folien <a href="#">hier</a>  Datenstand: WHO, 06.02.2022  Auf globaler Ebene Fallzahlabnahme um 17.6% im Vgl. zur Vorwoche, Abnahme v.a. in Nordamerika, Afrika, Südostasien, Westeuropa  Starke Zunahme in EMRO, v.a. Iran, Jordanien, Palästinensische Gebiete  Anstieg der Anzahl Verstorbener global um 7%  Maßnahmen in DK, DE und UK  Dänemark: Lockerungen seit 01.02.2022, BA.2 85%  UK seit 27.01.2022, BA.2 7%  COVID-19 Stringency-Index: DE 87,96 Punkte, DK 16,67, UK 42,13  COVID-19 Fälle, Krankenhaus-, ITS-Belegung und Todesfälle in DE, DK und UK  Fallzahlen: Plateau in DK, Abnahme in UK  KH-Aufnahmen: Anstieg in DK und DE, Abnahme in UK  Intensiv-Behandlung: Abnahme in DK und UK, Anstieg DE  Todesfälle: Keine großen Unterschiede zwischen den Ländern  Cave: Daten zur Krankheitsschwere aus UK und DE nur bedingt vergleichbar (s. Zusammenfassung)  Maßnahmen DK  Fokus auf Personen mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf und med. Personal  MNS und COVID-Pass im Krankenhaus und Pflegeheime sowie MNS in Flughafen (vorher auch im ÖPNV, Geschäften und Restaurants)  MNS und COVID-Pass freiwillig für Veranstaltungen, Hotels, Bars etc.  Weiterhin Empfohlen AHA-L empfohlen  Krankenhauseinweisungen steigen auch psychiatrische Einweisungen)  Anteil der Aufnahmen wegen COVID-19 sinkt, Anteil Aufnahmen wegen anderer Diagnosen nimmt zu  Maßnahmen UK  NHS COVID Pass nicht mehr verpflichtend  Masken: nicht mehr verpflichtend in Innenräumen, empfohlen bei Ansammlungen, erforderlich in Gesundheitseinrichtungen und Apotheken  Isolation (seit 17.01.22): 10 Tage ohne neg. Test <b>oder</b> 5 Tage bei neg. Schnelltest an Tag 5 und 6  Aktuelle Diskussion, alle Maßnahmen einen Monat früher aufzuheben (24.2. statt 24.3.), inkl. Isolation bei pos. Test  Zusammenfassung  Änderungen in Teststrategie bzw. Faldefinition in UK und DK – möglicher Effekt auf Fallzahlentwicklung  UK: Maßnahmenlockerung + niedriger BA.2 Anteil -&gt; leichter</p>	ZIG1 (Singer)



	<p>Rückgang der Fallzahlen seit 27.1.                  Dänemark: Maßnahmenlockerung + hoher BA.2 Anteil -&gt;                  Plateau der Fallzahlen                  In Dänemark trotz steigender Hospitalisierungsrate niedrige                  ITS-Belegung                  Höhere Rate bei Auffrischimpfungen in DK (62% vs. 55% in                  UK u. DE)                  Unterschiedliche Definitionen Krankenhaus-/ITS Belegung                  (MIT oder WEGEN COVID)  <b>Diskussion</b>                  Frage: Steigt die Anzahl der Todesfälle in DK? Ja, aber bisher                  keine Excess-Mortalität laut EUROMOMO                  Todesfälle für DK sehr hoch, hatte bisher sehr niedrige                  Todesfallzahlen                  Eingeschränkte Vergleichbarkeit ist immer zu beachten                  Stringency-Index: Wie kommt die hohe Punktzahl für DE                  zustande, Maßnahmen waren schon wesentlich strenger hier,                  wo läge China dann? Einstufung wahrscheinlich im Vergleich                  zum Durchschnitt aller Länder?  <a href="https://ourworldindata.org/metrics-explained-covid19-stringency-index">https://ourworldindata.org/metrics-explained-covid19-stringency-index</a>                  Hinweis: Hoher Fallzahlanstieg geht zwangsläufig mit höherer                  Zahl an Todesfällen einher, zudem ist die Hälfte der Todesfälle                  &gt;80 Jahre und andere Erreger, die ggf. ursächlich sind, werden                  nicht getestet                  Hinweis: Definition von Intensivbetten unterscheidet sich                  zwischen den Ländern stark                  Frage: Könnte auch die Daten von Kindern für DK und UK                  präsentiert werden? In Südafrika verläuft Omikron-Infektion                  bei Erwachsenen weniger schwer, bei sehr kleinen Kindern                  jedoch kein Unterschied zu Delta                  Weitere Folie: KH Aufnahmen in DK liegen bei 0-2Jährigen fast                  so hoch, wie bei &gt;80Jährigen, Cave: Auch KH-Aufnahmen &lt;12h                  gehen in DK in die Statistik ein                  Hinweis: Dieser Indikator erlaubt Aussagen zu Kapazität,                  Auslastung und Bedarf, die Krankheitsschwere ist jedoch                  getrennt zu betrachten, mit Hilfe von Surveillance Daten zu                  schweren Erkrankungen</p>	
	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: 12.009.712 (+240.172), davon 119.679                  (+226) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 1.472,2/100.000 EW                  Hospitalisierungsinzidenz: 6,5/ 100.000 EW                  DIVI Intensivregister 2.396 (-2) in Behandlung                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.257.882 (76,1%),                  mit vollständiger Impfung 74,7%, Auffrischimpfungen 55,2%                  Inzidenz auf hohem Niveau stabil                  Anzahl DEMIS-Meldungen nach Meldedatum: Peak bei &gt;                  300.000 erreicht, möglicherweise kein weiterer Anstieg,                  sondern Plateau</p>	<p>FG 32                  (Diercke)</p>

	<p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Anstieg jetzt weniger steil (auch in BY und HE), Anstieg in ST setzt sich fort, HH und BE etwas rückläufig, HB hält das Niveau</p> <p>Geografische Verteilung 7-Tage Inzidenz nach Landkreis: Spitzenreiter Eichstätt (BY), Offenbach (HE) und Barnim (BB) sind weit verteilt</p> <p>Inzidenz nach Altersgruppe und Datum: 5-14jährige am höchsten, gefolgt von 15-34jährigen, leichte Anstiege bei den 60-79 und &gt;80jährigen</p> <p>7-Tage-Hospitalisierungsinzidenz: Anstiege in bei 0-59 und bei &gt;60jährigen</p> <p>Sterbefallzahlen (DESTATIS): bisher keine Übersterblichkeit, Cave: in den Bezugszeitraum 2018-21 gehen mittlerweile 2 COVID-Jahre ein</p> <p>Extrafolie zur Hospitalisierung nach Meldewoche aus verschiedenen Gründen aufgrund der gemeldeten Krankheit aufgrund einer anderen Ursache: dieser Anteil ist etwas gestiegen, überwiegt aber noch nicht aufgrund unbekannter Ursache zur Isolierung: hier liegt ein Softwarefehler vor, müssen wahrscheinlich unbekannter Ursache zugeschlagen werden</p> <p><b>Diskussion: keine Fragen</b></p> <p>Modellierungen (<i>nur freitags</i>) Keine Veränderungen bei der Omikron-Modellierung Kooperation <b>Maier/Abood (PHI) ist initiiert</b></p>	P4 (Gottwald)
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Nicht berichtet</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aktualisierung ist bereits zirkuliert</p> <p><i>ToDo: Abstimmung und Finalisierung bitte auf die Agenda des Krisenstabs für Montag 14.02.2022 setzen</i></p>	Abt 3 FG38 (Rexroth)  LZ
<b>5</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Nicht besprochen</p>	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merkblatt für Pflegeheime zur Impfung incl Novavax (in</li> </ul>	BZgA (Dietrich)



	<p>Abstimmung mit dem Deutschen Pfliegerat) wird veröffentlicht, wird auch in Fremdsprachen und in einfacher Sprache vorliegen</p> <p><i>ToDo: Finalisiertes Merkblatt bitte auch an FG 14 und FG 37 verteilen</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Infopaket für Schulen in Planung</li> <li>○ Info-/Merkblatt zu Novavax und allen bisher vorliegenden Impfstoffen sowie zu Impfreiheitenfolgen in Arbeit (in enger Abstimmung mit RKI)</li> <li>○ Internetseite (Mikroseite) zu Long Covid wird erarbeitet, RKI ist eingebunden</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>Social Media Gruppe ist kommende Woche dünn besetzt, Bedarfe bitte frühzeitig anmelden</p> <p><b>P1</b></p> <p>COIVID-19 Internetseite wird derzeit von R. Wenchel „aufgeräumt“          Veraltete Flyer mit Verhaltensempfehlungen werden entfernt, Flyer mit Empfehlungen zum Winter bleibt, wird demnächst durch Frühjahrsempfehlungen ersetzt, Flyer zu 2G/3G wird aktualisiert          Frage: Wie kann „Dunkelziffer“ quantifiziert werden, es ist geplant, die Wahrscheinlichkeit einer infektiösen Begegnung zu berechnen, auf das zusätzliche Risiko durch Dunkelziffer soll hingewiesen werden          Hinweise: Bitte Vorsicht mit Zahlen und Formulierung, Definition Dunkelziffer ist nicht festgelegt, besser den Begriff „Untererfassung“ verwenden          Das Risiko einer infizierten Person hängt stark vom eigenen Verhalten und auch vom Infektionsgeschehen aus, es ist nicht von einer gleichmäßigen Durchmischung der Bevölkerung auszugehen          Die Aussage, dass das Risiko mit der hohen Inzidenz steigt und in Wirklichkeit durch Untererfassung noch höher ist, ist richtig, konkrete Zahlen wären falsch</p>	<p>BzgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Deeskalationspapier          Dokument <a href="#">hier</a>          Dank an alle Beitragenden</p> <p><i>ToDo: Bitte (nur notwendigste) finale Kommentare und Ergänzungen bis heute, 11.02.2022 Dienstschluss einreichen, Papier wird am Montag Präs vorgelegt, damit es ggf. noch vor der MPK an das BMG gehen kann</i></p>	<p>Abt 3          (Jung-Sendzik)</p> <p>Alle</p> <p>Alle</p>

	<p>Gliederung in  Einleitung,  a) 1-5: Maßnahmen, die die schrittweise zurückgenommen werden sollten,  b) 1-11: Maßnahmen, die beibehalten werden sollten  c) 1-5: Maßnahmen zur Steigerung des Impfschutzes  d) Ausblick Endemie  Zu b 3: Testung von symptomatischen Personen „nach medizinischer Notwendigkeit“ sollte dazugefügt werden  Alle Unterscheidungen nach Status (nach Zertifikaten geimpft/genesen) sollten vermieden werden  Sollen symptomatische Personen nicht mehr auf behördliche Anordnung isoliert werden? Quarantäne ist in a)2. Explizit erwähnt  Isolierung könnte unter Maßnahmen, die beibehalten werden sollen aufgeführt werden  Isolierung könnte auch unter Maßnahmen, die schrittweise zurückgenommen werden sollen, aufgeführt werden  Ist vielleicht in dem Text zu Test (...nicht mehr vorrangig der Anordnung individueller Infektionsschutzmaßnahmen dienen...) schon impliziert?  Vielleicht zu subtil, besser explizit: b) 1. symptomatische Personen sollen sich selbst isolieren und nicht zur Arbeit gehen, Betretungsverbote in besonderen Einrichtungen  Hinweis: Hohe Fallzahlen nach den Modellen etwa noch 5-6 Wochen  Es ist effizient, auf Selbstisolierung hinzuweisen, Vorschlag  Fußnote: Es gibt Infektionskrankheiten, für die weiterhin behördliche Schutzmaßnahmen angeordnet werden, dies sollte ausdrücklich erwähnt werden  Generell: Quarantäne und Isolierung als behördliche Anordnung sollte auf ein Mindestmaß beschränkt werden (KH, Pflegeeinrichtungen), Selbstisolierung soll in den Vordergrund treten  Frage: wer wenig Geld hat, wird auch symptomatisch weiter zur Arbeit gehen, wenn keine behördlichen Maßnahmen angeordnet werden? In diesen Fällen kann eine Krankschreibung erfolgen  Es geht um eine Zielvision: Wo wird SARS-CoV-2 im Erregerspektrum eingeordnet werden- das wird in Richtung Influenza sein  Könnte es auch wie Polio sein? Einige wenige werden sehr krank? Bisher keine Hinweise darauf, zudem sind diese Empfehlungen für einen kürzeren Zeitrahmen/für die Phase der abklingenden Welle/bis zum Erreichen eines niedrigeren Levels gedacht und können jederzeit angepasst werden, längerfristige Pläne wie Sommermaßnahmen /Wintermaßnahmen (Konzept nach Streeck) können zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert werden  Die Lockerungsdiskussion findet in der Politik in jedem Fall (bereits) statt, mit und ohne Kommentar des RKI, deshalb ist ein inhaltlicher Beitrag auf fachlicher Basis wichtig, er sollte konkret ausformuliert werden, aber ohne Details, die der weiteren Entwicklung schnell nicht angemessen sein können</p>	
--	--	--



	<p>Wurde das Thema CWA bewusst weggelassen?                  Ja, eventueller Wegfall der CWA soll zum jetzigen Zeitpunkt nicht konkretisiert werden, sie könnte eventuell auch angepasst werden etc. ...</p> <p>RKI sollte als oberste Instanz des Infektionsschutzes sehr sorgfältig abwägen, es wird neue, möglicherweise virulentere Varianten geben, COVID_19 führt zu chronischen Erkrankungen, wir werden daran gemessen werden</p> <p>RKI ist auch PH-Institut, Vermeidung jeglicher Infektion kann nicht oberstes Ziel sein</p> <p>Das Papier kann nur die die aktuelle Entwicklung festschreiben „unter den Prämissen der aktuellen Entwicklung“</p> <p>Es kann darauf hingewiesen werden, dass der Zusammenhang zwischen akuter und chronischer Erkrankung mehr in den Blick genommen werden muss</p> <p>Das Papier soll perspektivisch gefasst sein: In welche Richtung könnte es gehen</p> <p>Hinweis an die Politik, dass viel Zeit und Energie in die technische und rechtliche Gestaltung von Zertifikaten und in die Ausgestaltung rechtlicher Verordnungen investiert wird, die in absehbarer Zeit nicht mehr notwendig sind</p> <p>Ausblick: Übergang in den „endemischer Zustand“ klingt wie eine stabile und Lage, wird der Situation nicht gerecht?                  Der schwierige Prozess wird in dem Absatz noch ausführlicher beschrieben</p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Disclaimer zum Erregersteckbrief                  Dokument <a href="#">hier</a>                  Dank an alle, die bisher dazu beigetragen haben                  Soll dem Steckbrief als „Gebrauchsanweisung“ vorangestellt werden                  Alle Abschnitte des Steckbriefs sind abgebildet und sollen mit Links und Hinweisen zu weiteren aktuellen Informationen zum jeweiligen Thema versehen werden</p> <p><i>ToDo: Papier wird zirkuliert, Rückmeldungen, Kommentare, Ergänzungen bitte bis Montag 14.02.2022 Dienstschluss einarbeiten, am Dienstag soll der Disclaimer finalisiert und veröffentlicht werden</i></p> <p>FAQ: Test-to-stay                  Dokument <a href="#">hier</a>, Elterninformation Berlin <a href="#">hier</a>, KITA-Information Berlin <a href="#">hier</a>                  Dank an alle Beitragenden</p>	<p>FG36 Haas)</p> <p>Alle</p>



	<p>Soll es bei einer FAQ mit Erklärung des Konzepts bleiben oder sollen eigene RKI-Empfehlungen formuliert werden, mit denen ggf. individuell auf Anfragen zu der Fußnote der MPK-Beschlüsse reagiert werden kann?</p> <p>Es bleibt bei FAQ</p> <p>In den beiden Papieren der Berliner Gesundheitsverwaltung wird nicht auf das RKI verwiesen</p> <p>Trennschärfe zwischen RKI und MPK-Empfehlungen ist nicht gegeben, da der MPK-Beschluss auf der RKI Homepage veröffentlicht ist</p> <p>1. Absatz: andere Formulierung für „nicht anlassbezogene Testungen“? Präventive Testungen? Tests sind nicht präventiv</p> <p>Lösung: Kein Adjektiv, „serielle Testung“ ist gut</p> <p>Soll der Absatz “Da der TTS-Ansatz die konsequente Umsetzung der empfohlenen infektionspräventiven Maßnahmen, inkl. durchgehendem und korrektem Tragen einer medizinischen Maske, voraussetzt, eignet er sich nur für das Schulsetting und nicht für jüngere (Kita-)Kinder“ gestrichen werden?</p> <p>Ja, kann weggelassen werden, lässt sich aus der Literatur nicht eindeutig begründen, international (Ontario-Papier) wird das unterschiedlich gehandhabt und unter Punkt 2 unserer FAQ ist das Tragen von Masken ohnehin explizit aufgeführt</p>	FG36 (Haas)
9	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>Derzeit wird umfangreiche Zuarbeit zum Thema Impfpflicht vom BMG eingefordert</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Veröffentlichung der Stellungnahme zu Novavax und 2. Booster-Impfung verzögert sich etwas, voraussichtlich Mittwoch 16.02.2022, da wissenschaftliche Begründung für ältere AG mit Daten aus UK nachjustiert werden muss</p>	FG33 (Wichmann)
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Nicht berichtet</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p>119 Proben/64 (54%) positiv Darunter sind auch Studienproben hauptsächlich aus Berlin, gelegentlich auch von Extern mit der Bitte um Typisierung</p>	FG17  ZBS1 (Michel)
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	ZBS7
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  seit Mittwoch, 09.02.2022 können Apotheken auch positive Schnelltests an die GÄ melden ( <i>bitte ggf. korrigieren</i> )	FG 32 (Diercke)
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> )  nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> )  Internationale Kommunikation ist durch die hohe Anzahl an Fällen stark belastet	FG38 (Rexroth)
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  keine	
	Nächste Sitzung: Montag, 14.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:10 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 14.02.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG35
! Institutsleitung	o Christina Frank
o Lothar H. Wieler	! FG36
o Lars Schaade	o Hauer Barbara
o Esther-Maria Antão	o Walter Haas
o	o Silke Buda
! Abt. 1	! FG37
o Toni Aebischer	o Tim Eckmanns
! Abt. 2	! FG38
o Michael Bosnjak	o Ute Rexroth
! Abt. 3	o Claudia Siffczyk
o Osamah Hamouda	o Amrei Wolter (Protokoll)
o Tanja Jung-Sendzik	o Renke Biallas (Protokoll)
o Janna Seifried	! ZBS7
! FG14	o Michaela Niebank
o Mardjan Arvand	! P1
o Melanie Brunke	o Christina Leuker
! FG17	! Presse
o Thorsten Wolff	o Susanne Glasmacher
! FG21	o Marieke Degen
o Wolfgang Scheida	! ZIG
! FG32	o Johanna Hanefeld
o Michaela Diercke	! BZgA
	o Oliver Ommen





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt:            (+76.465), davon 119.977 (+42) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 1.459,8/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.290.587 (76,1%),            mit vollständiger Impfung 46.105.414 (55,4%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Rückläufiger Trend oder Plateau der Fallzahlen in den            meisten BL und nur wenige BL (SA, ST) mit steigenden            Fallzahlen            Wenig Veränderung seit der letzten Stabsitzung            In allen Altersgruppen ähnliche Entwicklung zu beobachten            (Plateau oder sinkender Trend)            Verlauf der Hospitalisierungsinzidenz            Steigende 7-Tage HI, v. a. bei &gt; 80 Jährigen</p>	FG32 (Diercke)
2	<p><b>Internationales (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte (nur freitags)</b></p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung            Deutliche Änderungen zur vorherigen Version (inhaltlich            und strukturell)            Änderung des Dokuments Risikobewertung:            Risikoeinschätzung soll von "sehr hoch" auf „hoch“            geändert werden, dabei soll kommuniziert werden, dass            Omikron nicht der Grund für die Deeskalation darstellt            Eine differenzierte Darstellung der Beurteilung des Risikos            für schwere Gesundheitsfolgen bei unterschiedlichen            Populationsgruppen (z. B. bei vorerkrankten und            ungeimpften Kindern und jungen Erwachsenen) wurde            eingearbeitet.            Es kann weiterhin regional zu eingeschränkten Kapazitäten            in der medizinischen Versorgung von Patientinnen und            Patienten kommen.            Redaktionelle sowie weitere inhaltliche Anpassungen (z.            B. Fokus auf Isolation von erkrankten Personen) wurden            vorgestellt, diskutiert und implementiert.            Die aktuelle Version wird im Krisenstab zirkuliert und mit            dem Minister soll der Zeitpunkt der Veröffentlichung</p>	Abt. 3

	<p>bestimmt werden.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Da die Impfung unter 5 Jahren einen Off-Label-Use darstellt, stellt sich die Frage, wie Kinder, die einer vulnerablen Gruppe (Vorerkrankung/Trisomie) angehören, im Alltag/KiTa adäquat geschützt werden können. Explizite Nennung der Gruppe der Kinder im Abschnitt „Krankheitsschwere“; Austausch des Terms „Menschen“ durch „junge Erwachsene und Kinder“</p> <p>Verweis, dass auch nach milden Verläufen Langzeitfolgen auftreten können und auch ungeimpfte Personen davon betroffen sein können</p> <p>Krankheitsschwere: auch nach milden Verläufen können Langzeitfolgen auftreten, Risikominimierung durch Impfung</p> <p>Bezüglich der Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems ist eine Frage der milderer Formulierung in Hinblick auf den Absatz der regionalen Einschränkungen der Kapazitäten der medizinischen Versorgung durch Omikron denkbar. Vor dem Hintergrund der dynamischen Lageentwicklung soll diese Formulierung jedoch zunächst so beibehalten werden</p> <p><i><b>ToDo:</b> Risikobewertung soll im Krisenstab zirkuliert und anschließend zur Abstimmung an den Minister versandt werden. Antwort des Ministers mit Einschätzung des gerade vorgelegten Papiers soll abgewartet werden.</i></p>	
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Die Überarbeitung der Stellungnahme „Kinder“ des Expertenrats soll in dieser Woche finalisiert werden.</p>	Wieler
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Kein Bericht</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Tagespiegelartikel:  <a href="https://www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-kitas-und-die-oeffnungsstrategie-test-to-stay-kita-eltern-halten-risiken-fuer-nicht-tragbar/28062008.html">https://www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-kitas-und-die-oeffnungsstrategie-test-to-stay-kita-eltern-halten-risiken-fuer-nicht-tragbar/28062008.html</a>  Der Tagesspiegel hat am Wochenende einen Artikel veröffentlicht, in dem der Elternbeirat einen Widerspruch zwischen Amtsärzten/GA und dem RKI kritisiert  Es handelt sich um das Test-to-stay-Verfahren, bei dem Kontaktpersonen Infizierter mit täglich negativen Tests und bei Symptomfreiheit die KiTa besuchen können</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Glasmacher)</p> <p>FG36 (Haas)</p>



	<p>RKI setzt das kontinuierliche und korrekte Tragen von Masken voraus, was als Voraussetzung in der KiTa in Berlin nicht gegeben ist, Frage nach Reaktion des RKIs hierauf</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Vor der Veröffentlichung des Artikels wurden bereits Antworten auf entsprechende Frage erarbeitet und sollten in den FAQs veröffentlicht werden. Die Veröffentlichung fand noch nicht statt.</p> <p>Eine direkte Antwort sollte vermieden werden und die FAQs dementsprechend nicht veröffentlicht werden, sodass nicht der Eindruck entsteht, dass es sich um eine Reaktion zu diesem Fall handelt.</p> <p>Es bestehen bereits mehrere Empfehlungen für das Setting KiTa. Man sollte in diesem Setting nicht lediglich einen Fokus auf das Testen legen. Grundsätzliche müssen NPIs vorhanden sein, die den Eintrag und die Verbreitung des Virus in dem Setting verhindert werden.</p> <p>Kritik an dem Test-to-stay-Verfahren, da es keine Infektionsfälle in KiTas verhindert und der Schutz vulnerabler Kinder nicht mehr gewährleistet ist, Infektionen durchlaufen bei Eintrag weiterhin die KiTa</p> <p>V. a. vor dem Hintergrund einer fehlenden Möglichkeit zur Impfung von Kindern unter 5 Jahren mit Vorerkrankungen und / oder mit Behinderungen lebend stellt sich die Frage, wie in diesem Setting die entsprechenden Populationen effektiv geschützt werden können.</p> <p>Die weiterhin starken Maßnahmen im KiTa-Setting (v. a. serielle Testungen) stehen in einem Kontrast zu den erstellten Empfehlungen zur Deeskalation (Verzicht auf serielle Testungen).</p> <p><i><b>ToDo:</b> Bitte um Stellungnahme der STIKO zum Off-Label-Use eines Impfstoffs bei Kindern unter 5 Jahren mit Vorerkrankungen und / oder mit Behinderungen lebend. – Ute Rexroth vergibt Aufgabe an STIKO-Geschäftsstelle</i></p> <p><b>P1</b></p> <p>Kein Bericht</p>	<p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>







<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 16.02.2022XX, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

Ende: **13:59 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 16.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                      |                                    |
|----------------------|------------------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Walter Haas                      |
| o Lothar H. Wieler   | o Silke Buda                       |
| o Lars Schaade       | o Stefan Kröger                    |
| o Esther-Maria Antão | o Kristin Tolksdorf                |
| o                    | o Udo Buchholz                     |
| ! Abt. 1             | ! FG37                             |
| o Martin Mielke      | o Tim Eckmanns                     |
| ! Abt. 2             | ! FG38                             |
| o Michael Bosnjak    | o Ute Rexroth                      |
| ! Abt. 3             | o Christian Wittke<br>(Protokoll)  |
| o Osamah Hamouda     | ! <a href="#">ZBS7</a>             |
| o Tanja Jung-Sendzik | o <a href="#">Christian Herzog</a> |
| o Janna Seifried     | o <a href="#">Michaela Niebank</a> |
| ! FG14               | ! MF2                              |
| o Melanie Brunke     | o Torsten Semmler                  |
| ! FG17               | ! P1                               |
| o Ralf Dürrwald      | o Ines Lein                        |
| o Djin-Ye Oh         | ! Presse                           |
| ! FG32               | o Marieke Degen                    |
| o Michaela Diercke   | ! ZIG                              |
| ! FG33               | o Johanna Hanefeld                 |
| o Thomas Harder      | o Mikheil Popkhadze                |
| ! FG34               | ! BZgA                             |
| o Viviane Bremer     | o Andrea Rückle                    |
| ! FG36               |                                    |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 12.800.135                      (+219.972), davon 120.467 (+247) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 1.401/100.000 Einw. (leichter Rückgang)                      DIVI Intensivregister 2.494 (+21) in Behandlung                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.304.258 (76,1%),                      mit vollständiger Impfung 62.267.767 (74,9%), mit                      Auffrischimpfung 46.202.246 (55,6%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückgang der bundesweiten 7-Tage-Inzidenz</li> <li>2. in keinem BL mehr steiler Anstieg zu verzeichnen</li> <li>3. Seitwärtsbewegung bei adjustierter Inzidenz</li> </ol> <p>Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. 341 LK mit 7-Tage-Inzidenz von &gt;1.000</li> <li>5. Infektionslage weiterhin hoch</li> </ol> <p>Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. In KW 6 kaum Veränderung zur Vorwoche</li> </ol> <p>Hospitalisierte COVID-19-Fälle + Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Hospitalisierungsinzidenz bei 80+ -Jährige deutlich am höchsten; leichte Abnahme im Vergleich zur Vorwoche</li> </ol> <p>Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Prognostizierter Anstieg bei 0-59 und 60+ -Jährigen setzt sich weniger stark fort; Seitwärtsbewegung bei adjustierter Inzidenz</li> </ol> <p>COVID-19-Todesfälle nach AG und Sterbewoche</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Plateau bei Sterbefällen</li> </ol> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Folien <a href="#">hier</a></li> <li>11. DIVI-Intensivregister:                      Leichter Anstieg auf 2.498 Personen auf ITS                      behandelt (Stand 15.02.2022), Vorwoche: 2.409                      (Stand 09.02.2022)</li> <li>12. ITS-COVID Neuaufnahmen mit +1.645 in den letzten 7                      Tagen steigend</li> <li>13. Anteil COVID-19-Patient*innen an Gesamtzahl ITS-Betten:                      0 BL &gt; 20%, 7 BL &gt;12%. Trend: Rückgang gestoppt,                      Seitwärtsbewegung</li> <li>14. Verfügbarkeitseinschätzung High-Care Behandlung:                      Plateaubildung bei nicht verfügbar</li> <li>15. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad:                      Anstieg v.a. der „leichteren“ respiratorischen                      Behandlungsformen</li> <li>16. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-                      Patient*innen; Zunahme bei älteren Altersgruppen</li> </ol>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Rexroth i.V. für Fischer</p>

	<p><b>Syndromische Surveillance</b>  Folien <a href="#">hier</a>  GrippeWeb</p> <p>17. ARE-Rate in KW6 stabil 4,4 % (Vorwoche auf 4,5 %), Anstieg hat sich (s. KW 3) nicht fortgesetzt, dadurch Nähe zur Werten vor der Pandemie nicht mehr gegeben (wie in KW 3).</p> <p>18. Kinder deutlich gestiegen (insbes. 0-4 -Jährige), Erw. leicht gesunken.</p> <p>19. Bei 5 AGs: nur bei 0-4J. deutlicher Anstieg, alle anderen AGs gesunken oder stabil geblieben  ARE-Konsultationen / 100.000 Einw. Bis zur 6. KW 2022</p> <p>20. KonsInz insgesamt gesunken: in KW 6: 1.686 (Vorwoche: 1935; auf Bev. in Deutschland: 1,6 Mio.)</p> <p>21. KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr, noch im Bereich der vorpandemischen Saisons; 0-4J: Dort liegt die KI aktuell niedriger als vor der Pandemie</p> <p>22. Tendenz in den BL: KI insgesamt geht nach unten, in einigen Anstieg der Raten bei Kindern (ST, HE)  ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <p>23. Rund 490 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 EW (Gesamtzahl von rund 410.000 ARE-COVID-Arztbesuche in D)</p> <p>24. Berücksichtigung von ca. 30% Nachmeldung (COVID-19-Diagnose erfolgt häufig erst mit Verzug)! Abschwächung des Anstiegs bzw. ähnliche Fallzahlen in KW 6/2022 wie in Vorwoche</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance   SARI-Fälle (J09-J22)</p> <p>25. SARI-Fallzahlen sind insgesamt seit KW 2/2022 stabil geblieben</p> <p>26. Seit KW 52/2021 unter vor-pandemischen Niveau</p> <p>27. Leichter Rückgang in AG 5-14 und 15-34 Jahre</p> <p>28. Weitgehend stabil in allen anderen AG seit einigen Wochen</p> <p>29. Zahl der COVID-19-Fälle weiter relativ stabil in allen Altersgruppen (seit KW 2/2022 deutlich höherer Anteil in AG 0-4)</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>30. Insgesamt 6,3 COVID-SARI pro 100.000 Einw., das entspricht ca. 5.300 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D</p> <p>31. Leichter Anstieg in den letzten Wochen</p> <p>32. Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-4 in den vergangenen Wochen deutlich höher als in vorherigen Wellen</p> <p>33. In den vergangenen Wochen sehr stabile Zahlen in den AG 35+</p> <p>34. Leichter Anstieg in AG 80+, pendelt sich möglicherweise auf stabiles Niveau ein</p> <p>Intensivbehandlung SARI-Fälle</p> <p>35. Nicht mehr als in den Vorjahren und weniger als in den vorherigen COVID-Wellen</p> <p>Vergleich Winter 2020/21 und 2021/22</p> <p>36. Seitwärtsbewegung bei COVID-SARI-Fällen</p> <p>37. Sowohl COVID-SARI-Fälle <b>mit</b> Intensivbehandlung als</p>	<p>FG 36 (Buda)</p>
--	---	-------------------------



	<p>46. Eine andere, vorsichtigere Formulierung wird präferiert  Laborauslastung in vielen Bereichen rückgängig bei weiterhin hohem Niveau</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b>  Entlastung der Labore erkennbar; Verzögerung zwischen Testen und Testergebnis ist rückläufig  SARS in ARS</p> <p>47. Anzahl der Testungen in den meisten BL rückläufig insbesondere in HH, Plateau in NI, steigend in TH</p> <p>48. Anteil positiver Testungen in den meisten BL rückläufig. Ausnahmen: Steigend in Arztpraxen in TH, SA, MV (Nachholeffekt)</p> <p>49. Anzahl Testungen in Arztpraxen rückläufig, bei KH gleichbleibend und bei anderen deutlich geringer (hier vor allem Testzentren und Lollitests)</p> <p>50. Positivanteil gleichbleibend in Arztpraxen</p> <p>51. Anzahl Testungen pro 100.000 EW nach Altersgruppe und Woche:</p> <p>52. Deutlicher Rückgang in AG 5-14 (weniger Lollitests)  Positivenanteile nach Altersgruppe und Woche</p> <p>53. Anstieg bei 60-79 und insbesondere 80+ -Jährigen.  Rückgang in allen anderen Altersgruppen</p> <p>Altersgruppen in BL</p> <p>54. Negativbeispiel BW: Anzahl der Testungen sinkend, Positivanteil steigend</p> <p>55. Anteil positiver Testungen bei Älteren in allen BL steigend  Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen/  Alten- und Pflegeheimen</p> <p>56. Keine Zunahme bei KH</p> <p>57. Zunahme an Fällen in Alten- und Pflegeheimen</p> <p><b>VOC/VOI</b>  Folien <a href="#">hier</a>  Omikron mit Anteil von 99% in Stichprobe der Genomsequenzierung, BA.2 Anteil mit 14,9% weiterhin steigend  <u>Ankündigung</u>: Mit geänderter Testverordnung (Vergütung für variantenspezifische PCR entfällt), wird auch die Anzahl der Übermittlungen stark abfallen. Daher soll VOC-Tabelle im Wochenbericht ab der kommenden Woche nicht mehr aufgeführt werden. Es wird nächste Woche je nach Datenlage entschieden.  BA.2 in BL: BB, BE, MV, SA mit höchsten Anteilen</p> <p><b>Diskussion / Zusammenfassung</b>  Alle unsere Daten deuten darauf hin, dass wir auf Bundesebene den Gipfel der Welle erreicht haben. Einige regionale Entwicklungen sind unterschiedlich. So sind in Bundesländern, in denen die Welle später begonnen hat die Fallzahlen noch leicht steigend oder befinden sich auf einem Plateau. Es gibt steigende Inzidenzen bei den Hochaltrigen und Hinweise auf schwere Fälle bei eben diesen, jedoch auf einem niedrigeren Niveau als es noch in der vierten Welle der Fall war. Zeitgleich gibt es nur moderat ansteigende Hospitalisierungsraten bei den Hochaltrigen. Wir können feststellen, dass es ausreichend PCR-Diagnostikkapazitäten</p>	<p>FG 37  (Eckmanns)</p> <p>FG 36  (Kröger)</p>
--	---	---



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>gibt um unterschiedliche regionale Trends abbilden zu können. Darüber hinaus lässt sich sagen, dass es zeitgleich keine große begleitende Influenzawelle gibt. Die aktuell geltenden Schutzmaßnahmen haben dazu einen Effekt auf alle Atemwegserkrankungen. Ein Unsicherheitsfaktor ist aktuell noch die Einschätzung der Krankheitsschwere durch die Omikron BA.2 Variante.</p>	Hamouda
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Seit 2 Wochen gibt es einen BMG/RKI Jour Fixe: Dort werden Themen besprochen, die gerade relevant sind und in der Presse einen großen Widerhall finden. Ziel dabei ist es Unklarheiten abzubauen.</li> </ul>	Abt. 3/ Präs
<b>5</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Besprechung zu Verfahren wie Stellungnahmen erstellt werden</li> <li>○ Stellungnahme zu RKI-Panel</li> <li>○ Stellungnahme zu Vorbereitung auf den Herbst/Winter (derzeit auf Themensuche) Federführung bei Prof. Dr. Karagiannidis</li> <li>○ Ausschuss für Gesundheit: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unklarheiten bzgl. Pressemeldungen zum Genesenenstatus konnten korrigiert werden</li> </ul> </li> <li>○ Rolle von Prof. Dr. Karagiannidis (DIVI) Warum Federführung bei o.g. Punkt als Intensivmediziner? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stellung des RKI wird nicht untergraben</li> <li>○ Sehr zugänglich für sachlich fachliche Kommentare und Änderungsvorschläge</li> </ul> </li> <li>○ Das Thema an/mit COVID (Syndromische Surveillance) nimmt an Relevanz zu. Bereitstellung von Materialien sobald benötigt.</li> </ul>	Präs



<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Merkblatt zur Impfung für Beschäftigte in Pflegeberufen wurde an das RKI übermittelt. Rückmeldung steht noch aus.</li> <li>○ Schulaussendung konnte am Montag nicht realisiert werden. Weitere Materialien des BMG werden aufgenommen. Neues Datum noch offen.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BPK am Freitag 18.02. mit Hr. Schaade</li> <li>○ COVID-19 Übersichtseite wurde überarbeitet und angepasst</li> <li>○ Vorschläge zur Botschaft für den Tweet zum Wochenbericht: Vorsicht bei neuen/geänderten Kontaktmustern und Kontakt mit Älteren Schutz der Älteren / vulnerablen Gruppen</li> </ul> <p><b>P1</b> (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diskussion Genesenenstatus <ul style="list-style-type: none"> <li>○ bereits von Hr. Wieler erwähnt s. o. Punkt Expertenbeirat</li> </ul> </li> <li>○ Hinweis zur Anpassung COVID-19 Internetseite: Dokumente zu Lollitests/PCR in Schulen. Bei Strategieänderung ggf. nochmal anpassen. Möglicherweise noch verfrüht. <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Presse kann Seite bei Bedarf jederzeit anpassen</li> </ul> </li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>



8	<b>Dokumente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ [ID 5091] Anpassung Entisolierung im stationären Bereich und Alten- und Pflegeheimen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <a href="#">Gehäufte Anfragen aus verschiedenen Richtungen (Kiniken, GÄ, AGI)</a></li> <li>○ <a href="#">Mögliche Anpassung</a> bezieht sich nur auf asymptomatische Fälle</li> <li>○ Verkürzung auf 10 Tage <a href="#">steht im Raumaufgrund Risiko-Abschätzung und Abwägung von Folgeschäden nach Meinung AG Diagnostik vertretbar</a></li> <li>○ kein einheitliches/eindeutiges Bild im Krisenstab</li> <li>○ AGI steht dem <a href="#">EntlassmanagementEntisolierungs</a>-Papier kritisch gegenüber</li> <li>○ Überarbeitetes <a href="#">EntlassmanagementEntisolierungs</a>-Papier mit Verkürzung auf 10 Tage wird vorbereitet und im weiteren Verlauf diskutiert</li> </ul> </li> </ul>	<a href="#">Abt.1/ZBS7/FG37</a> (Mielke, Niebank)
9	<b>Update Impfen (nur freitags)</b> (nicht berichtet) <b>STIKO</b> xxx	FG33
10	<b>Labordiagnostik</b> FG17  ZBS1	FG17  ZBS1
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
13	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> nicht berichtet	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	FG38

	nicht berichtet	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ HSC Meeting Mittwoch, 16.02. 15 Uhr für RKI: Ute Rexroth</li> </ul>	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> <p>Nächste Sitzung: Freitag, 18.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:50 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 18.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34			
!	Institutsleitung	o	Andrea Sailer (Protokoll)		
	o	Lars Schaade	!	FG36	
	o	Lothar Wieler	o	Walter Haas	
	o	Esther-Maria Antão	o	Silke Buda	
!	Abt. 1		o	Udo Buchholz	
	o	Martin Mielke	!	FG37	
!	Abt. 2		o	Tim Eckmanns	
	o	Thomas Ziese	!	FG 38	
!	Abt. 3		o	Maria an der Heiden	
	o	Osamah Hamouda	o	Ute Rexroth	
	o	Janna Seifried	o	Claudia Siffczyk	
!	FG14		o	Katrin Kremer-Flach	
	o	Melanie Brunke	!	MF2	
	o	Mardjan Arvand	o	Thorsten Semmler	
!	FG15		!	Presse	
	o	Sindy Böttcher	o	Marieke Degen	
!	FG17		!	ZBS1	
	o	Djin-Ye Oh	o	Janine Michel	
!	FG21		!	ZBS7	
	o	Patrick Schmich	o	Agata Mikolajewska	
	o	Wolfgang Scheida	!	BZgA	
!	FG 32		o	Linda Seefeld	
	o	Michaela Diercke			
!	FG 33				
	o	Ole Wichmann			



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SurvNet übermittelt: 13.255.989 (+220.048), davon 120.992 (+264) Todesfälle</li> <li>1. 7-Tage-Inzidenz 1.371,7/100.000 Einw.</li> <li>2. Hospitalisierungsinzidenz: 6,24/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 12,25/100.000 EW</li> <li>2. Fälle auf ITS: 2.471 (+5)</li> <li>3. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,2%, Zweitimpfung 75,1%, Auffrischimpfungen 56,1%</li> <li>4. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In den meisten BL Rückgang, sehr deutlich in Hamburg</li> <li>2. In Thüringen steigen Fallzahlen noch an.</li> </ol> </li> <li>5. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Noch keine Entwarnung, noch viele LK mit sehr hohen Inzidenzen.</li> </ol> </li> <li>6. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stärkster Rückgang bei 5-14-Jährigen</li> </ol> </li> <li>7. Hospitalisierungsinzidenz             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kein Anstieg bei adjustierter zu erkennen</li> </ol> </li> <li>8. Wöchentliche Sterbefallzahlen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sterblichkeit auf Median 2018-2021</li> </ol> </li> </ol> <p>Könnte Delta aufgrund der Durchseuchung mit Omikron im Herbst wieder im Vorteil sein? Ist Immunschutz gegen Delta geringer nach Infektion mit Omikron?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Keine Publikationen dazu bekannt. Delta zirkuliert im Moment kaum, Daten können deshalb kaum erhoben</li> </ol>	<p>ZIG 1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Schaade</p> <p>Oh</p>

	<p>werden.</p> <p>10. Ist Verdrängung von Delta durch Omikron ein Gegenargument?</p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte (Folien hier) (nur freitags)</b> ! <b>CWA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Downloadzahlen gehen leicht zurück, aber immer noch sehr viele Menschen, die warnen.</li> <li>○ Vorbereitungen für Version 2.18</li> <li>○ Infokampagne liegt in Hand von BMG: 2G+, dynamische Regeln sind abbildbar.</li> <li>○ Nächste Woche wird im Krisenstab neue Version vorgestellt.</li> <li>○ CWA sollte bei Vorbereitung auf Herbstwelle berücksichtigt werden.</li> <li>○ Gibt es Daten dazu, wie viel Zeit zwischen Warnung an Dritte und relevantem Datum vergeht?             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gibt es. Je weniger Zeitverzug im Labor, desto näher ist die Warnung wieder am relevanten Datum.</li> </ol> </li> <li>○ CWA ist stark an Management der Kontaktpersonen gekoppelt. Containment wird in Zukunft zurückgefahren. Hauptzweck der CWA (Beginn einer Pandemie) nimmt ab, evtl. auf neue Varianten fokussieren.</li> <li>○ Schwerpunkt auf Quarantäne von Kontaktpersonen zu Beginn einer Pandemie und nicht im Übergang zur epidemischen Phase.</li> <li>○ Funktionalität der CWA ist nicht auf Containment Maßnahmen angewiesen, sondern als Hinweis für Bevölkerung für Handlungsempfehlungen zu sehen.</li> <li>○ Was passiert ab Ende März? Welche Rolle wird CWA spielen?             <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Hauptfunktionen: Warnfunktion und Management der Zertifikate</li> <li>3. Frage der Strategie in Zukunft, politischer Wille ist noch unklar. Diskussionsbedarf zwischen RKI und Ministerium</li> </ol> </li> <li>○ In Relation zu anderen Atemwegserkrankungen zu sehen, Dass Delta wiederauftaucht, ist eher unwahrscheinlich. Epidemiologische Expertise sollte mitberücksichtigt werden.</li> </ul> <p>! <b>CovPass</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ neue Version schon in Stores</li> </ul>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>Schmich</p> <p>Haas</p> <p>Schmich</p>
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Muss angepasst werden.</p> <p>! Entwurf soll heute um 15 Uhr bei jour fixe mit BMG besprochen werden.</p>	Alle

<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Punktesammlung für Stellungnahme zu Herbst- / Wintervorbereitung</li> </ul>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schulaussendung wird sich verzögern.</li> <li>! Überarbeitung Pflegemerkbblatt</li> <li>! Für nächste Woche Merkblatt zu Novavax-Impfstoff</li> <li>! Anpassung aller Merkblätter an aktuelle STIKO-Empfehlungen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Heute Vormittag BPK mit Herrn Schaade, nur politische Fragen, keine Fragen ans RKI</li> <li>! Gestern Tweet zum Wochenbericht versendet: Schutz der Älteren</li> </ul>	<p>BZgA (Seefeld)</p> <p>Presse (Degen)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Heute Nachmittag bei jour fixe soll herausgefunden werden, was der Minister plant.</li> <li>! Jetzt doppelte Absicherungsstrategie, nach jour fixe nochmal Gespräch zwischen Wieler und Lauterbach, was beschlossen wurde.</li> <li>! Teststrategie nach 31.03. soll skizziert werden. Was ist im Sommer noch erforderlich, sind Bürgertests weiter epidemiologisch sinnvoll? Ist Aufrechterhaltung 3G geplant? -&gt; wird am Montag im Krisenstab besprochen.</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Wieler</p> <p>Mielke</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur freitags)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht besprochen)</li> </ul>	<p>Alle</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur freitags)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Im Epid Bull wurde STIKO-Empfehlung publiziert.</li> <li>! Gestern Webinar zur 2. Booster-Impfung vom ECDC <ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Positionen gehen weit auseinander. In Dänemark wird z.B. kein 2. Booster angeboten, in Deutschland Risikogruppen adaptiert.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>STIKO</b></p>	<p>FG33 (Wichmann)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! Beschäftigt sich prioritär mit der Impfung von Kindern von 5-11 Jahre. Es wird diskutiert, ob nur für Risikogruppen oder für alle Kinder.</li> <li>! Anfang der Woche Treffen mit BionTech             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interesse an Omikron spezifischem Impfstoff ist eher verhalten. Befürchtung dieser Impfstoff könnte andere Varianten nicht so gut abdecken. Daten vermutlich erst ab Mai, erst dann kann entschieden werden, ob auf Omikron spezifischen Impfstoff gewechselt werden sollte. Nutzen ist umstritten.</li> </ul> </li> <li>! Evidenz zur Frage Schutz nach durchgemachter Infektion soll bis übernächste Woche in einem Artikel zusammengefasst werden.</li> <li>! Ist ein multivalenter Impfstoff möglich?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kombination mit anderen Erregern, z.B. Grippe</li> <li>○ Kombination von z.B. Omikron + Delta</li> <li>○ Tendenz zu mRNA-Impfstoffen; Frage, ob langanhaltende Immunität entsteht.</li> </ul> </li> <li>! Warum wird immer noch nur auf neutralisierende Antikörper fokussiert? Gibt es Entwicklungen bei T-Zell-Antwort?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Neutralisierende Antikörper spielen die wichtigste Rolle, auch Schutz vor schweren Erkrankungen kann über humorale Immunantwort erklärt werden.</li> <li>○ Warum ist Wirksamkeit gegen schwere Erkrankungen gut, nimmt aber gegen Infektionen so schnell ab?</li> <li>○ Wichtige Forschungslücke, T-Zellen und T-Memoryzellen haben große Bedeutung bei Verhinderung schwerer Verläufe. mRNA-Impfung zeigt wenig Langzeiteffekt. Laborkorrelat wäre wichtige Forschungsfrage.</li> <li>○ Bis heute ungelöste Frage, Krux liegt in Manifestation im Gewebe, im Blut nicht so relevant.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Haas</p> <p>Oh</p> <p>Buda</p> <p>Mielke</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 644 Proben, davon:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 154 SARS-CoV-2</li> <li>○ 91 Rhinovirus</li> <li>○ 12 Parainfluenzavirus</li> <li>○ 12 RSV</li> <li>○ 68 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ 52 Metapneumovirus</li> <li>○ 21 Influenzavirus</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (Oh)</p> <p>ZBS1 (Michel)</p>

	<p><b>ZBS1</b></p> <p>! In KW 7 bisher 111 Proben, davon 46 positiv auf SARS-CoV-2 41,4%.</p>	
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! Es wird überlegt, die Isolation asymptomatischer Patienten in Einrichtungen zu verkürzen. Noch kein neuer Sachstand.</p>	ZBS7 (Mikolajewska)
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	
13	<p><b>Surveillance (nur freitags)</b></p> <p>! Nationales Pilotprojekt zur „Systematischen Überwachung von SARS-CoV2 im Abwasser“ (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Empfehlung der EU-Kommission: systematische Überwachung von SARS-CoV-2 im Abwasser in der EU <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 20 Pilotstandorte, flächendeckend verteilt</li> <li>▪ Ziel zu prüfen, ob und wie ein Abwassermonitoring in Deutschland umgesetzt werden kann.</li> <li>▪ Laufzeit November 2021 – März 2023, Fördersumme 3,7 Mio. €</li> <li>▪ Längerfristige Strukturen auch zur Überwachung anderer Erreger sollen aufgebaut werden, als Ergänzung zu bereits bestehenden Systemen.</li> </ul> </li> <li>○ Verknüpfung Abwasser und Surveillance, Beteiligte: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ UBA, RKI, Experten aus Forschungsprojekten, EU-Referenzlabor (TU Darmstadt), EU national contact point, Pilotstandorte</li> <li>▪ Beprobung Q1/2022 – Q4/2022</li> </ul> </li> <li>○ Aufgaben des RKI <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verknüpfung der Abwasserdaten mit epidemiologischen Daten, Bewertung und Interpretation der Daten für Pilotstandorte</li> <li>▪ Langfristige Entwicklung von Algorithmen</li> <li>▪ Aufbau einer digitalen Infrastruktur</li> <li>▪ Evaluierung der Pilotphase</li> <li>▪ Perspektiven eines nationalen Abwassermonitorings</li> </ul> </li> <li>○ Datenmanagement <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zentrale Cloud enthält aggregierte Fallzahlen pro Entwässerungsgebiet aus Gesundheitsamt, Begleitparameter aus Klärwerk, Biomarker aus Labor.</li> </ul> </li> <li>○ Beziehen sich Biomarker nur auf menschliche Proben oder wird die Veterinärseite mitberücksichtigt (Tierwirte)? <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass Hauptausscheidung über Menschen stattfindet. Projekt ist relativ komplex, deshalb wird zunächst auf menschliche Proben eingeschränkt. Gespräch mit FLI findet statt.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG15 (Böttcher)</p> <p>FG32 (Kremer-Flach)</p> <p>Haas</p> <p>Diercke</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abstimmungsprobleme bei technischer Umsetzung                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hoher Druck von politischer Seite, von epidemiologischer Seite muss erst noch bewertet werden, ob der Aufwand gerechtfertigt ist.</li> <li>▪ Es muss sichergestellt werden, dass RKI von epidemiologischer Seite verantwortlich ist.</li> <li>▪ Falls es sich als zukunftssträchtige Methode für RKI herausstellt, sollte es in DEMIS integriert werden. Im Moment werden eher neue Systeme aufgebaut.</li> </ul> </li> <li>○ Wäre auch für Abt. 2 ein wichtiges zusätzliches Instrument. Auf Möglichkeit einer kleinräumigen Perspektive sollte hingewirkt werden.                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontakt zu Abt. 2 besteht bereits, Austausch ist geplant.</li> <li>▪ Es wurden Klärwerke mit unterschiedlich großen Einzugsgebieten gewählt, in städtischen und ländlichen Regionen.</li> </ul> </li> <li>○ Ethische Aspekte müssen beachtet werden.</li> <li>○ Welche Aktivitäten sind abhängig vom jeweiligen Ergebnis angedacht?                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Als Frühwarnsystem: Aufgrund von erhöhten Werten wurde in Kanada z.B. Lockdown für High risk settings beschlossen. Gerichtsbarkeit muss sichergestellt werden.</li> <li>▪ Großer Nutzen im Entwarn-System, wenn noch viel im Abwasser zu finden ist, könnten Lockerungen aufgeschoben werden.</li> <li>▪ Für ergänzende Hinweise, wenn andere Systeme wegfallen, z.B. mehr Testen als Konsequenz.</li> </ul> </li> <li>○ Wie weit soll ins Detail gegangen werden, Metagenom Sequenzierung, PCR?                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ viel Spielraum, Trend- und detailliertere Analysen</li> <li>▪ Für „neue“ Sequenzen Austausch mit dem Sequenzierlabor. Hr. v. Kleist und Hr. Hölzer entwickeln Tools, um auch noch nicht bekannte Varianten zu identifizieren.</li> </ul> </li> </ul> <p>! ECDC: Internationale Lage (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Weltweit Fallzahlentwicklung deutlich zurückgehend</li> <li>○ 14-Tages-Inzidenz in Nordeuropa, Australien und Südamerika besonders hoch.</li> <li>○ Todesfallzahlen nicht so stark gestiegen wie Fallzahlen</li> <li>○ Fallzahlen auch in Europa zurückgehend -22%</li> <li>○ Ansteigend: u.a. Dänemark, Niederlande, Norwegen</li> <li>○ Todesfallzahlen: deutlicher Anstieg in Dänemark, leichter Anstieg in Frankreich</li> <li>○ Kein neues Risikogebiete, viele rausgenommen</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dänemark: für zeitnahe Darstellung wurden auch mit und nicht nur an SARS-CoV-2 Verstorbene berichtet.</li> <li>○ Keine Angaben zur mittleren Dauer der jeweiligen Wellen bekannt.</li> </ul>	<p>Ziese</p> <p>FG38 (Rexroth)</p> <p>Buda</p>
--	---	--

14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Diskussion über Verwendung der Gelder des Paktes des ÖGD, damit Kapazitäten an den Flughäfen verbessert werden können.</li> <li>! Machen Hochrisikogebiete noch Sinn? Einstellung ist im Moment noch nicht geplant.</li> <li>! Internationale KoNa wird nicht mehr durchgeführt. Es werden nur noch grenzüberschreitende, internationale Fälle weitergegeben. Größter Austausch mit direkten Nachbarländern. Kann das perspektivisch reduziert werden, da nach wie vor sehr aufwändig?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ressourcenbelastung ist kein gutes Argument. Was passiert mit diesen Informationen? Belege, dass die Informationen nicht weiterverwendet werden, wären als Argument besser.</li> <li>○ Frage des Containments: Wenn nicht grundsätzlich Abstand vom Containment und von Hochinzidenzgebieten genommen wird, wäre eine Einstellung widersprüchlich. Einziges Argument wäre, die Information kommt zu spät.</li> <li>○ Wie lange braucht die Information?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wenn Maßnahmen aufgrund der verstrichenen Zeit keinen Sinn mehr machen, wird sowieso gekappt. Grenze ist bei 7 Tagen, nach 7 Tagen wird Information nicht mehr weitergeleitet.</li> </ul> </li> <li>○ Wie häufig werden Informationen nicht mehr weitergeleitet?                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Recherchiert Maria an der Heiden</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	FG38 (an der Heiden)
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Deadline für internen Zwischenbericht ist 28.02., bleibt es dabei?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vereinzelt Rückmeldungen bisher.</li> <li>○ Sinn: Abläufe festhalten, bevor sie zu lange in der Vergangenheit liegen. Letzter Bericht war sehr nützlich.</li> <li>○ Deadline sollte möglichst gehalten werden.</li> </ul> </li> </ul>	FG38
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 21.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 12:45 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 21.02.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG37
! Institutsleitung	○ Tim Eckmanns
○ Lars Schaade	! FG38
! Abt. 1	○ Ute Rexroth
○ Martin Mielke	○ Maria an der Heiden
! Abt. 3	○ Amrei Wolter
○ Osamah Hamouda	! ZBS7
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Christian Herzog
○ Janna Seifried	! MF2
! FG11	○ Torsten Semmler
○ Sangeeta Banerji	
! FG14	! P1
○ Mardjan Arvand	○ Christina Leuker
○ Melanie Brunke	! P4
! FG17	○ Pascal Klamser
○ Thorsten Wolff	! Presse
○ Djin-Ye Oh	○ Ronja Wenchel
! FG 24	! ZIG
○ Thomas Ziese	○ Johanna Hanefeld
! FG32	! ZIG1
○ Michaela Diercke	○ Sarah Esquevin
! FG34	○ Carlos Correa-Martinez
○ Viviane Bremer	! BZgA
! FG36	○ Oliver Ommen
○ Silke Buda	
○ Stefan Kröger	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 13.636.993            (+73.867), davon 121.297 (+22) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 1346,8/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.377.472 (76,2%),            mit vollständiger Impfung 62.491.708 (75,2%)            Labormeldungen über DEMIS: Rückläufige Tendenz            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Rückgang in fast allen BL mit Ausnahme von Thüringen            (Anstieg) und BY, BaWü und MeckPomm (Plateau)            geografische Verteilung: Nur 2 LK mit 7d-Inzidenz &lt;            100/100.000 Einw.            Inzidenz pro Altersgruppe: am stärksten betroffen: 0-49-            Jährige, am wenigsten betroffen: 70-79-Jährige            Hospitalisierungsinzidenz auch bei 0-59-Jährigen auf hohem            Niveau, ggf. Abgleich mit syndromischer Surveillance zur            Validierung</p> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)            (nicht berichtet)            ARS-Daten            (nicht berichtet)            VOC-Bericht            (nicht berichtet)            Molekulare Surveillance (nur mittwochs)            (nicht berichtet)            Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)            (nicht berichtet)            Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur            mittwochs</i>)            (nicht berichtet)            Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)            (nicht berichtet)            Modellierungen (<i>nur freitags</i>)            (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur freitags</i>)</p>	<p>FG21</p>

4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (<a href="#">Link</a>)          Gespräch mit dem Minister für die aktuelle Woche geplant zur Abstimmung der Risikobewertung und Ankündigung der Veröffentlichung auf der BPK am Freitag</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>nicht berichtet</p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu:          Große Aussende-Aktion von Material für Kitas und Grundschulen mit Eltern und Lehrkräften als Zielgruppen</p> <p>Frage aus dem Krisenstab: Gibt es Angaben in den Dokumenten zu Testungen in Schulen und Kitas nach dem 31.3.2022?          Antwort: Nicht bekannt, Information wird nachgereicht</p> <p><b>Presse</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>P1</b></p> <p>Gesprächskarten zum Thema Impfen werden auf der Webseite unter FAQ und über Twitter veröffentlicht (Zusammenarbeit mit Uni Erfurt)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Leuker)</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Nat. Teststrategie – Planung für den Herbst/ Winter</li> <li>! Folien <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a></li> </ul> <p>BMG-Erlass zur Entwicklung eines konkreten Schaubild-Entwurfs für eine Teststrategie. Folgende Fragestellungen sollten dabei berücksichtigt werden und waren Gegenstand der Krisenstabsdiskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Welche Testindikationen sind für Frühjahr / Sommer zwingend beizubehalten?</li> <li>! Antwort: Alle symptomatischen Personen (ggf. Schaubild überarbeiten, da es dort so aussieht, als ob nur symptomatische Personen aus Risikogruppen oder im nosokomialen Setting gemeint sind) und asymptomatische Personen im nosokomialen Setting (ganzer oberer Kasten)</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>





	<p>! Welche Testindikationen sind für Frühjahr / Sommer aus fachlicher Sicht nicht notwendig?</p> <p>! Antwort: Wurde nicht diskutiert/beantwortet.</p> <p>! Welche Gruppen sind durch Reihentestungen zu schützen? Welche Testkonzepte sollten dabei zum Einsatz kommen?</p> <p>! Antwort: Kinder sollten aufgrund der z.T. fehlenden Impfmöglichkeit und der geringen Impfquote und der möglichen Langzeitfolgen oder Komplikationen (PIMS) durch Reihentestungen geschützt werden. Testkonzepte wurden nicht diskutiert.</p> <p>! Sollten betriebliche Testungen und Testungen in Bildungseinrichtungen aufrechterhalten werden? Welche Testkonzepte sollten dabei zum Einsatz kommen? Rolle der Lolli-Pool-PCR?</p> <p>! Testungen von Kindern in Bildungseinrichtungen sollten aufrechterhalten werden. Betriebliche Testungen sollten gestrichen werden und die Betriebe auf ihre Eigenverantwortung verwiesen werden. Testkonzepte und Rolle von Lolli-Pool-PCR wurden nicht diskutiert.</p> <p>! Ist aus fachlicher Sicht die Bürgertestung weiterhin notwendig?</p> <p>! Antwort: Nein, es gibt eine Veröffentlichung aus Dänemark dazu, dass Bürgertests die Eindämmung nicht unterstützen. Sie sollten daher nur eingeschränkt zur Verfügung stehen, z.B. Testung vor Kontakt mit vulnerablen Gruppen und bei staatlich vorgeschriebenen 2G/3G Regelungen</p> <p>! Wann sind Freitestungen notwendig?</p> <p>! Antwort: Sie sind bei staatlich vorgeschriebenen 2G/3G Regeln notwendig</p> <p><b>ToDo1:</b> <i>Abstimmung des Erlasses mit dem Control-COVID Papier (Frau Jung-Sendzik sendet Herrn Mielke Link zum Papier)</i></p> <p>! Einreiseverordnung (Folien <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Es wurde eine Modellierung vorgestellt, um die Effektivität der Einreiseverordnung (Hochrisikogebiete, Virusvariantengebiete) abzuschätzen. Zwar zeigt ein worst-case Szenario eine bis zu 50% Effektivität, jedoch ist nach Meinung des Modellierers eher von einer maximalen</p>	
--	---	--

	<p>Effektivität von 10% auszugehen und zwar in Zeiten geringer Inzidenz in Deutschland. In Zeiten hoher Inzidenz haben die Maßnahmen keinen Mehrwert.</p> <p>! Vorschlag von ZIG: Hochrisikogebiete nur bei besonderen epidemiologischen Vorkommnissen. Kategorie Virusvariantengebiet sollte beibehalten werden, da es die Unterbindung der Reisen in solche Gebiete bedeutet, wodurch Zeit gewonnen werden kann.</p> <p><b>ToDo2:</b>  <i>Abstimmung des Initiativberichts mit dem Control-COVID Papier, Fristverschiebung auf den 22.2.2022 Mittag (Frau Jung-Sendzik und Frau Hanefeld)</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>! Rückmeldung Jour fixe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gespräch mit dem Minister für aktuelle Woche geplant zur Abstimmung (a) der Risikobewertung, (b) Umgang mit DIM-Daten zu Johnson &amp; Johnson und (c) Control-COVID Papier (wahrscheinlich keine Veröffentlichung, sondern interner Bericht an das BMG)</li> </ul> <p>! RKI-Krisenstabssitzung Montagstermin</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krisenstab sprach sich mehrheitlich für die Beendigung des Montagstermins ab März aus. Entscheidung wird nach Rücksprache mit Präs. bekannt gegeben.</li> </ul>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	FG33
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##  Proben, davon:  # SARS-CoV-2  ## Rhinovirus  ## Parainfluenzavirus  ## saisonale (endemische) Coronaviren  ## Metapneumovirus  ## Influenzavirus  Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>  <b>ToDo3:</b> -Wochenbericht für Himmelfahrt: Keine Veröffentlichung an Himmelfahrt. Stattdessen Bericht möglichst am Mittwoch vor Himmelfahrt fertigstellen und am Freitag veröffentlichen (Lagezentrum) -Presse soll eine Woche vorher den veränderten Veröffentlichungstermin kommunizieren (Wenchel)	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 14:51 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 23.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| ! Institutsleitung   | ○ Christina Frank          |
| ○ Lothar H. Wieler   | ○ Hendrik Wilking          |
| ○ Lars Schaade       | ! FG36                     |
|                      | ○ Silke Buda               |
|                      | ○ Stefan Kröger            |
|                      | ○ Kristin Tolksdorf        |
| ! Abt. 1             | ! FG37                     |
| ○ Martin Mielke      | ○ Muna Abu Sin             |
|                      | ! FG38                     |
| ! Abt. 3             | ○ Ute Rexroth              |
| ○ Osamah Hamouda     | ○ Maria an der Heiden      |
| ○ Tanja Jung-Sendzik | ○ Claudia Siffczyk         |
| ○ Janna Seifried     | ○ Amrei Wolter (Protokoll) |
| ! FG11               | ! ZBS7                     |
| ○ Sangeeta Banerji   | ○ Agata Mikolajewska       |
| ! FG12               | ! MF2                      |
| ○ Annette Mankertz   | ○ Torsten Semmler          |
| ! FG14               | ! MF4                      |
| ○ Mardjan Arvand     | ○ Martina Fischer          |
| ○ Melanie Brunke     | ! P1                       |
| ! FG17               | ○ Christina Leuker         |
| ○ Ralf Dürrwald      | ! Presse                   |
|                      | ○ Marieke Degen            |
| ! FG21               | ○ Ronja Wenchel            |
| ○ Wolfgang Scheida   |                            |
| ! FG32               | ! ZIG                      |
| ○ Michaela Diercke   | ○ Johanna Hanefeld         |
|                      | ○ Mikheil Popkhadze        |
| ! FG34               | ! BZgA                     |
| ○ Viviane Bremer     | ○ Astrid Rose              |
| ! FG35               |                            |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>(nicht berichtet) Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Fälle, Todesfälle Datenstand: WHO, TT.MM.JJJJ Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: 1. xxx Karte mit 7-Tage-Inzidenz: 2. xxx Epikurve WHO Sitrep: 3. xxx Andere Berichte:</p> <p>ToDo:</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 13.971.947 (+209.052), davon 121.902 (+299) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 1.278,9/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.404.322 (76,2%), mit vollständiger Impfung 46.970.573 (56,5%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Rückgang oder Plateau der Fallzahlen in den meisten BL, TH Anstieg, SA und SH leichter Anstieg, in allen LK hohes Infektionsniveau</li> <li>5. Anstieg der Inzidenz bei &gt;85-Jährigen</li> <li>6. Altersmedian bei Verstorbenen konstant</li> <li>7. 90% an gemeldeter Krankheit verstorben</li> <li>8. Leichter Anstieg</li> </ol> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b> Folien <a href="#">hier</a> DIVI-Intensivregister:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Plateaubewegung auf ITS: aktuell 2.390 Personen auf ITS behandelt</li> <li>10. ITS-COVID Neuaufnahmen mit +1.535 in den letzten 7 Tagen liegt auf Plateauniveau</li> <li>11. Anzahl Verstorbene auch auf Plateau (70-80 Todesfälle pro Tag)</li> <li>12. Alle BL bewegen sich auf Plateau, Südwesten und Süden sowie NRW leichter Anstieg</li> <li>13. Bundesdurchschnitt bei 10%</li> <li>14. Leichter Rückgang der ECMO-Behandlungen</li> <li>15. 28% unbekannte Behandlung (potenzielle COVID- Nebenbefunde)</li> <li>16. Verfügbarkeitseinschätzung High-Care Behandlung: Plateaubildung bei nicht verfügbar</li> </ol>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>

	<p>17. Gründe der Betriebseinschränkung: Plateaubildung bei Personal</p> <p>18. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad: Anstieg v.a. der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen</p> <p>19. Altersgruppen Entwicklung:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anstieg bei 0-17-Jährigen und 70-79-Jährigen</li> <li>2. Plateau bei 80+</li> <li>3. ITS-Beherrschung durch &gt;60-Jährige</li> </ol> <p>SPoCK: Plateaubewegung, leichter Anstieg in Bayern, Südwesten/Süden, Fortsetzung in NRW</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b> Folien <a href="#">hier</a> Rückgang der Anzahl der Testungen von 2,6 Mio. auf 2,1 Mio. Testungen, Anstieg des Positivenanteils auf 46% Laborauslastung in vielen Bereichen rückgängig, weiterhin hohe Auslastung in TH und SN</p> <p><b>SARS in ARS</b> Anzahl der Testungen in den meisten BL rückläufig, in TH Anstieg Testorte: ! Rückgang in Altersgruppe 5-14-Jährige im Bereich „anderer Testort“, deutlicher Rückgang in Arztpraxen, Rückgang im positiven Anteil ITS Bereich Leichter Anstieg der Positivenanteile auf Normalstation Zunahme aktiver Ausbrüche in Alten/Pflegeheimen Deutlicher Rückgang Fall-Verstorbenen Anteil in Alten/Pflegeheimen</p> <p><b>VOC-Bericht</b> Folien <a href="#">hier</a> Omikron mit Anteil von 98% in Stichprobe der Genomsequenzierung, BA.2 Anteil mit 23,7% weiterhin steigend, Delta kaum noch nachgewiesen Abnahme variantenspezifischer PCR aufgrund geänderter Testverordnung Im Vergleich BA.1 und BA.2: Erhöhte Transmission für BA.2 (R-Wert ist ca. 1.4-fach höher) Infektiosität ist vergleichbar gegenüber Ungeimpften, Geimpften und 3-fach Geimpften Schwerevergleich: unzureichende unklare Datenlage, keine Deutung auf höhere Krankheitsschwere Preprint Studie aus DK: Reinfektion BA.2 nach BA.1 ist möglich, aber selten. Daher auch keine gesonderte Hervorhebung im Wochenbericht nötig Genomische Surveillance kann reduziert werden, muss aber in einem Maß aufrechterhalten werden, sodass auf die Situation nach dem Sommer reagiert werden kann</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> Folien <a href="#">hier</a> ARE-Rate in KW6 stabil</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG 37 (Abu Sin)</p> <p>FG 36 (Kröger)</p> <p>FG 36 (Buda)</p>
--	--	--



	<p>Gesamtwert lag in der 7.KW bei 4,5% Trend bei Erwachsenen rückläufig, bei Kindern leichter Anstieg (von 10,6% auf 11,2%) Nicht wie Situation der Grippewelle der Vorjahre, aber derzeit über Niveau des letzten Jahres 2021 ARE-Konsultationen: Ambulanter Bereich: Höhepunkt der Arztbesuche in KW 5 durch ARE, Rückgang in KW7 In TH und MV Anstieg der Arztbesuche der Erwachsenen (durch COVID), alle anderen BL verzeichnen Rückgang Konsultationen geht in den BL insgesamt nach unten, in einigen BL (SA, HH, SH, BB) leichter Anstieg bei den Kindern Stabilisierung bzw. Rückgang der Fallzahlen ab KW 6/2022 bei ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose (450 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 EW) Rückgang der COVID-ARE-Inzidenz unter 80-Jährige, in AG 80+ deutlicher Anstieg SARI-Fallzahlen sind seit KW 2/2022 stabil geblieben, in AG 60+ deutet sich leichter Anstieg an COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz: kein weiterer Anstieg in KW7, leichter Anstieg in AG 80+ Verstorbene COVID-Sari Fälle: seitwärts Bewegung, Risiko in älterer AG höher, an COVID-Sari zu versterben Ausbrüche in Kindergärten: Höchstwerte im Januar Ausbrüche in Schulen: Anteile der Kinder wird geringer</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> Altersverteilung über alle Altersgruppen gleichmäßig verteilt Nachweis der Omikron Variante in 264 untersuchten Proben bei 100%, Omikron dominiert Geschehen Niedrige Aktivität der Influenza Viren, Nachweise bei 0-4-Jährigen, aber keine Grippewelle erkennbar SARS-CoV-2 zur Zeit das stärkste Virus im Sentinel alle endemischen Corona-Viren sind vertreten (229E am häufigsten datiert)</p> <p><b>Diskussion / Zusammenfassung</b> Zwar geringerer Schweregrad einer Erkrankung, aber dennoch besorgniserregende Zahlen der hohen Inzidenz der &gt;70Jährigen Frage, ob die Zurücklage der adjustierten Hospitalisierungsinzidenz mit 3 Tagen als solche mit Sternchen gekennzeichnet werden soll <i>Antwort:</i> Bleibt wie gehabt bestehen Frage nach Bericht zu Hospitalisierung und Todesfälle: wurde derzeit zurückgestellt, Hr. Hamouda ist im Gespräch mit Fr. Diercke, soll diese Woche beendet werden Frage des Präs nach ausreichender Informationslage zur Sequenzierung von BA.1 und BA.2 und daraus folgenden Maßnahmen zur Modellierung der Entwicklung für die BL. Ebenso wird die Bewertung der Pandemie durch den höheren</p>	<p>FG 17 (Dürrwald)</p>
--	--	-----------------------------



	<p>R-Wert schwieriger. Hr. Semmler bespricht, was für statistische Größen es für eine Modellierung braucht und verfasst Bericht.</p> <p>Frage nach einer Powerberechnung für eine Stichprobe, diese ist generell machbar. Der Rückgang an Einsendung und Sequenzierung von Proben kann mit der Auslastung der Kapazitäten der Labore zusammenhängen.</p> <p>Frage von Fr. Buda nach der direkten Konkurrenz von SARS-CoV-2 zu Rhinoviren unter gleichbleibenden Bedingungen bei 0-4-Jährigen Immunnativen Kindern. Dies kann nicht genau beantwortet werden, Sars-CoV-2 verfügt jedoch über Mechanismen, die bspw. Interferon Antworten unterwandert. Gute Arbeiten mit saisonalen Coronaviren sind in den 90ern entstanden, hier ggf. Hinweise.</p> <p>Thema prozentuale variantenspezifische PCR:  ! Relevanz des Instruments, um eine neue Subvariante/Variante zu erkennen, die eine Veränderung der Maßnahme erfordert, daher muss bei einer Sequenzierung der Anlass angegeben werden</p> <p>Frage nach Berücksichtigung der Reinfektion mit BA.2 im Wochenbericht: Reinfektion ist äußerst selten und nicht relevant, daher keinen Schwerpunkt</p> <p><b>ToDo:</b>  <i>Bericht zur Hospitalisierungsinzidenz soll diese Woche bitte beendet werden, im Anschluss ans BMG (Hr. Hamouda und Fr. Diercke).</i></p> <p><i>Mathematische Berechnung der Power der Einschätzung der VOCs um statistische (Hr. Semmler ggf. P4)</i></p> <p><i>Bitte von Hr. Semmler an Hr. Mielke, die richtige Angabe zum Anlass von Sequenzierung im AL-Meeting anzusprechen</i></p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i></p>	FG21



4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Anpassung der Änderung der Risikobewertung wurde von Präs an Minister geschickt, inhaltlich kein Änderungsvorschlag von Minister</p> <p>Kein Konsens zur Veröffentlichung, wird zwischen Präs und Minister am 24.02.2022 besprochen</p> <p>Voraussichtliche Ankündigung auf BPK und Veröffentlichung auf RKI Website am Freitag, 25.02.2022</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Vorbereitung Stellungnahmeverfahren der Vorbereitung auf Herbst/Winter</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>I. Analyse der benötigten Daten/Indikatoren</li> <li>II. Analyse der derzeit bestehenden Daten, Verbesserungen</li> <li>III. Bewertung der bestehenden Tools</li> <li>IV. Durchführung einer Lessons-learned</li> </ol> <p>! Alten/Pflegeheime in Stellungnahme mitansprechen</p>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! Aussendeaktion an KiTa und Schule mit Thema Schutzimpfung für Kinder und Jugendliche wurde am 22.02 durchgeführt</p> <p>! Der Erreger-Steckbrief liegt derzeit in der 1.Fassung vor, es wird um eine:n Ansprechpartner:in im RKI gebeten, zeitlich reicht Rückmeldung bis nächste Woche</p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BPK am Freitag 25.02. mit Präs, soll mit Tweet begleitet werden</li> <li>○ Unklar, ob Donnerstag oder Freitag Veröffentlichung der Risikobewertung. Sollte Donnerstag die Risikobewertung veröffentlicht werden, soll in Abstimmung mit dem BMG entschieden werden, ob Presse dies mit einem Tweet begleitet. Bei Veröffentlichung am Freitag würde Presse die BPK eh twittern. Präs spricht dies mit Minister am 24.2 ab.</li> <li>○ Nachfrage zum Tweet bzgl. Wochenbericht und ob die sinkenden Fallzahlen berücksichtigt werden sollen</li> </ul> <p><i>Antwort:</i> Tweet, dass trotz sinkender Inzidenz die Lage bei der älteren AG ernst ist, Hinweis auf STIKO-Empfehlung und AHA+L Regel. Bzgl. der Veröffentlichung der Risikobewertung und Tweet</p> <p><b>P1</b></p>	<p>BZgA (Rose)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>

	<p>Erstellung einer Risikoeinschätzung einer COVID-19-Infektion und Erkrankung Derzeit mit Hr. Mielke, Hr. von Kleist und Fr. Diercke abgestimmt, soll in ganze Runde geschickt werden</p> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Mitteilung Fr. Hanefeld: Information von Hr. Beyer, dass am 22.02 eine Vorlage zur EinreiseVO ins Kabinett gegangen ist, die bei Annahme eine Entlastung der Hochrisikogebiete des BMGs als Folge hätte</li> <li>! Anregung der Presse der Entfernung der Risikogebietsliste von der Seite des RKIs <i>Antwort Hanefeld:</i> da Vorlage schon im BMG vorliegt, ist eine zeitnahe Entfernung vermutlich unrealistisch</li> <li>! Hierzu Info: EinreiseVO und SchutzmaßnahmenVO weisen Differenzen auf</li> <li>! EU-Richtlinie legt fest, dass die Länder den Genesenenstatus über Antigennachweis akzeptieren können</li> </ul> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>BZgA fasst einen Erreger-Steckbrief und bittet um eine:n Ansprechpartner:in im RKI (Rexroth)</i></li> <li>○ <i>Weiterleitung der Risikoeinschätzung von P1 (Fr. Leuker) an Krisenstab</i></li> </ul>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Abteilung 3 soll Sprechpunkte für Fr. Teicherts Termin auf EU-Ebene zu möglichen Szenarien Herbst und mögliche Reaktionsmöglichkeiten vorbereiten</li> <li>○ Kurzbewertung SAGE-Szenario &amp; Vortrag Sprechpunkte sollen bis Freitag, 24.2 übermittelt werden</li> <li>○ Hamouda: ECDC hat Papier vorgestellt mit möglichen Szenarien/Möglichkeiten, kann als Unterstützung genommen werden</li> <li>○ Je nach Variante sind mögliche Szenarien schwer einschätzbar, wichtig bleibt die Botschaft auf Impfung und AHA+L</li> </ul> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Bitte um Zusendung der Ausarbeitung der SAGE-Szenarien von Hr. Schaade an Fr. Rexroth</i></li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erste Ergebnisse der Modellierung von FG 33 (Hr. Wichmann) könnten diese Woche vorliegen</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3 (Rexroth)</p>



<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur freitags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Freitag, 25.02.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:32 Uhr

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Freitag, 25.02.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG35	
!	Institutsleitung	○ Hendrik Wilking	
	○ Lars Schaade	!	FG36
	○ Lothar Wieler	○ Walter Haas	
!	Abt. 2	○ Stefan Kröger	
	○ Thomas Ziese	!	FG37
	○ Annette Mankertz	○ Tim Eckmanns	
!	Abt. 3	!	FG 38
	○ Osamah Hamouda	○ Maria an der Heiden	
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Ute Rexroth	
	○ Janna Seifried	○ Claudia Siffczyk	
!	ZIG	!	MF2
	○ Johanna Hanefeld	○ Torsten Semmler	
!	FG14	!	P1
	○ Melanie Brunke	○ Ines Lein	
!	FG17	!	Presse
	○ Djin-Ye Oh	○ Ronja Wenchel	
!	FG21	!	ZBS1
	○ Patrick Schmich	○ Andreas Nitsche	
	○ Wolfgang Scheida	!	ZBS7
!	FG31	○ Michaela Niebank	
	○ Göran Kirchner	!	ZIG1
!	FG 32	○ Romy Kerber	
	○ Michaela Diercke	○ Carlos Correa-Martinez	
	○ Justus Benzler	○ Mikheil Popkhadze	
!	FG 33	!	BZgA
	○ Ole Wichmann	○ Martin Dietrich	
!	FG34		
	○ Viviane Bremer		
	○ Andrea Sailer (Protokoll)		







<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. SurvNet übermittelt: 14.399.012 (+210.743), davon 122.371 (+226) Todesfälle</li> <li>12. 7-Tage-Inzidenz 1.259,5/100.000 Einw.</li> <li>13. Hospitalisierungsinzidenz: 6,28/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 12,83/100.000 EW</li> <li>14. Fälle auf ITS: 2.285 (-113)</li> <li>15. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,3%, Zweitimpfung 75,3%, Auffrischimpfungen 56,6%</li> <li>16. Trends             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückgang 7-Tage-Inzidenz, R-Wert unter 1, Hospitalisierungsinzidenz bleibt gleich, leichter Anstieg bei Todesfällen</li> </ol> </li> <li>17. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In den letzten Tagen Übermittlungsprobleme in Rheinland-Pfalz</li> <li>2. Gemischtes Bild, in den meisten BL Rückgang</li> </ol> </li> <li>18. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sehr viele LK mit sehr hohen Inzidenzen</li> <li>2. In den an Dänemark angrenzenden LK wieder Anstiege</li> </ol> </li> <li>19. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In allen AG Rückgang bzw. kein Anstieg bei 60-79 und 80+ Jährigen.</li> </ol> </li> <li>20. Wöchentliche Sterbefallzahlen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Derzeit keine Übersterblichkeit</li> </ol> </li> </ol> <p>Der Positivenanteil bei Tests bleibt gleich oder steigt. Wird zu wenig getestet? Wird von einem tatsächlichen Rückgang der Fallzahlen ausgegangen?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>21. Am besten von Inanspruchnahme von Testungen sprechen.</li> <li>22. Es sind unterschiedliche Entwicklung in LK und Altersgruppen zu sehen, d.h. lokale Entwicklungen können</li> </ol>	<p>Mankertz</p> <p>Hamouda</p>
---	--------------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Genesenzertifikat: Datum Probenahme, über Regeln festgelegter Gültigkeitsbeginn und -ende</li> <li>▪ Testzertifikat: Datum Probenahme, Art des Tests</li> <li>○ Genesenzertifikat auf Antigen-Schnelltest-Basis             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neu seit dieser Woche: für Länder optional, wenn nicht genug Kapazitäten für PCR Tests vorhanden.</li> <li>▪ Alle Länder müssen Zertifikate der anderen Länder anerkennen.</li> <li>▪ Art des Tests wird nicht angegeben, kann beim Zertifikat nicht unterschieden werden.</li> </ul> </li> <li>○ Regelbasierte Bewertung             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nach EU-Regelwerk: gültig oder ungültig</li> <li>▪ Neu: innerdeutsches G-Regelwerk: Ergebnis der Prüfung ist höchster erreichter G-Status. Wie mit technisch abgelaufenen Zertifikaten umgegangen wird, ist noch nicht klar.</li> </ul> </li> <li>○ Regelbasierte Zertifikatsausstellung: betroffene Systeme             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wallet-Apps, wie CWA, CovPass</li> <li>▪ Validation-Apps: CovPassCheck, ggf. Drittanbieter</li> <li>▪ Validation Services: Remote-Überprüfung online-hochgeladener Zertifikate, z.B. für Veranstalter</li> <li>▪ Bei Ausgebern (Impfzentren, Teststellen, Apotheken, Arztpraxen) durch Software unterstützt, Webportal, Leitfäden</li> <li>▪ Neu in 2 Wochen: halbautomatische Neuausstellung aus Wallet-Apps, nach Zustimmung perspektivisch auch für Genesenzertifikate und bei abgelaufener technischer Gültigkeit.</li> </ul> </li> <li>○ Problemfälle bei Impfzertifikaten             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Janssen 1/1: Unterscheidung Einmalimpfung oder Genesenenimpfung unklar, werden in D unterschiedlich bewertet</li> <li>▪ Beliebiger &lt;Impfstoff 2/1: Zweitimpfung nach Janssen oder nach Genesenenimpfung?</li> <li>▪ 2/2 (alte Kodierung) nach Genesenenimpfung: beide Zertifikate müssen vorliegen</li> <li>▪ 2/1 (neue Kodierung) nach Einmalimpfung Janssen: zählt als Auffrischimpfung, wenn das erste Zertifikat gelöscht wird.</li> </ul> </li> <li>○ Differenzierung bei Genesenzertifikaten             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ungeimpft genesen</li> <li>▪ Unvollständig geimpft und genesen</li> <li>▪ Vollständig geimpft und genesen</li> </ul> </li> <li>○ Wird die grundsätzliche Sinnhaftigkeit diskutiert? Vielerorts fallen Beschränkungen weg. Ergänzungen im Regelwerk spielen im Moment keine so große Rolle mehr.             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Das könnte sich im Herbst wieder ändern. Im Moment gelten die Regeln noch.</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Science-Blog: Wie viele Menschen nutzen die CWA "aktiv"?</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p>	<p>Hamouda</p> <p>FG31 (Kirchner)</p>
--	--	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aktiv Nutzende                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ „Im eigentlichen Sinn“: Abruf eines Testergebnisses, Warnung Anderer, Risikoermittlung</li> <li>▪ „Im erweiterten Sinn“: Nutzung für Zertifikate</li> <li>▪ „Potentiell“: noch installiert</li> </ul> </li> <li>○ Aktiv Nutzende - Warnende                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie viele Personen warnen und wie hoch ist die Zahl der Neuinfektionen: Schätzung von 29,7 Mio. Nutzenden</li> </ul> </li> <li>○ Aktiv Nutzende – CWA-Datenspende                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Datenspendende in Bezug zum Spenderanteil, ähnliche Schätzung: 29,4 Mio. Nutzende</li> </ul> </li> <li>○ Aktiv Nutzende - Heuristik                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wechsel des Smartphones nach ca. 2,6 Jahren, 1,7 Jahre CWA-Betrieb ergibt 39,3% Neuinstallationen, davon 2/3 Neu-Accounts: Schätzung von 28,3 Mio. Nutzenden</li> </ul> </li> <li>○ Aktiv Nutzende – Google Play / Apple App Store                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Google monatlich: 13,8 Mio.</li> <li>▪ Apple monatlich: 11,7 Mio.</li> <li>▪ Insg. 25,5 Mio. Nutzenden, keine Berücksichtigung der Funktionalität.</li> </ul> </li> <li>○ Aktiv Nutzende – CWA-Backend-Daten                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ File-Downloads innerhalb 46 Tagen: 24,9 Mio. aktiv Nutzende</li> </ul> </li> <li>○ Aktiv Nutzende – Übersicht                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ca. 35% der Bevölkerung und knapp die Hälfte der Zielgruppe nutzt die App aktiv.</li> </ul> </li> <li>○ Check-In Funktionalität wird zunehmend genutzt.</li> <li>○ Wird nächste Woche im Blog erscheinen. Ging durch viele Abstimmungsrunden mit dem BMG.</li> </ul> <p>! Jetzt sollte die strategische Ausrichtung und die Möglichkeit der Weiternutzung als Vorbereitung für den Herbst überlegt werden. Ergebnisoffene Diskussion, was ist sinnvoll und was kann geleistet werden. Die App im Herbst wieder zu beleben ist schwierig.</p> <p>! Backend-Daten: Gehen die Befunde von Laboren direkt an die Handys der Benutzer?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testergebnisse werden anonym ins Backend eingestellt. Die Apps schauen regelmäßig nach, ob ein Ergebnis da ist.</li> </ul> <p>! Zu Beginn der Pandemie wäre die CWA am sinnvollsten gewesen, wenn sie die GA hätte unterstützen können. Wie kann die Zusammenarbeit der App mit den GA verbessert werden?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Basiert auf individueller Information für Individuum.</li> <li>○ Es wurde in Gesprächen mit GA über Use Cases nachgedacht. Durch Überlastung der GA kaum Weiterentwicklung in diese Richtung.</li> <li>○ Ein wurden ein paar Features entwickelt, z.B. Kontakttagebuch auslesen und dem GA zu Verfügung stellen oder die Stellvertreterwarnung, d.h. bei Events Code anfordern und stellvertretende CWA-Nutzer warnen. Diese wurden von den GA kaum genutzt.</li> <li>○ Wie kann die Information über unerkannte Kontakte ans GA</li> </ul>	<p>Schmich</p> <p>Haas</p>
--	--	----------------------------

	<p>weitergeleitet werden? Müsste dann obligatorisch und personenbezogen sein. Schwierig, personenbezogene Daten wirken sich neg. auf Akzeptanz der App aus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele derjenigen, die durch die App gewarnt wurden, wären aus Kapazitätsgründen nie vom GA gewarnt worden. Was wäre die Alternative zur App, wenn die GA es nicht schaffen alle zu warnen?</li> <li>○ Konzept und Pilotstudie wären sinnvoll. Projekt über mehrere Jahre, vielleicht als Pandemievorbereitung.</li> <li>○ Bei Kommunikation mit GA sollte immer DEMIS mitgedacht werden.</li> </ul> <p>! Apple hat Frist bis September eingeräumt, bis dahin können Zertifikate zusammen mit Risikoeinschätzung in einer App betrieben werden. Idee, in Zukunft nicht mehr auf Google und Apple zurückzugreifen.</p> <p>! Wenn keine neue, sehr virulente Variante kommt, wird das Kontaktpersonenmanagement außerhalb von Risikoseettings eingestellt werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ist dann nicht die Warnung besonders sinnvoll?</li> </ul> <p>! Keine extra Ressourcen für CWA, 2 MA aus Abt. 3 sind zurzeit dauerhaft für CWA abgestellt. Wenn Ausbau geplant ist, kann dies nicht aus Hausmitteln bestritten werden.</p> <p>! Es sollte viel stärker thematisiert werden, von welchen Daueraufgaben sich das RKI in Hinblick auf den Strategiewechsel trennen kann.</p> <p>! Kosten für Betrieb: viele Millionen</p> <p>! Perspektivisch wird es keine Quarantäne von Kontaktpersonen mehr geben, eine Warnung wird nicht mehr nötig sein. Anlass für CWA fällt weg.</p> <p>! Es wird ein neues Infektionsschutzgesetz geschrieben werden, nach dem Vorbild des Schweizer Epidemiengesetzes. Festlegung von Maßnahmen, die zu bestimmten Situation aktiviert werden können. Hier klare Haltung zu einer App wie CWA.</p>	<p>Diercke</p> <p>Rexroth</p> <p>Wieler</p>
<p>4</p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Entscheidung des BMG bezüglich Nicht-Veröffentlichung (Vorschlag <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Reduzierung des Risikos von sehr hoch auf hoch wurde vom BMG abgelehnt. Text der Risikobewertung ist nicht mehr auf aktuellem Stand.</li> <li>○ Vorschlag: Risikobewertung auf sehr hoch belassen und Text der überarbeiteten Risikobewertung verwenden.</li> <li>○ Im Text sind weitere Anpassungen nötig, damit nicht inkonsistent zur Risikobewertung.</li> <li>○ Argument ist höhere Übertragbarkeit von BA.2 und noch wenige Erkenntnisse zu den Auswirkungen der zunehmenden Verbreitung von BA.2.</li> <li>○ Rückfrage, ob die inhaltlichen Anpassungen die Einschätzung des RKI bez. der Unsicherheit des Verlaufs in den nächsten Wochen widerspiegeln? In diesem Fall sollte dies konkret im Text ergänzt werden. Da es sich bei der Risikobewertung um die fachliche Einschätzung des RKI handelt.</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Haas</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Text ist veraltet. „Hoch“ wurde vom BMG verwehrt.</li> <li>○ Weitere Option, Risikobewertung von der Webseite zu nehmen, wäre sehr eskalierend.</li> <li>○ Weitere Möglichkeit wäre, Risikobewertung nicht zu überarbeiten und nicht mehr darauf zu verweisen.</li> <li>○ Veraltete Version auf Webseite fällt negativ auf uns zurück. Aktualisierung des Textes und nicht dazu twittern ist besser.</li> </ul> <p><i>ToDo: Überarbeitung, wie besprochen mit Hinweis auf BA.2 (Entwicklung noch schwer einzuschätzen)</i></p>	<p>Wieler Rexroth</p> <p>Wenchel</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>) ! (nicht berichtet)</p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schul- und Kitapaket versendet</li> <li>! Infoblatt zu Pflege- und Gesundheitsberufen mit Impfstoffübersicht vorbereitet, in fachlicher Abstimmung mit RKI</li> <li>! Novavax hat noch keine Zulassung als booster. Befürchtung im Steuerungskreis, dass dies den Anreiz für Impfvorsichtige verringert.</li> <li>○ STIKO: Bei Kontraindikationen kann damit geboostert werden, STIKO erstellt FAQ hierzu. -&gt; Infoblatt soll vom RKI kritisch geprüft werden.</li> <li>○ Novavax ist noch nicht fürs boostern zugelassen, bei Unverträglichkeit aber möglich.</li> <li>○ Punkt für Steuerungskreis heute Nachmittag</li> <li>! Handreichung zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht ist in Abstimmung.</li> <li>! „Impfen hilft“ Kampagne wird vorangetrieben.</li> <li>! Regionale und lokale Aktionen für spezielle Zielgruppen werden mit Informationsangeboten unterstützt.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wenig Presseanfragen, COVID ist im Zuge der Ukraine Krise in der Aufmerksamkeit nach unten gerückt.</li> <li>! Risikobewertung wird nach Überarbeitung auf der Webseite in der Spalte mit aktualisierten Dokumenten erscheinen.</li> </ul>	<p>BZgA (Dietrich)</p> <p>Wichmann</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>

	<p><b>Wissenschaftskommunikation</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <p>! Gründe für Bericht zur Einstellung der Testzahlerfassung?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Großer Aufwand ohne zusätzliche Mittel, war von Anfang an als Übergang gedacht.</li> <li>○ Positivenanteil unterscheidet sich nur minimal von ARS-Daten.</li> <li>○ Vorschlag ans BMG §7.4 zu reinstallieren, dann könnte ein Großteil der Abfrage über DEMIS aktualisiert werden, mit deutlich geringerem Aufwand und größerer Vollständigkeit.</li> <li>○ Testkapazitäten könnten weiter abgefragt werden, die Frage ist wie oft das erforderlich wäre.</li> <li>○ Gründe als Stichpunkte voranstellen, als Fortschritt der Digitalisierung beschreiben.</li> </ul> <p>! Diskrepanz der Isolationszeit von Bewohnern und Beschäftigten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grafik wurde angepasst, parallel Erläuterungstext mitangepasst -&gt; Vorabstimmung mit Fr. <b>Ma??</b>, dann an AGI</li> </ul> <p>! Evaluation von Testungen in Einrichtungen als Vorbereitung auf den Herbst 2022 wurde auf Montag verschoben.</p>	<p>Alle</p> <p>Hamouda</p> <p>Seifried</p> <p>Wieler</p> <p>Niebank</p>
8	<p><b>Dokumente (nur freitags)</b></p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle
9	<p><b>Update Impfen (nur freitags)</b></p> <p>! Gestern Daten aus UK: unter Omikron 80% Schutz vor Hospitalisierung, 95% Schutz vor Mortalität; kein Unterschied bei Wirksamkeit der Impfung zwischen BA.1 und BA.2.</p> <p>! Publikation der BKK Provita auf Basis von Abrechnungsdaten: deutlich mehr Impfnebenwirkungen, Interview in der Welt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BMG will Pressemitteilung dazu machen.</li> <li>○ BKK Dachverband hat sich davon distanziert.</li> </ul>	FG33 (Wichmann)
10	<p><b>Labordiagnostik (nur freitags)</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 637 Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 168 SARS-CoV-2</li> <li>○ 91 Rhinovirus</li> </ul>	FG17 (Oh)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 16 Influenzavirus</li> <li>○ 56 saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>○ ?? Parainfluenzavirus</li> <li>○ ?? Metapneumovirus</li> <li>○ ?? RSV</li> </ul> <p><b>ZBS1</b> ! einige Isolate von BA.1 und BA.2</p>	ZBS1 (Nitsche)
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	
<b>13</b>	<b>Surveillance (nur freitags)</b> ! (nicht berichtet)	FG32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b></p> <p>! Internationale Kommunikation (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2020-2022 gingen im Schnitt ca. 350 Aktivitäten/Woche ein.</li> <li>○ Ende 2. KW Depriorisierung der int. KoNa, seitdem wurde weniger depriorisiert.</li> <li>○ 66% der Aktivitäten aus dem Ausland, davon 74% aus Österreich, 9% aus Polen, 5% aus der Schweiz.</li> </ul> <p>! Plan für weitere Reduktion: Anfrage an Länder, ob noch Interesse besteht, Fälle zu teilen und Informationen zu erhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Außer bei besonderen Varianten sagen alle, die sich bisher zurückgemeldet haben, dass sie die Information nicht mehr erhalten möchten.</li> </ul>	FG38 (an der Heiden)
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b> ! Erinnerung an Zwischenbericht	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 28.02.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:09 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 28.02.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- |                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| ! Institutsleitung                | ○ Michaela Diercke    |
| ○ Lothar H. Wieler                | ! FG33                |
| ○ Lars Schaade                    | ○ Justus Benzler      |
| ○ Esther-Maria Antão              | ! FG35                |
| ! Abt. 1                          | ○ Thomas Harder       |
| ○ Martin Mielke                   | ! FG36                |
| ! Abt. 3                          | ○ Christina Frank     |
| ○ Osamah Hamouda                  | ○ Walter Haas         |
| ○ Tanja Jung-Sendzik              | ! FG37                |
| ○ Janna Seifried                  | ○ Stefan Kröger       |
| ! FG11                            | ○ Tim Eckmanns        |
| ○ Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | ! FG38                |
| ! FG14                            | ○ Ute Rexroth         |
| ○ Mardjan Arvand                  | ○ Maria an der Heiden |
| ○ Melanie Brunke                  | ! MF2                 |
| ! FG21                            | ○ Torsten Semmler     |
| ○ Patrick Schmich                 | ! Presse              |
| ○ Wolfgang Scheida                | ○ Susanne Glasmacher  |
| ! FG23                            | ○ Ronja Wenchel       |
| ○ Robin Houben                    | ! ZIG                 |
| ! FG32                            | ○ Johanna Hanefeld    |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur freitags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p>ToDo:</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 14.745.107            (+62.349), davon 122.702 (+24) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 1238,2/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.441.127 (76,3%),            mit vollständiger Impfung 62.694.875 (75,4%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Sachsen-Anhalt, Thüringen, Schleswig-Holstein: steigend            u.a. Hamburg und Bremen: sinkend            insgesamt sinkender Trend            ¾ der LK haben 7d- Inzidenz &gt;1000/100000 Einw.            aktueller Spitzenreiter: LK Börde in Sachsen-Anhalt            Inzidenz in AG 5-14-Jähriger stark sinkend</p> <p>Frage: Wie ist die Durchseuchungsrate bei Kindern?            Antwort: Im Meldesystem sind ca. 500.000 0-4-Jährige und ca.            2,3 Mio. 5-14-Jährige verzeichnet. Eine lokale Studie hat einen            Durchseuchungsanteil von ca. 30% ermittelt. Es wurde aber            von einzelnen Krisenstabsmitgliedern eine höhere            Dunkelziffer vermutet.</p> <p><b>ToDo 1 (optional): Die Durchseuchungsrate von Kindern            anhand von Seroprävalenz Studien beantworten (Frau            Neuhauser, FG25).</b>            Hinweis von Protokollantin: Auftrag wurde nicht klar als ToDo            formuliert, sondern eher als „nice-to-have“, da Präs mit dieser            Frage rechnet.            Testkapazität und Testungen <b>(nur mittwochs)</b>            (nicht berichtet)            ARS-Daten            (nicht berichtet)            VOC-Bericht            (nicht berichtet)            Molekulare Surveillance (nur mittwochs)            (nicht berichtet)            Syndromische Surveillance <b>(nur mittwochs)</b>            (nicht berichtet)            Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten <b>(nur            mittwochs)</b>            (nicht berichtet)            Zahlen zum DIVI-Intensivregister <b>(nur mittwochs)</b>            (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	Modellierungen ( <i>nur freitags</i> ) (nicht berichtet)	
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>! Update zu Ukraine:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Koordinierungsstelle FG38 mit Einbindung von ZIG 3</li> <li>○ Aufgaben: Bericht zu Aktivitäten an das BMG</li> <li>○ Lage-AG zukünftig freitags statt Krisenstabssitzung</li> <li>○ Krisenstabssitzung zukünftig montags und mittwochs. Freitagsagenda so weit wie möglich auf Montag verschieben und ggf. noch auf Mittwoch</li> </ul> <p><i>ToDo 2: Krisenstabssitzungen ab jetzt auf montags statt freitags umstellen (Mittwochstermin bleibt) und Agenda anpassen (Lagezentrum)</i></p>	Schaade
3	<b>Update digitale Projekte</b> ( <i>nur freitags</i> )	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>nicht besprochen</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung</i>)</p> <p>Präs berichtet, dass er dem Beirat vorschlagen möchte, eine Stellungnahme zu Alten- und Pflegeheimen zu erstellen und er die Federführung übernehmen möchte. RKI intern soll FG37 einbezogen werden. Frist in Abstimmung mit FG37: 4 Wochen.</p>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b> Nach Abstimmung im Krisenstab wird am kommenden Montag die Info herausgegeben, dass am Dienstag aufgrund des Berliner Feiertags kein Bericht veröffentlicht wird und auf das Dashboard verwiesen.</p> <p><b>P1</b> (nicht berichtet)</p> <p><i>ToDo 3: Info ans BMG, dass am 8.3.2022 das Lagezentrum besetzt sein wird (da Feiertag nur in Berlin), aber keine</i></p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>



	Berichte herausgegeben werden (Rexroth)	
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Künftige Nutzung der CWA (Fortsetzung der Diskussion vom Freitag); Zusammenfassung pro und Contra.</p> <p>Pro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gutes Tool für die Deeskalation, da nach Beendigung der Maßnahmen von behördlichem Contact Tracing der Bürger ermächtigt wird, seine Kontakte selber zu verwalten und zu benachrichtigen</li> <li>➤ Großer Pool von Usern (stärkt Sichtbarkeit und Vertrauen in RKI)</li> <li>➤ Hohes Ansehen im Ausland</li> <li>➤ Epidemische Lage im Herbst/ Winter nicht absehbar und Tool könnte dann dringend benötigt werden</li> <li>➤ Aktuelles Review (<b>bitte Referenz einfügen</b>) zeigt, dass elektronisch unterstütztes Contact Tracing wahrscheinlich am effektivsten ist, daher gute Unterstützung für Gesundheitsämter</li> <li>➤ Möglichkeit der funktionellen Erweiterung, z.B. nach den Wünschen der Gesundheitsämter</li> </ul> <p>! Contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bindet viel Personal (5 Personen), die aus RKI eigenen Mitteln finanziert werden müssen und woanders fehlen (z.B. Entwicklung von DEMIS)</li> <li>! Aktuell keine Akzeptanz bei Gesundheitsämtern. Sie wünschen sich Einführung von DEMIS</li> <li>! Nutzen ist nicht belegt (Hinweis: o.g. Review konnte ebenfalls keine eindeutige Effektivität von klassischem Contact Tracing im Falle einer Community Transmission belegen)</li> </ul> <p>Unklar, ob ENF-Schnittstelle von Apple und Google weiterhin unterstützt wird</p> <p>Es wurde keine abschließende Entscheidung getroffen, sondern die Diskussion wird in kleinerem Kreis fortgesetzt.</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>ID 5133 (BMG Erlass): Evaluation von Testungen in Einrichtungen als Vorbereitung auf den Herbst 2022 (Deadline: 15.5.2022)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wurde entschieden, folgende Fachgebiete/Personen (jeweils benötigte Expertise in Klammern) miteinzubeziehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ FG 37 (Alten- und Pflegeheime),</li> <li>➤ FG 32 (Surveillance),</li> <li>➤ FG 36 (Epidemiologie von Schul- und Kitaausbrüchen),</li> <li>➤ Frau Seifried (Testungen in Schulen + Kommunikation mit Bundesländern zwecks Anforderung von lokalen Daten zu Testungen),</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>





Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur freitags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur freitags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> zusätzliche Lage-AG zur Ukraine am Montag, den 7.3.2022 (morgens)	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.03.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 14:15 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 02.03.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Thomas Harder
- ! FG34
  - Viviane Bremer
- ! FG35
  - Hendrik Wilking
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! FG38
  - Ute Rexroth
  - Petra v. Berenberg  
(Protokoll)
- ! MF2
  - Torsten Semmler
  - Stephan Fuchs
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! BZgA
  - Andrea Rückle







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur freitags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Fallzahlen, Todesfälle, Trend,  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 15.053.624  (+186.406), davon 123.238 (+301) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 1.171,9/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.452.3470 (76,3%),  mit vollständiger Impfung 62.717.992(75,4%), mit  Auffrischimpfung 47.367.046 (57%)  Rückgang der 7-Tage-Inzidenz setzt sich fort  Hospitalisierungsinzidenz stabil  Anzahl Verstorbener stabil i. Vgl. zur Vorwoche  Intensivregister: kaum Veränderung  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Unverändert uneinheitliches Bild: einige BL mit Rückgang,  einige mit Plateau  Geographische Verteilung der 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis  Anzahl der LK &gt;100/100.000 Einw. geht geringfügig zurück  Mehr als 1/3 aller LK mit weiterhin sehr hohen Inzidenzen  Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche (Heatmap)  Rückgang der wöchentlichen Gesamtinzidenz um &lt; 10%  Weiterhin leichter Anstieg bei den älteren AG  Rückgang in den anderen AG, vor allem bei Kindern (nach  vorausgehenden höchsten Inzidenzen in dieser Gruppe)  Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppen  Anstieg in der AG der &gt;60jährigen flacht etwas ab  COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche  Seit KW 5 Anstieg, Zahlen für KW 8 noch unvollständig  Spiegeln aber insgesamt nicht den Anstieg der Fallzahlen</p> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  DIVI-Intensivregister:  Plateaubewegung auf ITS: aktuell 2.205 Personen in  Behandlung auf ITS  Plateau bei Neuaufnahmen/Tag  Plateau bei Verstorbenen/Tag  Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl  betreibbarer ITS-Betten  Rückgang in HB, HH, Plateau in NS und SH  Anstieg in SN und TH, leichter Rückgang in HE  Plateau in BW und SL, Anstieg in BY  Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad  Leichter Rückgang bei Beatmungen, Anteil mit unbekannter  Behandlung (ohne Beatmung) gleichbleibend bei 28%</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>

	<p>Plateau bei der Einschätzung der Verfügbarkeit  Plateau bei den Hauptgründen für Betriebseinschränkung  (weiterhin Personalmangel und Raummangel)  Lage an Universitätskliniken ist angespannter als in der  Regelversorgung  Altersgruppen  Anstieg der 70-79Jährigen und der &gt;80Jährigen bei der  Belegung,  Rückgang bei 0-17 und 18-59Jährigen  Prozentualer Anteil: enorme Verschiebung zu Älteren,  &gt;60Jährige jetzt bei 72%  SPoCK: Prognosen  Für alle Kleeblätter ist ein Plateau, vereinzelt ein leichter  Rückgang prognostiziert</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b>  Folien <a href="#">hier</a>  GrippeWeb  ARE-Rate in KW 8 relativ stabil: 4,8 %  Leichter Rückgang bei Kindern, insgesamt stabil, Niveau  deutlich niedriger als zu vorpandemischen Grippewelle-Zeiten  aber höher als im Vorjahr  Leichter Anstieg (insbesondere &gt;35Jährige) bei Erwachsenen  ARE-Konsultationen: weiterhin Rückgang in allen  Altersgruppen und in allen Bundesländern  ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose: Robuster Rückgang  in den AG bis 59 Jahre, Plateau bei den &gt;60Jährigen  ICOSARI-KH-Surveillance  Insgesamt erfreulich niedrige Anzahl (wie Vorjahr) von SARI-  Fällen, Anstieg nur bei &gt;80Jährigen  Entspannung bei 0-4Jährigen (Anteil mit COVID-Diagnosen  hier 6%)  Rückgang auch in den andern AG außer bei &gt;80Jährigen, (hier  Plateau), hohe Anteile mit COVID-Diagnose  Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI  Meldedaten lagen insgesamt über den ICOSARI-Daten  Stabilisierung der KH-Aufnahmen: 4800 Neuaufnahmen in KW  8  Rückgang bei den 0-4Jährigen, Stabilisierung in den AG bis 80  Jahre, hier Übererfassung bei Meldedaten  leichter Anstieg bei den &gt;80Jährigen setzt sich fort, hier  Meldedaten und SARI-System auf gleichem Niveau  Intensivbehandlung SARI-Fälle: bezüglich Neuaufnahmen im  Vgl. zu den vorherigen Wintern keine nennenswerte Belastung  (bei langer Behandlungsdauer erhöht sich die Belastung)  Vergleich Winter 2020/21 und 2021/22: COVID-SARI-Fälle in  Intensivbehandlung und verstorbene COVID-SARI-Fälle auf  stabilem Niveau, bei &gt;80Jährigen deutet sich (COVID-SARI-  Fälle gesamt und verstorben) leichter Anstieg an  Ausbrüche in Kindergärten und Schulen: seit Ende 1/2022  robuster Rückgang, Anteil Erwachsener an Ausbrüchen nimmt  zu, Anteil der Kinder nimmt ab</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p>	<p>FG 36  (Buda)</p>
--	---	--------------------------



	<p>108 Proben aus 49 Arztpraxen                  Positivenanteil 59%                  0-4Jährige: 26%, danach 5-15 und &gt;60Jährige am häufigsten                  Omikron bei 100 %, BA.2 in KW 7 &gt; 51%                  Influenzanachweise rückläufig                  β-Coronaviren: SARS-CoV-2 dominiert, 229E rückläufig,                  erstmals kein Nachweis von OC43, kein Nachweis NL63,                  leichte Hintergrundaktivität von HKU1                  Sonstige Atemwegsviren: Rhinoviren dominieren, gefolgt von                  HMPV, vereinzelt RSV, wenig Parainfluenza</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b>                  Folien <a href="#">hier</a>                  Rückgang der Anzahl der Testungen um 25%                  Positivenanteil bei 45%                  Laborkapazitäten ausreichend in allen Bundesländern</p> <p><b>SARS in ARS</b>                  Rückgang der Testanzahl bei steigendem Positivenanteil,                  Niveau liegt noch über dem Vorjahr                  SN, ST, SH, TH, MV kein Rückgang, hier Plateau                  Anteil positiver Testungen in fast allen BL gleichbleibend, RP                  Anstieg (60% in Arztpraxen)                  Altersgruppen in Bundesländern: Rückgang der Anzahl der                  Testungen in BW, BY, RP, Anteil positiver Testungen steigt in                  BY und RP                  Es sollte mehr getestet werden, ggf. Aufforderung                  Testorte: Rückgang vor allem an anderen Orten (Testzentren),                  in Praxen geringerer Rückgang, in KH stabil                  Testanzahl/100.000 Einw.: deutlicher Rückgang bei 0-4 und 5-                  14Jährigen                  Positivenanteil steigt bei 0-4 und &gt;80Jährigen                  Inzidenz der positiven Testungen steigt bei &gt;80Jährigen                  Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen: 517 aktive Ausbrüche                  (steigende Tendenz), 156 Todesfälle (Vorwoche 182), kann                  noch steigen                  Zusammenfassung: In den BL sollte mehr getestet werden. Im                  Bereich der älteren AG sollte mit Vorsicht geöffnet werden</p> <p><b>VOC-Bericht</b>                  Folien <a href="#">hier</a>                  Omikron mit Anteil von 100% in Stichprobe der                  Genomsequenzierung, davon BA.1 61,9%, BA.2 37,5%,                  weiterhin kein Nachweis von BA.3                  IfSG-Daten: Anzahl der variantenspezifischen PCR-Testungen                  stark rückläufig um 60% von KW 6 zu KW 7, für einzelne BL                  im einstelligen Bereich, Daten sind dadurch nicht                  repräsentativ, große Änderungen durch kleine Schwankungen                  Ebenfalls starker Rückgang bei Testzahlerfassung, von 1076                  auf 560, genomische Surveillance ist deshalb zuverlässiger</p> <p><b>Recombinant mutation profiles in pango-designation                  issues</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Es wurde mehrfach von Rekombinanten aus Delta und                  Omikron berichtet</p>	<p>FG 17                  (Dürrwald)</p> <p>Abt. 3                  (Hamouda)</p> <p>FG37                  (Eckmanns)</p> <p>FG 36                  (Kröger)</p>
--	--	--

	<p>Suche ergab: eine Sequenz (Eingang 26.02. 2022) zeigt Eigenschaften von Delta und Omikron  Eine Mischinfektion ist nicht ganz ausgeschlossen, das Bild aber nicht typisch dafür  Phylogenetischer Baum: Die Rekombinante ist isoliert  Bisher starke Hinweise aber kein sicherer Nachweis, Rohdaten sind angefordert, PH-Relevanz ist unbekannt  Hinweis Kröger: Ist sehr sinnvoll, danach zu suchen, da Thema schon in der Presse aufgegriffen wurde, Zahl der Übermittlungen sollte deshalb nicht weiter sinken</p> <p><i>ToDo: Berechnung der Power (der Einschätzung der VOCs?)  (Hr. Semmler, ggf. P4)</i></p> <p><i>(Konnte bis zur heutigen Krisenstabssitzung nicht fertig gestellt werden)</i></p> <p><i>Hinweis Präs Wieler (Chat): Powerberechnung ist wichtig, speziell für den Expertenrat</i></p> <p><b>Diskussion</b>  Hinweis: Hoher Positivenanteil entsteht durch häufig vorgeschalteten Antigentest  Auf der Internetseite des BMG steht, dass Antigentest Voraussetzung für den Anspruch auf PCR ist, wurde zwar von KV richtiggestellt und wird vermutlich in Arztpraxen korrekt gehandhabt, wirkt möglicherweise trotzdem  Durch Umstellung auf AG-Test bei roter CWA-Warnkachel wurden 350.000 PCR-Tests eingespart  In NW werden positive Pools nur noch mit Antigentest aufgelöst  Frage: Sollte im Wochenbericht dazu Stellung genommen werden?  Einwand: Es könnte zu der Unterstellung führen, dass die RKI-Inzidenzen nicht korrekt und die Lageeinschätzung nicht belastbar sind, unterschiedliche Entwicklungen regional und in versch. AG sind aber nach wie vor zu sehen  Sollte nicht thematisiert werden, es sollte nicht von einem Wechsel der Teststrategie gesprochen werden, sondern von einem veränderten Inanspruchnahmeverhalten  Sollte nicht thematisiert werden und aus der Zusammenfassung zu Beginn des Wochenbericht sollte die Positivenrate entfernt werden, spielt keine so große Rolle mehr  Zustimmung: sollte nicht thematisiert werden, Beispiel HH zeigt deutlichen Rückgang der Testhäufigkeit und deutlichen Anstieg der Positivenrate, die damit an Aussagekraft für das Infektionsgeschehen verliert, dieser Prozess sollte aber weiter beobachtet werden  Hinweis: Testverordnung wird angepasst werden, die Teststrategie stärker auf vulnerable Gruppen ausgerichtet, April/Mai werden Bürgertestungen weiter relativiert werden, es ist wichtig, in den Empfehlungen kongruent zu bleiben und</p>	<p>FG 36 (Fuchs)</p> <p>Kröger/Semmler</p> <p>Alle</p>
--	--	--



	<p>alle Aspekte im Blick zu behalten                  Zwei Fragen: a) Weshalb so rascher Rückgänge der Infektionen in manchen Regionen? b) Liegen Erfahrungen vor, welche Belastung für eine Kommune entsteht durch eine Inzidenz von bspw. 3000/100.000Einw.?                  Zu a) In Ballungsräumen sind die Ausprägungen in Form starker Anstiege und rascher Rückgänge deutlicher                  Zu b) Belastung hängt von verschiedenen Faktoren ab: betroffene Altersgruppen, Art von Ausbrüchen (vulnerables Setting mit zahlreichen Kontakten oder Einzelperson, mit wenigen Kontakten), lokale Ressourcen, daher keine pauschale Aussage möglich                  Hinweis: Anruf aus MV, dort noch hohe Belastung der GÄ, zudem wird Bundeswehr abgezogen                  Hinweis: bei hoher Gesamtinzidenz kommt Omikron nun auch in den Alten- und Pflegeheimen an, Darstellung nach BL stratifiziert ist geplant</p>	
2	<p><b>Internationales</b> <i>(nur freitags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur freitags)</i>                  (nicht berichtet)</p>	FG21
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>                  (kein Anpassungsbedarf)</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mont. Vorbereitung, mittw. Nachbereitung)</i>                  Sitzung wurde von Dienstag, 01.03.2022 auf heute, 02.03.2022 verschoben</p>	Präs
6	<p><b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>                  Pflegemerklblatt wird intensiv bearbeitet                  Impfschema wird überarbeitet                  Pressemitteilung zur Veröffentlichung mit Deutschem Pflegerat ist geplant                  Facebook: Großteil der Denkkarten bereits vom RKI veröffentlicht (bitte ggf. korrigieren)                  Es stellt sich die Frage, welche Materialien ins Ukrainische übersetzt werden sollen, ein erstes Paket hierfür wurde zusammengestellt                  Frage: Welche Informationen liegen zum Impfstatus (COVID-19 und andere Impfungen) der ukrainischen Bevölkerung vor?                  Initiativbericht Bericht dazu (mit INIG und ZIG2) ist in Arbeit                  Bisher wurden keine externen Partner in die Lage-AG zur Ukraine eingeladen  <i>ToDo: Nach Rücksprache mit INIG (die Daten aus nichtöffentlichen</i></p>	BZgA (Rückle)

	<p>Quellen nutzt), entsprechende/freigegebene Berichtsteile an BzGA übermitteln</p> <p><i>ToDo: Einladung an BzGA zur jeweils am Freitag stattfindenden Lag-AG-Sitzung zur Ukraine</i></p> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BPK: Frequenz jetzt 14-tägig, nächster Termin erst nächste Woche</li> <li>○ Frage: Thema für Begleit-Twitter zum Wochenbericht? BA.2?</li> <li>○ Zur Schwere der Erkrankung durch BA.2 bisher zwar noch kein Hinweis auf Unterschied zu Ba.1, jedoch keine eindeutigen Daten dazu, Maßnahmeneffekte sind schwer von Varianteneffekten zu trennen</li> <li>○ Themenvorschläge: Aufgabe der Risikogebiete, Aufnahme von Geflüchteten?</li> <li>○ Sollte jetzt schon auf stagnierenden Rückgang der Fallzahlen und tendenziell steigende Todesfallzahlen hingewiesen werden, um zu vermeiden, dass dies später in Zusammenhang mit der Aufnahme von Geflüchteten gebracht wird?</li> <li>○ Vorschlag: Twitter zur guten Impfeffektivität gegen schwere Erkrankung, Hospitalisierung, Intensivbehandlung) in Verbindung mit der Aufforderung, sich impfen zu lassen</li> <li>○ Hinweis: Anteil der Geboosterten bei Neuaufnahmen auf ITS steigt derzeit stark an</li> <li>○ Deshalb soll nur die Impfeffektivität im Focus stehen (da die Anteile schwer zu interpretieren sind und sich mit den Anteilen in der Bevölkerung ändern)</li> </ul> <p><b>P1</b></p> <p>Gesprächskarten zum Impfen sind erstellt (mit Impfakzeptanz und Univ. Erfurt) und werden in drei Threads (01./02./03. März) getwittert</p>	<p>FG 38 Rexroth</p> <p>LZ</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht besprochen)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bericht aus der AGI, gute Diskussion mit Fr. Korr und den Ländern</li> <li>○ Aus BL wurde Abschaffung bzw. Reduzierung von Bürgertests vorgeschlagen, Anlässe für Bürgertests sind aber eng verknüpft mit Privilegien im Zusammenhang mit 3-G-Regeln</li> <li>○ Hinweis: MPK-Beschluss vom 16.02. sieht einen Wegfall dieser Regeln ab 20.03.2022 vor</li> <li>○ Es ist unklar, welche Maßnahmen/Beschränkungen/Regeln davon betroffen sind</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt1 (Mielke)</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ SchAusnahmV und EinreiseVO fallen zum Stichtag nicht weg, beziehen sich auf Abschnitt 5 des IfSG, auch Betretungsverbote und Tätigkeitsverbote durch GÄ beziehen sich auf diesen Abschnitt</li> <li>○ Die SchAusnahmV bezieht sich auf §28c, hat kein Ablaufdatum</li> <li>○ Symptomlose Ungeimpfte müssen sich weiterhin aus Quarantäne frei und für Reisen testen</li> </ul> <p><i>ToDo: Bitte an Herrn Mehltitz richten, eine Übersicht aller Änderungen (§28b) zu erstellen, die sich zum 20.03.2022 ergeben</i></p> <p>Frage: Welchen Stellenwert wird der Genesenenstatus im Herbst und Winter haben? Vereinheitlichung wäre gut: 3-maliger Kontakt mit dem Erreger Hinweis: Freitestung aus Quarantäne mit Antigentest und Genesenenstatus sind die unschlüssigsten Punkte</p>	VPräs (Schaade)
<b>8</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>9</b>	<b>Update Impfen (nur freitags)</b>  (nicht berichtet) <b>STIKO</b>  (nicht berichtet)	FG33
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b>  S. bitte unter TOP 1 <b>Aktuelle Lage national</b> ZBS1	FG17 ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</b>  nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</b>	FG38



	nicht berichtet	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> Lage-AG zur Situation in der Ukraine: Freitag, 04.03.2022, 11:00 Uhr	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Krisenstabssitzung zu COVID-19: Montag, 07.03.2022 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:29 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 07.03.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG33
! Institutsleitung	o Thomas Harder
o Lars Schaade	! FG35
o Esther-Maria Antão	o Hendrik Wilking
! Abt. 1	! FG36
o Martin Mielke	o Walter Haas
! Abt. 2	o Silke Buda
o Michael Bosnjak	! FG37
! Abt. 3	o Muna Abu Sin
o Osamah Hamouda	! FG38
o Tanja Jung-Sendzik	o Maria an der Heiden
! FG12	o Ulrike Grote (Protokoll)
o Annette Mankertz	o Claudia Siffczyk
! FG14	! MF2
o Marc Thanheiser	o Torsten Semmler
! FG17	! Presse
o Thorsten Wolff	o Ronja Wenchel
! FG21	! ZIG
o Patrick Schmich	o Johanna Hanefeld
o Wolfgang Scheida	! BZgA
! FG32	o Oliver Ommen
o Michaela Diercke	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>SurvNet übermittelt: 15.869.417 (+78.428), davon 124.126 (+24) Todesfälle</p> <p>7-Tage-Inzidenz: 1.259,2/100.000 Einw.</p> <p>Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.515.372 (76,4%), mit vollständiger Impfung 62.847.041 (75,6%), mit Auffrischimpfung 47.732.256 (57,45)</p> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Skala der Standardkarte in den höheren Bereichen nun farblich weiter aufgesplittet, um u.a. Hotspots zu sehen</li> <li>In Bayern gibt es viele Landkreise mit hohen Inzidenzen, aber generell sind Hochinzidenzlandkreise gut verteilt; Westen etwas weniger betroffen</li> </ol> <p>Bei Inzidenzen nach Altersgruppen sieht man in fast allen Altersgruppen einen Rückgang; nur bei den 15-34-Jährigen zeigt sich ein leicht ansteigender Trend. Es muss beobachtet werden, ob dieser Trend sich fortsetzt oder nur ein Zwischentrend ist.</p> <p>Die Hospitalisierungsinzidenz bei den über 60Jährigen ist leicht steigend, ähnlich Werte wie letzte Woche</p> <p>Diskussion/Fragen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Welche Information haben wir zur Meldung von Antigentest? Wenn Teststellen positiven Antigentest melden, wird das in DEMIS gesehen. Im Meldesystem sieht man, bei wie viele PCRTests vorher ein positiver Antigentest vorlag. In der Regel wird aber ein positives Antigentestergebnis oft nicht von Gesundheitsamt übermittelt, d.h. es ist weiterhin ein unvollständiges Bild.</li> <li>Zu der Untererfassung von Tests (auch PCR Tests) wurde letzte Woche von Herrn Semmler der Faktor 3 genannt. Der Punkt kann Mittwoch zusammen mit Testzahlen noch mal diskutiert werden.</li> <li>Das Freizeitverhalten spielt bestimmt eine Rolle bei den Zahlen. Karneval scheint eine Rolle gespielt zu haben. Durch die weiteren Öffnungsschritte am 04.03. sowie die gleichzeitige Zunahme von BA2 ist mit einem weiteren Anstieg zu rechnen. Ab dem 20.03. gibt es weitere Öffnungsschritte, die zur Zunahme der Fälle führen könnte.</li> </ol> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(nicht berichtet)</li> </ol> <p>ARS-Daten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(nicht berichtet)</li> </ol> <p>VOC-Bericht</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>

	<p>8. (nicht berichtet) Molekulare Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>9. (nicht berichtet) Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>10. (nicht berichtet) Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>11. (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>12. (nicht berichtet) Modellierungen (<i>nur montags</i>)</p> <p>13. (nicht berichtet)</p> <p>14. Diskussion: Herr Lauterbach spricht von möglicher „Sommerwelle“. Es gibt eine nachlassende Immunität und der Saisoneffekt wird nicht ausreichen, um Transmissionen zu verhindern. Kein Zweifel, dass es Übertragung geben wird. Dies hängt entscheidend auch von Verhalten ab. Wenn ab 20.03. alles gelockert wird, werden z.B. viele Personen reisen wollen und wir werden einen Rebound Effekt haben. Ferienreisen hängen mit vermehrten Infektionen zusammen, da das Ferienverhalten anders ist als das Alltagsverhalten. Ebenso besteht die Gefahr einer Rekombination mit anderen Varianten aus der Welt. Man sollte zumindest im Auge halten, dass so was passieren kann und sich mindestens auf ein Fortführen die AHA+L-Regeln verständigen. Bereits eine „Frühlingswelle“ (März/April) kann nicht verhindert werden, wenn sich das Verhalten in eine andere Richtung entwickelt. England hat keine Modellierungen zu möglichen Wellen. Vom ECDC gibt es Berechnungen: <a href="https://covid19forecasthub.eu/index.html">https://covid19forecasthub.eu/index.html</a></p>	
2	<p><b>Internationales</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Mit Wegfall der Risikogebiete fällt auch DEA weg, denn die Anmeldung war nur bei Rückkehr aus einem Risikogebiet nötig. Es ist nicht klar, ob dieses System aufrechterhalten werden soll. Es fallen hohe Kosten pro Monat dafür an. Das BMG befindet sich momentan noch in Haushaltsverhandlungen, sodass noch keine Rückmeldung hierzu vorliegt.</li> <li>○ Die CWA wurde in den letzten Tagen in die ukrainischen App Stores gebracht. Die App könnte ein Werkzeug sein, um mit Geflüchteten in Kontakt zu kommen. Zur Freischaltung der App in ukrainischen Stores gab es gute Kommunikation (z.B. Twitter). Die Anzahl an Downloads der App in der Ukraine war letzten Freitag noch sehr gering. Dies wird aber</li> </ul>	FG21



	<p>beobachtet und Zahlen werden mit dem Krisenstab geteilt. Die Ukraine hat für Impfbzertifikate eine eigene App. Momentan wird eine ukrainische Sprachanpassung der CWA überlegt. Ob sich die Finanzierung und Umsetzung lohnt, hängt von verschiedenen Faktoren ab (z.B. Anzahl Infektionen oder Anzahl Geflüchteter).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zur Schätzung der Dunkelziffer von Infektionen kann auch die CWA zur Beurteilung herangezogen werden. Seit den letzten 5 Tagen (seitdem die Inzidenzen steigen), ist in der CWA ein Anstieg von roten Warnungen zu vermelden. Die App teilt auch Ergebnisse von Antigen-test. Daher kann die CWA zumindest als Indikator für die Dunkelziffer bzw. zur Einschätzung der Lage herangezogen werden.</li> <li>○ Wissenschaftsblog: Göran Kirchner hat die Zahl, wie viele Menschen die CWA aktiv nutzen, vorgestellt. Befürchtungen, dass die Ergebnisse negativ ausgelegt werden können, sind nicht eingetreten.</li> </ul>	
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Keine Änderungen</p>	Abt. 3
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute Morgen in der Ukraine-Lage-AG-Sitzung wurde das hohe Ansteckungsrisiko für Helfende (sowohl Helfende bei den Flüchtlingsströmen als auch Mitglieder von EMT in der Ukraine) erwähnt. Frage, ob das RKI hier noch mal die alltägliche Coronaregeln (AHA+L, Hinweis auf Eigenschutz), die natürlich auch für die Helfende gelten, kommunizieren soll. Es gibt Bilder von Helfende auf osteuropäischen Durchgangsbahnhöfen in z.B. Polen, die keine Masken tragen. Allgemeine Informationen für Helfende sollten nicht durch das RKI kommen, sondern über z.B. den Senat, der die Aktionen koordiniert. Auf der RKI Internetseite „Flucht und Gesundheit“ wird auf die allgemeine COVID-19 Internetseite des RKI verwiesen.</li> <li>○ Eine Idee wäre die Deutsche Bahn (DB)n zu kontaktieren, die z.B. kostenfreie Masken in den Zügen verteilen könnte. Mittwoch 10 Uhr findet ein Austausch mit dem BMG statt. Maria an der Heiden wird bei dem Austausch den Vorschlag einbringen. Wenn vom BMG gewünscht, kann über FG38</li> </ul>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

	<p>Kontakt mit dem medizinischen Leiter der DB aufgenommen werden.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ COVID-19 spezifische Hinweise (z.B. AHA+L Regeln) auf Ukrainisch sind bei der BZgA in Arbeit.</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<b>9</b>	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>STIKO</b></li> <li>○ Die STIKO hat in der letzten Woche die Kinderimpfung erneut diskutiert. Es wird überlegt, ob die Empfehlung der Impfung von unter 12-Jährigen nur in Risikogruppen aufgeweicht wird. Die Diskussion ist noch offen. Es gibt sehr heterogene Meinungen. Am Mittwoch gibt es einen weiteren Termin, in dem Modellierungen zur Kinderimpfung vorgestellt werden.</li> <li>○ Anpassung Impfquotenerfassung: Das PEI hat am 15.01.2022 die bestehende Definition für einen vollständigen Impfschutz hinsichtlich der Impfung mit dem COVID-19 Vakzin Janssen geändert, wodurch nun 2 Dosen für einen Grundimmunisierung nötig sind. Mit dem BMG wurde diskutiert, in wie weit das Impfquotenmonitoring (Dashboard und Github) angepasst werden sollte. Da die Daten nicht personenbezogen sind, lässt sich das schwer korrigieren. Im Dashboard wäre es darüber hinaus technisch schwer umsetzbar. Daher hat das RKI den Vorschlag dem BMG geschickt, keine Änderungen vorzunehmen und eine Sprachregelung und Fußnote zur Erklärung zu erstellen. Die abschließende Zustimmung des Ministers steht noch aus.</li> <li>○ Frage: Von Impfkritikern wurde immer bemängelt, dass es keine alternativen Impfstoffe gibt. Wie sieht es mit der Einführung von Novavax aus? Bislang wurde kein Ansturm auf Novavax beobachtet.</li> </ul>	<p>FG33</p>
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Der Omikron Subtyp BA.2 hat einen Anteil von 50% bei Sequenzierungen. Dies kann für einen Anstieg der Infektionen verantwortlich sein. In dem Datensatz wurde aber auch eine Variante entdeckt, welche normalerweise in Russland</p>	<p>FG17</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

	vorkommt. In der Ukraine ist auch die Omikronvariante vorherrschend. <b>ZBS1</b> (nicht berichtet)	ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur montags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur montags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.03.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:55 Uhr**





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 09.03.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG35
! Institutsleitung	o Christina Frank
o Lothar H. Wieler	! FG36
o Lars Schaade	o Walter Haas
o Esther-Maria Antão	o Udo Buchholz
! Abt. 2	o Silke Buda
o Michael Bosnjak	o Kristin Tolksdorf
! Abt. 3	o Luise Goerlitz
o Tanja Jung-Sendzik	! FG37
! FG11	o Muna Abu Sin
o Sangeeta Banerji (Protokoll)	! FG38
! FG12	o Ute Rexroth
o Annette Mankertz	! ZBS7
! FG14	o Christian Herzog
o Mardjan Arvand	! MF2
o Melanie Brunke	o Torsten Semmler
! FG17	! MF4
o Ralf Dürrwald	o Martina Fischer
! FG21	! P1
o Wolfgang Scheida	o Christina Leuker
! FG32	! Presse
o Michaela Diercke	o Susanne Glasmacher
o Claudia Sievers	o Ronja Wenchel
! FG33	! BZgA
o Thomas Harder	o Oliver Ommen





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur montags)</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p>ToDo:</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 16.242.070 (+215.854), davon 124.764 (+314) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 1319/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.537.436 (76,4%), mit vollständiger Impfung 63.887.598 (75,6%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: heterogener Verlauf, seit 3.3.22 Anstieg der bundesweiten Inzidenz                      Deutschlandkarte: LK Rosenheim hatte Probleme bei der Datenübertragung, daher ‚gelber Fleck‘                      Todesfälle: Anstieg seit KW 4                      keine Übersterblichkeit (siehe <a href="#">Abbildung</a>)</p> <p><b>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)</b>                      Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Positivenanteil gestiegen, Auslastung konstant</li> </ul> <p><b>ARS-Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Folien hier</b></li> <li>▪ Testzahlen: rückläufig, aber heterogenes Bild, Anstieg der Testungen in Arztpraxen, Testverzug bei &lt;50%, Ausbrüche rückläufig in medizinischen Einrichtungen, aber Anstieg in Arztpraxen</li> </ul> <p><b>VOC-Bericht</b>                      Folien <a href="#">hier</a>                      BA2: 48,2%, BA1: 51,2%                      Logistische Regression, adjustiert nach Bundesland, Meldewoche, Alter: Ab 35 Jahren gibt es Effekt der VOC (Delta vs. Omikron) auf die Hospitalisierungsinzidenz (kein Unterschied BA.1 und BA.2), aber bei Jüngeren kein VOC-Effekt erkennbar                      Geplante Publikation in Eurosurveillance: diese soll bei Einreichung an Herrn Wieler geschickt werden zwecks Weiterleitung an den Minister                      Molekulare Surveillance (nur mittwochs)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nicht berichtet</li> </ul> <p><b>Syndromische Surveillance (nur mittwochs)</b>                      Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ GrippeWeb: Anstieg ARE</li> <li>▪ Konsultationsinzidenz steigend</li> <li>▪ SEED: Nur Kleiner Anteil an COVID-ARE</li> <li>▪ Altersgruppen: Rückgang bei Kindern. Anstieg bei 15-34-Jährigen</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 Diercke</p> <p>Rexroth</p> <p>Abu Sin</p> <p>Sievers</p> <p>Buda</p>





	<p><b>Presse</b></p> <p>Artikel im Business-Insider über Änderungen in der Risikobewertung. Medienanwälte und Presse arbeiten an einer Reaktion. Vorschlag Krisenstab: Offensiv reagieren und Artikel als Fehlinterpretation bezeichnen. Auf Nachfrage aus dem Krisenstab, ob eine sprachliche Überarbeitung der Risikobewertung zur Vermeidung von weiteren Fehlinterpretationen sinnvoll sei, soll dies anwaltlich geprüft werden.</p> <p>Tweet zum Wochenbericht: Fallzahlen steigen, trotz Öffnungsmaßnahmen AHA-L Regeln einhalten und zum Schutz der vulnerablen Gruppen eigenverantwortlich handeln!</p> <p><b>P1</b></p> <p>Erarbeitung eines Flyers über Verhaltenstipps für das Frühjahr</p> <p>ToDo:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sprechzettel vorbereiten für BPK zum Thema Impfeffektivität (Wenchel, Zuarbeit durch Leuker)</li> <li>2. Im Wochenbericht ebenfalls darauf hinweisen, dass durch Beendigung vieler Maßnahmen die Eigenverantwortung stärker in den Fokus rückt. Vulnerable Gruppen sind noch immer schutzbedürftig.</li> </ol>	<p>Presse Wenchel</p> <p>P1 Leuker</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Novellierung IfSG (ID5186) Dokument <a href="#">hier</a></li> </ul> <p>Aufgrund der Kurzfristigkeit (Frist 09.3.2022) wurde entschieden, dass nur auf Abschnitte Stellung genommen wird, die direkt das RKI betreffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Einrichtungsbezogene Erfassung der Impfquoten von Beschäftigten und Betreuten</li> <li>➤ der novellierte Paragraph, wonach die Einrichtungen direkt an das RKI melden (wahrscheinlich über Voxco) müssen und RKI diese Daten monatlich dem BMG sowie den BL und Kreisen in aggregierter Form bereitstellen soll, wurde von Krisenstab als extrem ressourcenaufwändig (Kommunikation mit ca. 14.000 Einrichtungen) eingestuft. Zudem sei es schwierig eine vollständige Meldung zu bekommen. Da sowieso eine Meldung/Kommunikation der Einrichtungen mit den lokalen Gesundheitsämtern erfolgt, sei es die Etablierung einer Doppelstruktur.</li> <li>➤ Daher Gegenvorschlag unterbreiten: Impfquotenerfassung von betroffenen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen über das Meldesystem, d.h. Meldung der Einrichtungen (nach Vorgaben des RKI) direkt an zuständiges GA und diese meldet über die Landesbehörden an das RKI, das wiederum die Daten in aggregierter Form monatlich bereitstellt.</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Falls Gegenvorschlag abgelehnt wird: Die Meldung der Einrichtungen an das RKI erfolgt nach RKI Vorgaben, um eine uniforme und vollständige Meldung zu gewährleisten.</li> <li>➤ Erstellung digitaler Zertifikate (COVID-19-Impf-, Genesenen- und Testzertifikat) durch RKI (betrifft CWA)</li> </ul> <p><b>ToDo ID5186</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <i>Zweistufige Erlassantwort zum Impfquotenerfassung: 1. Gegenvorschlag zur direkten Impfquotenerfassung durch RKI: Impfquotenerfassung von betroffenen Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen über das Meldesystem nach Vorgaben des RKI (FG32 Michaela Diercke). Falls Gegenvorschlag abgelehnt wird: Die direkte Meldung der Einrichtungen an das RKI soll in jedem Fall nach RKI Vorgaben erfolgen, um eine uniforme und vollständige Meldung zu gewährleisten (FG37, Muna- Abu Sin/ Britta Schweickert).</i></li> <li>➤ Erstellung digitaler Zertifikate (COVID-19-Impf-, Genesenen- und Testzertifikat) durch RKI (betrifft CWA): Zuarbeit durch Herrn Benzler (FG 32)</li> <li>➤ Zusammenführung beider Teile durch Frau Hanke (L).</li> </ul> <p><b>RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ (nicht berichtet)</li> </ul>	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>9</b>	<b>Update Impfen</b> ( <i>nur montags</i> )  (nicht berichtet)  <b>STIKO</b>  xxx	FG33
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b>  <b>FG17</b>  Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ  <b>ZBS1</b>	FG17           ZBS1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur montags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur montags</i> ) nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Montag, 14.03.2022 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:25 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 14.03.2022, 14:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG35
! Institutsleitung	○ Hendrik Wilking
○ Lothar H. Wieler	○ Christina Frank
○ Esther-Maria Antão	! FG36
○	○ Silke Buda
! Abt. 1	○ Stefan Kröger
○ Martin Mielke	! FG37
! Abt. 2	○ Tim Eckmanns
○ Michael Bosnjak	! FG38
! Abt. 3	○ Ute Rexroth
○ Osamah Hamouda	○ Maria an der Heiden
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Meike Schöll
! FG11	! MF2
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	○ Torsten Semmler
! FG14	! P1
○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker
! FG17	! Presse
○ Thorsten Wolff	○ Susanne Glasmacher
! FG32	○ Ronja Wenchel
○ Michaela Diercke	! ZIG
! FG33	○ Johanna Hanefeld
○ Thomas Harder	! BZgA
! FG34	○ Linda Seefeld
○ Matthias an der Heiden	







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur montags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 17.233.729                      (+92.378), davon 125.590 (+19) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 1543/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.573.574 (76,5%),                      mit vollständiger Impfung 62.962.262 (75,7%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Bei keinem BL ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, eher                      stagnierend oder steigend. Mecklenburg-Vorpommern hat                      höchste Inzidenz                      In allen AG ist ein Anstieg zu verzeichnen, außer bei den 0-4-                      Jährigen                      Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      ARS-Daten                      (nicht berichtet)                      VOC-Bericht                      (nicht berichtet)                      Molekulare Surveillance (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Syndromische Surveillance (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur                      mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Modellierungen (nur montags)                      Aussagekraft adjustierte Hospitalisierungsinzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Anforderung des BMG Adjustierung zu evaluieren</li> <li>▪ Vergleich adjustierter Werte (hellblaue Linie) mit                      nachberichteten Werten (orangefarbene Linie)</li> <li>▪ Fazit: Adjustierung bildet Nachmeldungen gut ab. Es                      handelt sich um eine robuste Methode</li> </ul> <p>Diskussion:                      Frage: Soll die adjustierte Kurve hervorgehoben werden und                      regelmäßig in den Berichten einfließen? Antwort: Soll im                      Jour Fix angesprochen werden                      Frage: Was ist die Ursache der Absenkung der Fallzahlen im                      Januar? Antwort: Ende Delta Welle, Omikron Welle begann                      etwas später.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Frage: Ist vom BMG eine stärkere Fixierung auf</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p> <p>Matthias an der Heiden</p>

	<p>Hospitalisierungsinzidenz geplant und sollen adjustierte Werte als Referenz genommen werden? Antwort: Unbekannt, aber möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Es wurde klargestellt, dass Hospitalisierungsinzidenz kein Marker für Krankenhausauslastung darstellt, da Anzahl betreibbarer Betten unbekannt. Es kann mit Einschränkung als Schätzer zur Krankheitsschwere herangezogen werden, wobei unklar ist, ob Einweisung aufgrund von COVID war oder COVID Zufallsbefund darstellte.</li> <li>▪ Sari-Surveillance mit COVID ist daher besser geeignet als überregionaler Schätzer zur Krankheitsschwere von COVID</li> <li>▪ Es fehlt ein Schätzer zur Beurteilung der regionalen Krankheitslast durch COVID</li> <li>▪ Da am BMG mit Frau Teichert eine neue Person zuständig ist, die die alten Berichte nicht kennt, soll ein Bericht bezüglich der Aussagekraft adjustierte Hospitalisierungsinzidenz für das BMG erstellt werden, in dem zusätzlich die in der o.g. Diskussion angesprochenen Punkte einfließen</li> </ul> <p><b>ToDo</b>  <i>Bericht für BMG zur Aussagekraft adjustierte Hospitalisierungsinzidenz erstellen, wobei auch eine Bewertung anderer zur Verfügung stehender Marker gemäß obiger Diskussion erfolgen soll (Diercke und Matthias an der Heiden)</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung xxx</p>	Abt. 3
<b>5</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)</i></p> <p>Letzte Woche fand keine Tagung statt Es wurde eine Stellungnahme veröffentlicht zu grundsätzlichen Parametern des Infektionsschutzgesetzes. Sie ist auf der Webseite des Kanzleramts abrufbar.</p>	Wieler



	In der morgigen Sitzung wird voraussichtlich die erste Fassung der Stellungnahme zum Umgang mit dem kommenden Herbst/Winter zirkuliert	
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu:  ÖGD Mailing von Medienseite auf Ukrainisch  (Mate<a href="https://www.infektionsschutz.de/mediathek/materialien-auf-ukrainisch/realien-auf-ukrainisch-infektionsschutz.de">https://www.infektionsschutz.de/mediathek/materialien-auf-ukrainisch/rialien-auf-ukrainisch-infektionsschutz.de</a>)  Pflegermerkblatt + Impfschema veröffentlicht</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Tweet zum letzten Wochenbericht erhielt sehr gute Resonanz</p> <p><b>P1</b></p> <p>Es wurde die Bitte des Präsidenten aufgegriffen angesichts der hohen Fallzahlen trotz hoher Impfquote drauf hinzuweisen, dass die Impfung nicht nur dem Schutz vor Infektion dient, sondern vor allem auch vor einem schweren Krankheitsverlauf und Tod schützt. Dies soll in Zusammenarbeit mit dem Social Media Team von Presse kommuniziert werden</p>	<p>BZgA Seefeld</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>In(tra)-Action Review Krisenmanagement, 28.03.2022  Folien <a href="#">hier</a>  Es soll ein Workshop für die Krisenstabsteilnehmer am 28.3.22 stattfinden, in dem in Kleingruppen die bisherige Struktur des Krisenstabs (Frequenz, Zusammensetzung, Themen, Entscheidungsprozesse) reflektiert und evaluiert wird  Es soll auch die Zusammenarbeit mit dem Lagezentrum evaluiert werden  In dieser ersten Phase sollen keine externen Stakeholder (z.B. BMG) eingebunden werden  Der Workshop basiert auf der Methodologie von ECDC und WHO</p>	<p>Alle</p> <p>Meike Schöll</p>
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Anfrage des AGI, ob KoNa Papier überarbeitet wird. Das soll mit dem BMG am Jour Fix besprochen werden.</p>	<p>Alle</p>





**Ende: 14:13 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 16.03.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37		
!	Institutsleitung	o	Tim Eckmanns	
	o	Lars Schaade	!	FG 38
	o	Lothar Wieler	o	Ute Rexroth
	o	Esther-Maria Antão	o	Claudia Siffczyk
!	Abt. 1	!	L1	
	o	Martin Mielke	o	Joachim-Martin Mehlitz
!	Abt. 3	!	MF1	
	o	Osamah Hamouda	o	Stephan Fuchs
	o	Tanja Jung-Sendzik	!	MF4
!	ZIG	o	Martina Fischer	
	o	Johanna Hanefeld	!	P1
!	FG14	o	Ines Lein	
	o	Melanie Brunke	!	Presse
!	FG17	o	Ronja Wenchel	
	o	Ralf Dürrwald	o	Marieke Degen
!	FG21	!	ZBS7	
	o	Patrick Schmich	o	Christian Herzog
!	FG34	o	Michaela Niebank	
	o	Viviane Bremer	o	Agata Mikolajewska
	o	Andrea Sailer (Protokoll)	!	ZIG1
!	FG35	o	Regina Singer	
	o	Christina Frank	o	Mikheil Popkhadze
!	FG36	!	BZgA	
	o	Walter Haas	o	Andrea Rückle
	o	Silke Buda		
	o	Kristin Tolksdorf		
	o	Stefan Kröger		
	o	Luise Goerlitz		







	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Weitere Fälle in Dänemark, Niederlande und Belgien, geringe Fallzahlen</li> <li>4. Laut WHO noch keine Hinweise auf erhöhte Krankheitsschwere oder erhöhte Übertragbarkeit</li> <li>5. ECDC führt Rekombinante seit 10.03.2022 als Variante unter Beobachtung</li> </ol> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 17.695.210 (+262.593), davon 126.142 (+269) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: 1.607,1/100.000 Einw.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalisierungsinzidenz: 7,45/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 15,86/100.000 EW</li> <li>6. Steigender Trend bei Hospitalisierungsinzidenz</li> <li>5. Fälle auf ITS: 2.297 (+36)</li> <li>6. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,5%, Zweitimpfung 75,8%, Auffrischimpfungen 58,0%</li> <li>7. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zunehmender Trend, besonders steil in Mecklenburg-Vorpommern, Bayern, Saarland, Schleswig-Holstein und Berlin</li> </ol> </li> <li>8. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In ca. 90% aller LK &gt; 1000, in 130 LK &gt; 2000, in 4 LK &gt; 3000</li> <li>2. Mit anderer Farbskala: Sehr hohe Inzidenzen im Norden, Süd-Osten und äußerstem Westen</li> <li>3. Es wird überlegt nochmal die Farbskala zu ändern.</li> </ol> </li> <li>9. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zunahme in allen Altersgruppen, besonders stark in jüngeren, aber auch besorgniserregende Zunahme in älteren Altersgruppen</li> </ol> </li> <li>10. Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospitalisierungsinzidenz nimmt bei 60+ Jährigen zu.</li> <li>2. Adjustierte Hospitalisierungsinzidenz bei 60+ Jährigen im Bereich von 30.</li> <li>3. Nach Landkreisen (nicht adjustierte Werte): In</li> </ol> </li> </ol>	
--	---	--

MF4  
(Fischer)

	<p>einzelnen LK ist die Inzidenz nochmal deutlich höher.</p> <p>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Zunahme, aber noch nicht auf Niveau von 4. Welle</li> <li>2. Todesfälle nach LK: ähnliche Regionen, wie bei hohen Inzidenzen und Hospitalisierungsinzidenzen betroffen</li> <li>3. Deutschland gesamt in 14 Tagen: 3,6 Todesfälle/ 100.000 Einw., in einzelnen LK deutlich darüber.</li> </ol> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>12. DIVI-Intensivregister</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Aktuell werden 2.288 Patienten behandelt, geht in leichten Anstieg über. Besonders deutlich gerade in letzten Tagen bei Neuaufnahmen zu sehen.</li> <li>2. 1.665 Neuaufnahmen in letzten 7 Tagen</li> <li>3. Anzahl verstorbener Patient*innen auf Plateau</li> </ol> <p>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diverses Bild</li> <li>2. Deutliche Anstiege in Bremen, Niedersachsen, MV, SH, Bayern</li> <li>3. Anstieg besonders markant im Saarland, betrifft vor allem die &gt;70-Jährigen.</li> </ol> <p>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anstieg vor allem der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen</li> <li>2. 35% unbekanntem Behandlungsformen</li> <li>3. Einschätzung Betriebssituation: leichter Anstieg</li> </ol> <p>15. Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Weitere Anstiege bei 70-79 und 80+ Jährigen</li> <li>2. leichter Anstieg bei Kindern, 17% ohne COVID-Symptomatik</li> </ol> <p>16. SPoCK: Prognosen</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>MF1 (Fuchs)</p>
--	---	---



	<p><b>VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>24. Übersicht VOC/VOI in Stichprobe</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>In KW 9 ist BA.2 zur dominierenden Variante geworden.</li> </ol> <p>25. Omikron-Sublinien in Stichprobe</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>BA.1 und BA.1.1 haben jeweils fast um ca. 10% verloren.</li> </ol> <p>26. IfSG-Daten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Ähnliches Bild, Alpha und Beta-Fälle eher Fehlübermittlung</li> <li>Große Unterschiede bei Anzahl der varianten spezifischen Testungen zwischen den BL.</li> </ol> <p>27. Confirmed AY.4/BA.1 Recombination</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>64-Jährige Frau, 3fach geimpft (geboostert in 12/21), schwerer Krankheitsverlauf mit Hospitalisierung, keine Reiseanamnese</li> <li>In Deutschland ist diese Rekombinante unique, im internationalen Vergleich nahezu identisch mit Französischem Isolat.</li> </ol> <p>28. Unconfirmed BA.1/BA.2 recombinants</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Rekombinante in Deutschland noch nicht bestätigt, aber 9 Isolate aus 3 Laboren</li> </ol> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>29. GrippeWeb</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ARE-Raten gestiegen, vor allem bei Kindern, bei Erwachsenen eher Seitwärtsbewegung, bei Kindern vorpandemisches Niveau erreicht.</li> </ol> <p>30. ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Eher noch Seitwärtsbewegung, leichter Anstieg bei Schulkindern und &gt;60-Jährigen.</li> <li>Höher als letztes Jahr, aber im Bereich der vorpandemischen Saisons.</li> <li>Kein eindeutiger Trend über die BL hinweg.</li> <li>Influenza-Melddaten: im Moment Anstieg, 2 Fälle mit</li> </ol>	<p>P4 Mielke</p> <p>Presse</p>
--	---	------------------------------------

	<p>Exposition in Ukraine</p> <p>31. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bei 15-34 und 35-59-Jährigen Wiederanstieg.</li><li>2. Bei 5-14-Jährigen Trendwende, erneuter Anstieg</li></ol> <p>32. ICOSARI-KH-Surveillance</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Seitwärtsbewegung, kein deutlicher Anstieg</li><li>2. Deutlicher Rückgang bei 35-59-Jährigen, Anstieg bei 15-34-Jährigen auf sehr geringem Niveau.</li></ol> <p>33. ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Bleibt bei Kindern in etwa gleich.</li><li>2. Bei 15-34-Jährigen Anstieg, bei 35-59-Jährigen Rückgang.</li><li>3. Bei 80+ Jährigen leichter Anstieg.</li></ol> <p>34. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Vergleich mit Meldedaten: insgesamt Seitwärtstrend, der sich leicht erhöht</li><li>2. Leichter Anstieg bei 0-4-Jährigen, aber deutlich geringere Inzidenzen als in Meldezahlen. Unterschied verringert sich bei älteren AG, über dem Niveau der 3. Welle aber unter Niveau der 2. und 4 Welle.</li></ol> <p>35. Intensivbehandlung: SARI-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Im Vergleich zu den vorpandemischen Zahlen keine außergewöhnlichen Zahlen zu verzeichnen, keine deutliche Ausprägung einer 5. Welle.</li></ol> <p>36. Vgl. Winter 2020/21 und 2021/22</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Relativ stabiles Niveau seit Jahreswechsel, in AG 80+ leichter Anstieg seit KW 2/2022</li></ol> <p>37. Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rückgang der Ausbrüche flacht ab, weniger Kapazitäten bei GA, eher leichter Anstieg erwartet.</li></ol> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</b></p> <p>38. 131 Proben aus 45 Arztpraxen aus 14 BL</p> <p>39. Positivenanteil: 24%, leichter Anstieg gegenüber</p>	
--	---	--



	<p>Vorwoche, jedoch nicht so hoch wie in KW6</p> <ol style="list-style-type: none"><li>40. Positivenanteil bei 0-4Jährige am geringste und bei 60+ Jährige am höchsten.</li><li>41. Omikron: seit 3 Wochen stabil nur Omikron<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kein steiler Anstieg von BA.2 im Sentinel.</li></ol></li><li>42. Influenza: 4 Nachweise (3%)<ol style="list-style-type: none"><li>1. Verschiebung in höhere AG, geringe Influenzavirusaktivität</li></ol></li><li>43. Coronaviren: SARS-CoV-2 am stärksten vertreten.</li><li>44. Sonstige Atemwegsviren:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Rhino- und humane Metapneumoviren auf gleichem Niveau</li></ol></li></ol> <p>Modellierung (<i>nur montags</i>)</p> <p>Monatsübersicht über gesamten Pandemieverlauf, wie von ARS-Daten, ist sinnvoll. Tourismus kommt wieder in Gang, Selbstverantwortung der 60+ Jährigen muss gestärkt werden. Gibt es Umfragen, wie sich der Umgang mit Corona verändert?</p> <ol style="list-style-type: none"><li>45. COSMO, BfR monitoren Fragen dazu.</li><li>46. Neue Zahlen aus dem Expertenrat: Risikowahrnehmung hat sich geändert. Geimpfte schätzen Risiko etwas höher als Nicht-Geimpfte ein. Risikoeinschätzung ist generell etwas geringer als zu Beginn.  Änderung der Farbskala bei Karte der übermittelten COVID-Fälle nach Kreis und BL</li><li>47. Besser weitere Farbe einführen, als Farben verändern.</li><li>48. Grundsätzlich soll umgestellt werden, auf welche Farbkombination wird noch entschieden. Änderung nächste Woche.</li></ol>	
--	---	--

<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Südkorea hat sich übers Auswärtige Amt mit RKI in Verbindung gesetzt. Austausch findet am 28.03. statt. Wer teilnehmen möchte, kann sich gerne bei Fr. Hanefeld oder Fr. Laske melden.</li> <li>! Ein 1. Austausch zur ungleichen Verteilung von Impfstoffen musste abgesagt werden. Am 22.03. ab 16 Uhr findet nun ein informeller Austausch mit Experten im Patentrecht statt. Bei Interesse können Mitglieder des Krisenstabs teilnehmen.</li> <li>! MA für Seroprävalenzstudie bei Health care worker nach Guinea und Nigeria aufgebrochen.</li> <li>! Training in Cote d'Ivoire</li> <li>! Aktivitäten im Iran sind letzte Woche zu Ende gegangen.</li> </ul>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien hier) (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht berichtet)</li> </ul>	<p>FG21</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht berichtet)</li> </ul>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Gestern wurde hauptsächlich die aktuelle Lage besprochen. Fr. Brinkmann hat sich in Anhörung zum Infektionsschutzgesetzes kritisch geäußert.</li> <li>! Hr. Karagiannidis hat Auftrag ein Herbst-Winterpapier zu schreiben, soll in den nächsten 4 Wochen finalisiert werden.</li> </ul>	<p>Wieler</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht berichtet)</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Änderungsvorschläge für FAQ wurden an Fachkollegen geschickt.</li> <li>49. Nach Rückmeldung werden FAQ zeitnah überarbeitet.</li> <li>50. Änderungen zum Kontaktpersonenmanagement können erst nächste Woche überarbeitet werden.</li> <li>! Bitte um Vorschläge für die Botschaft morgen</li> <li>51. Eigenverantwortung der Menschen, 4. Impfdosis für ältere Menschen</li> <li>52. BfR-Monitor (<a href="#">hier</a>): Risiko der Ansteckung wird am</li> </ul>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	<p>höchsten in Schulen &amp; Kitas und im öffentlichen Nahverkehr bewertet und am geringsten zuhause. Ansteckungen finden jedoch weniger in öffentlichen Verkehrsmitteln, sondern eher bei privaten Gesprächen statt.</p> <p>53. Botschaft, dass es zuhause am gefährlichsten ist, ist schwierig.</p> <p>54. Bei Hinweis auf Übertragung durch Asymptomatische sollte betont werden, dass bei leichter Symptomatik erst recht Übertragungsgefahr besteht. Auch bei leichter Symptomatik soll Kontakt zu vulnerablen Gruppen vermieden werden.</p> <p>55. Bei Symptomen zuhause bleiben, auch bei negativem Schnelltest.</p> <p>56. In Altenheimen reicht ein Schnelltest für symptomatische Personen nicht aus, müssen mit PCR-Test getestet werden. In Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime ist das enthalten.</p> <p><b>Risikokommunikation</b></p> <p>! Flyer – Verhaltenstipps für das Frühjahr (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwurf wurde gestern zirkuliert. Bitte um Ergänzungen und Anmerkungen.</li> <li>○ 3) Kontakt zu Risikogruppen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Deutlich machen, dass man mit einfachen Prinzipien andere schützen kann: Mit negativem Test, „Symptomfrei“ wird ergänzt.</li> </ol> </li> <li>○ 6) Symptomatische sollen auch bei leichten Symptomen zuhause bleiben.             <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Dieser Punkt soll weiter nach vorne, egal ob geimpft oder genesen.</li> <li>3. Abstand und bei Symptomen zuhause bleiben, schützt auch vor Influenza.</li> </ol> </li> </ul>	<p>P1 (Lein)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <p>! Das neue IfSG - Übersicht über wesentliche Änderungen (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einrichtungsbezogenes Impfquotenmonitoring -&gt; neue Aufgabe für RKI</li> <li>4. Verpflichtung für RKI Daten zusammenzuführen und</li> </ul>	<p>L1 (Mehlitz)</p>

	<p>an Länder zu übermitteln. Bedenken zu fehlenden Personalmitteln und technischer Infrastruktur wurden geäußert.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Impf-, Genesenen-, Testnachweise: Definitionen werden direkt ins IfSG aufgenommen.</li><li>5. Bisher PCR erforderlich, künftig genügt jeder direkte Erregernachweis, auf Datum der Testung abgestellt.</li><li>6. Impfnachweis: nach Anzahl der Impfung unterschieden, bis 30.09.2022 und ab 01.10.2022</li><li>7. Demnächst rechtliche Möglichkeit unrichtig ausgestellte digitale Zertifikate zu sperren. RKI muss Sperranforderungen technisch umsetzen.</li><li>○ Fortfall so gut wie aller besonderen Schutzmaßnahmen. Nur noch wenige bleiben übrig. Maßnahmen, die ab 20.03. möglich sind:<ul style="list-style-type: none"><li>8. Verpflichtung zum Tragen einer Maske in medizinischen Einrichtungen, Alten-/Pflegeheimen; Verkehrsmitteln des öffentlichen Personennahverkehrs; in Einrichtungen zur Unterbringung von Geflüchteten</li><li>9. Testpflicht in den gleichen Einrichtungen, außerdem Schulen, Kitas, Justizvollzugsanstalten</li><li>10. Individuelle Schutzmaßnahmen sind weiterhin möglich. Anordnung häuslicher Quarantäne ist weiterhin möglich.</li></ul></li><li>○ Mögliche weitere Maßnahmen beziehen sich auf konkrete Gebietskörperschaften<ul style="list-style-type: none"><li>11. Voraussetzung: konkrete Gefahr einer sich dynamisch ausbreitenden Infektionslage. Landesparlament muss Gefahr feststellen und Maßnahmen festlegen. Nur bei Virusvariante mit signifikant höherer Pathogenität, wenn aufgrund einer besonders hohen Anzahl von Neuinfektionen die Überlastung der KH-Kapazitäten droht.</li><li>12. Wenn Voraussetzungen vorliegen: Tragen vom MNS, Abstandsgebot, Verpflichtung zur Vorlage eines Impf-, Genesenen oder Testnachweises, Verpflichtung zur Erstellung eines Hygienekonzeptes</li></ul></li><li>○ Rechtsverordnung müssen bis spätesten 23.09.22 außer Kraft treten.</li><li>○ Bisherige Verordnungen dürfen bis 02.04. aufrechterhalten werden, wenn sie nach neuer Rechtslage noch gültig wären.</li></ul>	
--	--	--



	<p>geachtet wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fallzahlen sind kaum noch handlungsleitend. Wäre es nicht Zeit zu überlegen, die Meldepflichten so zu revidieren, dass nur noch Hospitalisierungen meldepflichtig sind?</li> </ul> <p>14. Lohnenswerter Gedanke, was gibt es für Meldestandards bei Influenza? Je nach pandemischem Geschehen könnte sich die Meldepflicht wieder ändern. Gutes strategisches Papier zusammen mit Influenza wäre notwendig.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sowohl bei Influenza als auch bei vielen anderen Erkrankungen basieren die Meldungen auf Labornachweisen. Eine Arztmeldung von symptomatischen Erkrankungen führt zu großer Untererfassung, da Ärzte eher schlecht melden und nicht alle zum Arzt gehen.</li> <li>○ Problematik liegt nicht in Daten, sondern in Interpretation der Daten.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p>	
<b>8</b>	<b>Dokumente</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	Alle
<b>9</b>	<b>Update Impfen</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG33
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG17 / ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG38

<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> ( <i>nur montags</i> ) ! (nicht berichtet)	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 21.03.2022, 13:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 13:03 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 21.03.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG33
! Institutsleitung	o	Ole Wichmann
o Lothar H. Wieler	!	FG35
o Esther-Maria Antão	o	Hendrik Wilking
! Abt. 1	!	FG36
o Martin Mielke	o	Silke Buda
! Abt. 2	!	FG37
o Michael Bosnjak	o	Tim Eckmanns
! Abt. 3	!	FG38
o Osamah Hamouda	o	Ute Rexroth
o Tanja Jung-Sendzik	o	Maria an der Heiden
! FG14	o	Amrei Wolter (Protokoll)
o Melanie Brunke	!	P1
o Mardjan Arvand	o	Ines Lein
! FG17	!	Presse
o Thorsten Wolff	o	Marieke Degen
! FG21	!	ZBS 7
o Wolfgang Scheida	o	Michaela Niebank
! FG32	!	BZgA
o Michaela Diercke	o	Oliver Ommen
o Justus Benzler		





TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>            SurvNet übermittelt: 18.772.331 (+92314), davon 126.929 (+13) Todesfälle            7-Tage-Inzidenz: 1.714,2/100.000 Einw.            Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.617.998 (76,5%), mit vollständiger Impfung 63.045.378 (75,8%)            Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:            Anstieg in BY, BW, SA, SL, TH            Bei Inzidenzen nach Altersgruppen wird in fast allen Altersgruppen ein leichter Rückgang beobachtet            Die Hospitalisierungsinzidenz bei den über 60-Jährigen ist leicht steigend, bei den 0-59-Jährigen bewegt er sich auf einem gleichbleibenden Niveau            Diskussion            200 Gesundheitsämter haben über das Wochenende nicht übermittelt, dies muss bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden            Zusätzlich traten Probleme bei den Laboren mit DEMIS Meldungen auf, einige Fälle wurden daher noch nicht an die Gesundheitsämter weitergeleitet            Eine Abschätzung des Übermittlungs-/Meldeeffekt ist derzeit noch nicht möglich            Ein Disclaimer soll hierzu noch geschaltet werden            In AGI TelKo wurde festgelegt, dass BL bei GMK einen Beschluss bzgl. der Meldungen am Wochenende einreichen sollen            Frage der WHO nach Ausblick der Auswirkungen der Lockerungen. Relativ klar, dass bei Lockerungen die ansteckende Variante zu mehr Infektionen führt, kann derzeit auch beobachtet werden. Trends können gut abgebildet werden, die 7-Tages-Inzidenz steigt in allen Bundesländern. Über das Sentinel kann R eingeschätzt werden</p> <p>Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>)            (nicht berichtet)            ARS-Daten            (nicht berichtet)            VOC-Bericht            (nicht berichtet)            Molekulare Surveillance (nur mittwochs)            (nicht berichtet)            Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>)            (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet) Modellierungen (<i>nur montags</i>)</p> <p><b>ToDo</b> <i>Heutige Schaltung eines Disclaimers mit dem Hinweis, dass am Wochenende 200 Gesundheitsämter nicht gemeldet haben (Fr. Diercke)</i></p>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur mittwochs</i>)  (nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (<i>nur montags</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 44 Mio Downloads der CWA</li> <li>○ 4 Mio geteilte Warnungen</li> <li>○ Version 2.19 Update ermöglicht eine fehlertolerantere Zuordnung von Zertifikaten zu Personen. Zukünftig kann nun auch bei Unterscheidung des Geburtsdatums das Zertifikat korrekt einer Person zugeordnet werden</li> <li>○ CoronaWarnApp hat den UXDA22-Preis gewonnen, Gewinn ging an SAP</li> <li>○ Planung der Zukunft der CWA, mögliche Optionen sind das Einstellen, einen Wartungsprozess durchführen oder die Weiterführung</li> </ul>	FG21  (Scheida)
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Anstieg der Hospitalisierungsrate der über 60-Jährigen Wichtig, die über 60-Jährigen für die Relevanz der Impfung zu sensibilisieren, Kommunikationsaktivitäten mit Fokus auf diese Risikogruppe BZgA hat derzeit noch keinen Kommunikationsschwerpunkt hierauf gelegt, nimmt dies aber mit P1 schickt Mittwoch einen Flyer für den Frühling rum, nimmt die Anregung der Fokuslegung auf die Impfkampagne der über 60-Jährigen mit COSMO-Studie zeigt auf, dass sich Widerstände in der Altersgruppe dadurch ergeben, dass die Nebenwirkungen und das Risiko der Impfung überschätzt werden Noch nicht veröffentlichte Beobachtungen zeigen, dass die Übertragungen der Infektion im Menschen immer besser wird und die Infektionen in Tiermodellen erschwert ist. Das Virus könnte sich so von einer Zoonose zu einem Humanpathogen entwickeln. Es werden noch die Ergebnisse vom Paper</p>	Abt. 3 (Mielke)



	<p>abgewartet                  Derzeit findet eine Modellierung von P4 statt, wie viele Ungeimpfte eine Wildinfektion hatten                  In der Risikobewertung wird derzeit nicht direkt nach Altersgruppen differenziert                  Priming Impfung und nachfolgende Infektion als gute Kombination vor schwerem Verlauf, aber auch bei vorausgegangener Infektion auf die Relevanz der nachfolgenden Impfung für einen breiten Schutz hinweisen  <b>ToDo</b>                  Fokus der Kommunikationsaktivitäten der Impfung der Ü-60-Jährigen wird von Fr. Lein, Hr. Ommen und Hr. Wichmann mitgenommen</p>	
5	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Nichts neues, Stellungnahme für Herbst wird morgen im Expertenrat besprochen</p>	Wieler
6	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nichts berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Freitag ist BPK geplant, Hinweis auf Impfkampagne der Ü-60-Jährigen</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer für Verhaltenstipps für das Frühjahr wird Mittwoch weitergesendet</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Zeitnahes Abschaffen/Einschränken der Bürgerteste, Änderung der TestVO  <u>Diskussion</u>                  In Pflegeheimen häufig kein eigenes Testangebot, sondern Verweis auf öffentliche Teststationen. Wenn die geschlossen werden, sind Pflegeheime derzeit nicht gut aufgestellt, die Reduktionen zu kompensieren                  Auch für Genesenennachweise sind Testangebote noch relevant                  Ist derzeit auf Leitungsebene des BMG im Gespräch, Donnerstag nächste BMG-Runde                  AGI: Ausspruch für weitestgehende Reduktion der Testung</p>	Alle
8	<p><b>Dokumente</b></p>	Alle

9	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>Mittwoch Treffen der STIKO für Beschlussentwurf mit den Themen der Beibehaltung der Impfeempfehlung für Kinder im Alter von 5-11 Jahren und der Empfehlung für Personen mit einem Impfstatus mit nicht in der EU zugelassenen Impfstoffen          Beschlussentwurf geht Ende der Woche in das Stellungnahmeverfahren          Treffen zwischen RKI, PEI, dem Gesundheitsminister und BioNTech. Themen sollen u.a. neue Daten bezüglich eines omikronspezifischen Impfstoffes sowie der Ausblick bzgl. der Zulassung eines Impfstoffes unter 5 Jahren sein          Insgesamt wurden seit Start der Verabreichung der 4. Impfstoffdosis vor 4 Wochen 1,1 Mio. Impfstoffdosen verabreicht. Ggf. Planung einer Kampagne, wie die Empfehlung zur 4. Impfung besser kommuniziert werden kann</p>	<p>FG33  (Wichmann)</p>
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Beobachtungen der Existenzen von Hybrid-Varianten, die eine Kombination aus Teilen der Varianten sind. Diese gab es bereits bei Alpha und B.1.1.7., wiesen jedoch keinen Vorteil auf und sind ausgestorben. Die Hybrid-Variante aus Delta und Omikron wird unter dem Namen XD geführt, die Hybride aus BA.1 und BA.2 als XE. In Deutschland gab es einen Fall der Delta BA.1 Rekombinante. Ein Isolat aus Delta und Omikron wird derzeit phänotypisch untersucht. Die Herausgabe der Analyse zum Antigenprofil vom Pasteurinstitut hat das erwartete Spikeprotein bestätigt. Von jeder Variante gibt es nicht mehr als 100 Genome.</p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:          # SARS-CoV-2          ## Rhinovirus          ## Parainfluenzavirus          ## saisonale (endemische) Coronaviren          ## Metapneumovirus          ## Influenzavirus          Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17  (Wolff)</p> <p>ZBS1</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7 (Niebank)</p>



<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14 (Brunke)
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> am 16.03.22 wurde in DEMIS die Eingabemaske für die elektronische Meldung von Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 für Krankenhäuser installiert Donnerstag wurden erste Pilotversuche mit Krankenhäusern gestartet, der Bericht hierüber wird Mittwoch vorgestellt <u>Diskussion</u> Die Anbindung der Krankenhäuser an DEMIS ist ein guter Zeitpunkt, um zukünftig auch den Hospitalisierungsgrund auszuweisen (COVID als Haupt- oder Nebendiagnose). Dies kann ggf. unsystematisch sein, da die Entscheidungsmöglichkeit vom ärztlichen Personal, die Haupt- oder Nebendiagnose festzulegen, individuell ist Frage ob/wie die Daten veröffentlicht werden sollen (ggf. mit Hinweis auf begrenzte Aussagefähigkeit und Hinweis auf die Instrumente, die die Lage besser bewerten) Kein Starten einer erneuten Diskussion, da es bereits schon eine Einigung gab, dass mit der Umstellung der Hospitalisierungsmeldungen der Grund angegeben werden soll	FG 32 (Diercke)
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur montags)</b> nicht berichtet	FG38 (an der Heiden)
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur montags)</b> Aufruf zur Anmeldung zur IAR Durchführung nächsten Montag. Anmeldungen gehen an Meike Schöll, die Frist endet heute	FG38 (an der Heiden)
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.03.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende: 13:58 Uhr

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 23.03.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG37	
!	Institutsleitung	○ Tim Eckmanns	
	○ Lothar Wieler	!	FG 38
	○ Esther-Maria Antão	○ Ute Rexroth	
!	Abt. 1	○ Claudia Siffczyk	
	○ Martin Mielke	○ Maria an der Heiden	
!	Abt. 3	○ Amrei Wolter (Protokoll)	
	○ Osamah Hamouda	!	MF2
	○ Tanja Jung-Sendzik	○ Thorsten Semmler	
!	ZIG	!	MF4
	○ Mikheil Popkhadze	○ Martina Fischer	
!	FG14	!	P1
	○ Melanie Brunke	○ Christina Leuker	
!	FG17	!	Presse
	○ Djin-Ye Oh	○ Ronja Wenchel	
	○ Ralf Dürrwald	○ Marieke Degen	
!	FG21	!	ZBS7
	○ Wolfgang Scheida	○ Michaela Niebank	
!	FG24	!	ZIG1
	○ Thomas Ziese	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG32	!	BZgA
	○ Michaela Diercke	○ Christoph Peter	
!	FG34		
	○ Viviane Bremer		
	○		
!	FG35		
	○ Christina Frank		
	○ Hendrik Wilking		
!	FG36		
	○ Walter Haas		
	○ Silke Buda		
	○ Kristin Tolksdorf		
	○ Udo Buchholz		





	<p>4. Schwierig, Dinge abzuleiten, da zeitliche Abfolge von Impfung/Infektion mit nachlassender Immunität und herrschendem Infektionsdruck unterschiedliche Entwicklungen hervorrufen</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ SurvNet übermittelt: 19.278.143 (+283.732), davon 127.522 (+329) Todesfälle</li> <li>○ 7-Tage-Inzidenz: 1.734,2/100.000 Einw.</li> </ul> <p>1. Hospitalisierungsinzidenz: 7,23/100.000 EW, AG ≥ 60Jährige: 16,20/100.000 EW</p> <p>5. Steigender Trend bei Hospitalisierungsinzidenz</p> <p>5. Fälle auf ITS: 2.382 (+35)</p> <p>6. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76,5%, Zweitimpfung 75,8%, Auffrischimpfungen 58,3%</p> <p>7. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Sehr heterogen, BE, BB, HB niedrigste Inzidenzen, kein BL in dem die Zahlen deutlich zurückgehen, ähnlich gleichbleibendes hohes Niveau. SA und MV steigt</li> <li>2. Nacherfassung der fehlenden Daten vom Wochenende (GA haben am WE nicht gemeldet), haben keine deutlichen Änderungen des Trends zu Mittwoch bewirkt</li> </ul> <p>8. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. MP, SA, TH, BY weiterhin hohes Niveau</li> <li>2. Bundesweit starke Verbreitung betroffener LK</li> </ul> <p>9. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. 200 Punkte höher von KW 10 zu KW 11</li> <li>2. In allen AG Anstieg, außer 15-19-Jährige dort gleichbleibendes Niveau</li> </ul> <p>10. Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ähnliches Niveau</li> <li>2. Bei Ü60 Jährigen starker Anstieg, adjustierter Wert bei 30/100.000</li> </ul> <p>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Gleichbleibendes Niveau (1.000 die Woche),</li> </ul>	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--------------------------



	<p>Nachübermittlung stehen noch aus, gleichbleibendes Niveau wird erwartet</p> <p>2. Am stärksten betroffene AG Ü60-Jährige</p> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>12. DIVI-Intensivregister</p> <p>1. Aktuell werden 2.338 Patienten behandelt,</p> <p>2. 1.896 Neuaufnahmen in letzten 7 Tagen</p> <p>3. 200 mehr als letzte Woche</p> <p>4. Turnover an Aufnahme und Entlassung</p> <p>5. Plateaubildung der Sterberate</p> <p>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <p>1. Reduzierungen in HB, HH, moderater Anstieg in NS, SH, starker Anstieg SA, BB, TH</p> <p>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>1. Anstieg v.a. der „leichteren“ respiratorischen Behandlungsformen</p> <p>2. 35% unbekannte Behandlung (häufig kurze Belegung)</p> <p>3. Patienten mit invasiver Beatmung (längere Belegung), hier klassische COVID-Behandlung</p> <p>4. Zunehmende Meldung von Eingeschränktheit der Intensivstationen durch Personaleinschränkung</p> <p>15. Altersgruppen</p> <p>1. Über 75% sind Ü60</p> <p>2. Anstiege in allen AG außer 40-49-Jährige</p> <p>3. 0-17-Jährige steigen ebenso an</p> <p>16. SPoCK: Prognosen</p> <p>1. Leichter Anstieg für Gesamtdeutschland</p> <p>2. Ost/Süd eher moderat</p> <p>3. Nord/Nord-West/West: leichter Anstieg</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	--

	<p><b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>17. Testanzahl und -kapazität</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anstieg der Anzahl der durchgeführten Tests und Anstieg der Positivenrate</li><li>2. Positivenanteil der Tests bei 56%</li></ol> <p>18. Laborauslastung</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. In meisten BL überwiegend bei 80%-Auslastung</li><li>2. NS, TH, SN, RP über 100% Auslastung</li><li>3. Gemeldete Gesamtinzidenz 1,7-3%, dies sind allerdings nur die gemeldeten Fälle, großes Infektionsgeschehen</li></ol> <p>19. Wo wird getestet</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Arztpraxen Zunahme positiver Tests und Testdurchführungen</li><li>2. In KH gleichbleibende Testkapazität, Belastung in KH durch positiv gemeldetes Personal</li></ol> <p>20. Testungen nach Altersgruppe</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Arztpraxen: 60-79-Jährige</li><li>2. 60-79-Jährigen auch höhere Anteil an positiven Testungen</li><li>3. Über 60-Jährige haben den stärksten Anstieg</li></ol> <p>21. Monatsbericht SARS in ARS</p> <p>22. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anzahl der Ausbrüche nach Meldedaten gehen zurück</li><li>2. Aktive Ausbrüche nehmen in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen zu</li><li>3. Todesfälle in Alten- und Pflegeheimen gehen zurück</li><li>4. Anteil der Bewohnenden mit Grundimmunisierung ist minimal angestiegen, Anteil der Auffrischimpfungen nehmen deutlich zu. Grundimmunisierung der Beschäftigten unter 90%, Zunahme der Auffrischimpfung der Beschäftigten</li><li>5. 10% der Bewohnenden in Altenheimen sind nicht</li></ol>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF (Semmler)</p>
--	--	--



	<p>geimpft</p> <p><b>VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ (nicht berichtet)</li></ul> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>23. GrippeWeb</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. ARE-Rate in KW11 leicht gestiegen 6,0% (Vorwoche 5,7%)</li><li>2. Kinder stabil (11,7%), Erwachsene leicht gestiegen (4,8% auf 5,1%)</li><li>3. Schätzung: 5 Mio. Atemwegserkrankungen in KW11</li></ol> <p>24. ARE-Konsultationen</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Leicht gestiegen in KW11</li><li>2. Konsultationen gesamt liegt höher als letztes Jahr, aber im Wertebereich der vorpandemischen Saisons</li><li>3. Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 11. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche bei den 35-Jährigen leicht gestiegen, während sie in den anderen drei Altersgruppen gesunken oder stabil geblieben ist</li><li>4. Deutlichster Rückgang im Vergleich zur Vorwoche bei den Kleinkindern (0 bis 4 Jahre, 11%)</li><li>5. Große Unterschiede zwischen den Bundesländern</li></ol> <p>25. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Seit KW 9 erneuter Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE</li><li>2. Gesamtzahl 590.000 ARE-COVID-Besuche</li><li>3. Steigender Trend bei AG 35 Jahre, 0-4-Jährige rückläufige Anzahl</li></ol> <p>26. ICOSARI-KH-Surveillance- SARI Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. SARI-Fallzahlen seit KW 2 stabil geblieben,</li><li>2. Meisten AG stabile oder leicht rückläufige SARI-Fallzahlen</li><li>3. AG 80+ leichter Anstieg, mehr als die Hälfte der SARI Fälle mit COVID-19-Diagnose</li></ol>	
--	---	--

	<p>27. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiter stabil</li><li>2. Hospitalisierungsinzidenz für AG 0-5 gesunken</li><li>3. Leichter Anstieg in AG 80+ setzt sich in KW 11 zunächst nicht fort</li><li>4. Liegt über den Werten der 3. Welle, aber noch moderates Niveau</li></ol> <p>28. Intensivbehandlung: SARI-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Entwarnung in allen AG</li></ol> <p>29. Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rückgang hält weiter an, kann mit Überlastung der Gesundheitsämter zusammenhängen, die Fälle kapazitätsbedingt nicht mehr zu Ausbrüchen zusammenfassen</li><li>2. Schulausbrüche seit Mitte Feb mit 150 Ausbrüche/Woche relativ stabil</li></ol> <p><b>Virologische Surveillance</b>, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. seit 4 Wochen konstant Omikron-Anteile, SARS-CoV-2 aktivstes Virus, alle anderen endemischen Viren konnten nachgewiesen werden</li><li>4. BA.2 Anstieg auf 92% im Sentinel</li><li>5. Influenza: H3N2 unter 5%</li><li>6. In Ländern mit starker Lockerung auch Zunahme Influenza</li><li>7. Stärke HMPV wechselt sich mit Rhinoviren ab</li></ol> <p><b>Molekulare Surveillance:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Stichprobenanalyse zeigt einen nachgewiesenen Anteil von BA.2 von 83-84%, geringe Anteile von BA.1.1 und BA.1</li><li>○ Rekombinationsereignisse basieren auf Analysen von MF1, hierzu wurden Rohdaten zugeschickt, die eine im RKI durchgeführte eigene Sequenzierung erlaubten. Rekombinationsereignis konnte verifiziert werden</li></ul>	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bezüglich BA1.1 und BA1.2 werden Rekombinationsereignisse analysiert, derzeit 18 Genome aus 6 Ländern</li> <li>○ Das 3. Rekombinationsereignis mit BA.1 und BA.2 mit 12 Verdachtssequenzen, eine konnte im Haus sequenziert und bestätigt werden, weitere Fälle auch in DK, UK, US</li> </ul> <p><u>Diskussion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Als Info: Montag meist wenig Meldungen von Laboren, in DEMIS Daten werden Mittwoch und Donnerstag die meisten Labortests gemeldet, daher höhere Differenzen zum Vortag möglich</li> <li>○ Interpretation der steigenden Testzahlen und steigender Positivquote; ALM verweist auf mögliche Untererfassung. Möglichkeit der Untererfassung ist generell bekannt, über Daten der syndromischen Surveillance und Meldedaten ist bekannt, dass in allen AGs eine weite Verbreitung des Virus stattfindet. Keine hohe Relevanz der Detektion der Höhe der Untererfassung.</li> <li>○ Krankenhaus- und Intensivbelegungsdaten werden möglicherweise nachziehen, werden voraussichtlich aber nicht dasselbe Niveau wie der letzten Wochen erreichen</li> <li>○ TestVO wurde gestern Abend ans Haus geschickt, liegt Hr. Mehlitz vor, Stichtag 31.5: Vergütung im Rahmen der TEstVO wird mit Gültigkeit bis Oktober gestoppt. RKI gibt im Hinblick auf Testen im nosokomialen Bereich ein Statement ab</li> </ul> <p><b>To-Do</b> Bitte von Fr. Fischer an Fr. Buda, die Frage zur Untererfassung per Mail zukommen zu lassen. Hr. Mielke spricht morgen im BMG den Nachzug der Krankenhaus- und Intensivbelegungsdaten an</p>	
2	<p><b>Internationales (nur mittwochs)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG (Hanefeld)</p>
3	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien hier) (nur montags) ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
4	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
5	<p><b>Expertenbeirat (mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>Wieler</p>

<p><b>6</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Überarbeitung mehrerer Merkblätter</li> <li>! Übersetzung ukrainische Sprache, Veröffentlichung Homepage zum Thema Infektionsschutz</li> <li>! Hinweis auf weitere Auffrischimpfung wurde mitgenommen</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>30. Freitag Bundespressekonferenz</li> <li>31. Botschaft: Relevanz Impfung <ul style="list-style-type: none"> <li>! 4. Impfstoffdosis</li> <li>! Schutz der Impfung vor schweren Verläufen und Tod (Zielgruppe insbesondere Ü60-Jährige)</li> </ul> </li> <li>32. <u>Diskussion</u></li> <li>33. Bei Schutzwirkung der Impfung auch Schutz vor Long-Covid erwähnen? Fr. Scheidt-Nave ist diesbezüglich mit FG33 im Austausch, in Abstimmung mit FG33 gehen</li> </ul> <p><b>Risikokommunikation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Montag Früh wird das Feedback umgesetzt, weitere Klärung per Mail</li> </ul>	<p>BZgA (Peter)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Überlegung der Anpassung der Farbskala. Derzeit im Abstimmungsprozess, Vorstellung am Montag</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! „Strategie-Anpassung an die Ausbreitung von SARS-CoV-2 in der Gesamtbevölkerung durch die Omikron-Variante (BA.1/BA.2): Grundsätze des Umgangs mit respiratorischen Erkrankungen mit Fokus auf COVID-19 im Frühjahr 2022“</li> <li>! Wesentliche Punkte <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fokuslegung auf symptomatisch Erkrankte und</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 36 (Haas, Buchholz, Buda)</p>

	<p>Setting Haushalt als höchstes Risiko der Übertragung</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Depriorisierung von Kontaktpersonennachverfolgung und Verhinderung jeder Übertragung</li><li>○ Schaffung eines Verständnisses bei Bevölkerung und ärztlichem Personal des Beitrages jeder einzelnen Person zur Reduzierung des Risikos von Übertragungen und Schutz von Risikopatient*innen</li><li>○ Ersetzen der durch das GA initiierten Isolation aller SARS-CoV-2-Infizierten, Quellfallidentifikation, KoNa und damit verbundene Quarantäne durch konsequente umsichtige und rücksichtsvolle Selbst-Isolation von Personen mit akuter Atemwegserkrankung</li></ul> <p>3 Zielstellungen:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>(1) Abfederung Belastung Gesundheitssystem durch raschen Anstieg der Fallzahlen durch freiwillige Selbst-Isolation bei Symptomen</li><li>(2) Minimierung der Ausfallzeiten durch Wegfall der Quarantäneanordnung für Kontaktpersonen</li><li>(3) Wegfall der Absonderungsanordnung</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Grundsätze<ul style="list-style-type: none"><li>! Rücksichtnahme der Bevölkerung bei Auftreten von Symptomen 3-5 Tage und Nachlassen der Symptome freiwilliges isolieren, gilt auch für Kontaktpersonen</li><li>! Warnung in CWA bei rotem Risiko sieht dieses Schema als Hinweis vor, derzeit noch nicht umgesetzt</li><li>! Informationskampagne für Bevölkerung, Ärzt*innen</li><li>! In Einrichtungen mit Personen mit erhöhtem Risiko für schweren Verlauf gelten gesonderte Hinweise</li></ul></li><li>○ Diese Handreichung soll das Kontaktpersonenmanagementpapier ersetzen, Zeitplan hierfür ist eng, da ab 01.04 die</li></ul>	
--	---	--

	<p>Absonderungsmaßnahmen entfallen. Anfang April sind nur noch individuelle Anordnungen über Gesundheitsämter möglich.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heutige Finalisierung und Versendung ans BMG, Freitag Besprechung im BMG Jour Fixe, Versendung ans AGI</li> <li>○ Kommenden Dienstag Diskussion im AGI, AGI spricht sich positiv hierfür aus. Publikation bis zum 31.03.22</li> </ul> <p><u>Diskussion</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Begriff „Eigenverantwortung“ in anderes Wort ändern, ggf. Solidarität oder „Verantwortung übernehmen“, da es nicht nur um die eigene Verantwortung geht, sondern auch den anderen gegenüber, Hervorhebung von „umsichtig“ oder „rücksichtsvoll“</li> <li>! Diskussion um Angabe eines Zeitraumes von 3-5 Tagen, da Kontagiosität häufig länger ist, daher Überlegung auf Festlegung 5 Tage. Absichtlich weiche Formulierung der Isolation von 3 bis 5 Tagen bei Symptomen, damit Möglichkeit zur Umsetzbarkeit des Einzelnen eröffnet wird, sich auch nur 3 Tage zurückzunehmen</li> <li>! Infoblätter sind erstmal nur Beispiele, nicht unbedingt zum Versand an BMG, um nicht zu sehr in Detaildiskussionen zu geraten aufgrund der Zeitknappheit</li> <li>! Freitag in BPK Wieler Worte zur Strategieanpassung</li> <li>! Rote Kachel CWA empfiehlt Maßnahmen des alten Vorgehens: Anpassung derzeit Schwierigkeiten, muss noch durchgeführt werden</li> </ul> <p><b>To-Do</b></p> <p><i>Einarbeitung der Anmerkungen von FG36 und heutige Versendung ans BMG. Wording Eigenverantwortung durch „umsichtig und rücksichtsvoll“ ersetzen</i></p>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente</b> <i>(nur montags)</i>                  ! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur montags)</i>                  ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>



10	<b>Labordiagnostik (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	FG17 / ZBS1
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! Entisolation Pflege- und Altenheime ! Überlegung der Deeskalation der Entisolation in Pflegeheimen von Bewohnenden von 14 Tagen mit <b>Test auf 10 Tage</b> mit Test. Grundlage hierfür basiert auf der Modellierung der Risikoabschätzung von Hrn. Kleist. Betrifft insbesondere die Teilhabe der Älteren und das Gerechtigkeitsgefühl, da Pflegende sich nach 5-7 Tagen sich entisolieren können ! Berücksichtigung, dass in Bevölkerung andere Verantwortung gilt als in nosokomialen Bereich. Angaben im Entlassmanagement sind Rahmenbedingungen, die hohe Sicherheit gewährleisten. Davon kann durch Sachverstand vor Ort abgewichen werden  <b>TO-DO</b> <i>Vorbereitung der Publikation durch Fr. Niebank, Übersendung an Fr. Rexroth. Vor Veröffentlichung vorab Übersendung ans BMG.</i>	FG38 (Rexroth) Alle
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	
13	<b>Surveillance (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	FG32
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	FG38
16	<b>Wichtige Termine</b> ! Montag, 28.03.2022 13-15:00 In(tra)-Action Review RKI-internes Krisenmanagement	Alle
17	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: <del>Montag, 28.03.2022</del> <u>Mittwoch, 30.03.2022</u> , 13:00 Uhr, via Webex	

Ende: 12:48 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 30.03.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

- Teilnehmende:
- ! Institutsleitung
    - Lars Schaade
    - Esther-Maria Antão
  - ! Abt. 2
    - Michael Bosnjak
  - ! Abt. 3
    - Osamah Hamouda
    - Tanja Jung-Sendzik
  - ! ZIG
    - Mikheil Popkhadze
  - ! FG12
    - Annette Mankertz
  - ! FG14
    - Mardjan Arvand
    - Melanie Brunke
  - ! FG17
    - Ralf Dürrwald
  - ! FG32
    - Michaela Diercke
  - ! FG34
    - Viviane Bremer
    -
  - ! FG35
    - Christina Frank
    - Hendrik Wilking
  - ! FG36
    - Silke Buda
    - Kristin Tolksdorf
    - Stefan Kröger
  - ! FG37
    - Tim Eckmanns
  - ! FG 38
    - Ute Rexroth
    - Amrei Wolter (Protokoll)
  - ! MF2
    - Thorsten Semmler
  - ! MF4
    - Martina Fischer
  - ! P1
    - Ines Lein
  - ! Presse
    - Ronja Wenchel
    - Susanne Glasmacher
  - ! ZBS7
    - Michaela Niebank
  - ! ZIG1
    - Anna Rohde
  - ! L1
    - Joachim-Martin Mehlitz
  - ! BZgA
    - Andrea Rückle



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur montags)</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datenstand: WHO, 22.03.2022</li> <li>○ Fälle: 481.756.671 (-13% im Vergleich zu Vorwoche)</li> <li>○ Todesfälle: 6.127.981 Todesfälle (CFR: 1,3%)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Südkorea (Zahlen sinken wieder), Deutschland (stagniert), Vietnam (sinkt), Frankreich (stärkste Steigung), VK, Italien, Australien, Japan, Österreich, Niederlande</li> </ol> </li> <li>2. WHO epidemiological update <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vielerorts geänderte Teststrategie, Spanien testet seit 28.03.2022 nur noch Risikogruppen</li> <li>2. Anstieg der letzten Wochen setzt sich nicht fort, schränkt WHO ein, da veränderte Teststrategie</li> <li>3. Meisten Fälle EU und Westpazifik</li> <li>4. Höchste Anzahl an Todesfällen pro Woche wurden in Chile gemeldet (11.858 neue Todesfälle, +1710%), USA (5.367 neue Todesfälle, +83%), Indien (4.525 neue Todesfälle, +619%), dies lässt sich durch geänderte Definition und rückwirkenden Nachmeldungen erklären</li> <li>5. COVID in Nachbarländer:</li> <li>6. Vergleich zwischen Dänemark, Frankreich, Italien und Vereinigtes Königreich. 70% der dänischen Bevölkerung seit Nov.2021 infiziert (nach Seroprävalenzstudie, hier wurde geschätzte Untererfassung miteinberechnet. Anstieg der Krankenhausaufnahmen in UK</li> </ol> </li> <li>3. 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 7-Tages-Inzidenz sinkt in einigen Ländern. Durch Änderung der Teststrategie sind die Zahlen mit Vorsicht zu genießen</li> <li>2. Da Teststrategie geändert, sind Zahlen mit Vorsicht zu genießen</li> </ol> </li> <li>4. WHO Update: SARS-CoV-2-Varianten Rekombination <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berichte der Vorkommen in Europa bisher aus Dänemark, Frankreich, Finnland, Deutschland,</li> </ol> </li> </ol>	<p>ZIG 1 (Rohde)</p>



	<p>3. Stärkster Rückgang AG 15-34-Jährigen</p> <p>4. Anstiege Ü60 und Ü80 haben sich nicht fortgesetzt</p> <p>10. Hospitalisierungsinzidenz nach Altersgruppe</p> <p>1. Neu: Einfärbung, mehr Fokus auf adjustierte Werte (seit letzter Woche auch so in Wochenbericht)</p> <p>2. Anstieg hat sich nicht fortgesetzt</p> <p>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche</p> <p>1. Peak in 7. KW, danach ähnlich hohes Niveau</p> <p>2. Fall-Verstorben Verhältnis geringer als in Wellen</p> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>12. DIVI-Intensivregister</p> <p>1. Aktuell werden 2.340 Patienten behandelt,</p> <p>2. 1.970 Neuaufnahmen in letzten 7 Tagen</p> <p>3. Seitwärtsbewegung, dennoch hohes Niveau</p> <p>4. Anzahl Verstorben bleibt konstant hoch</p> <p>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <p>1. Berlin, BB, SA, TH kleiner Anstieg</p> <p>2. Bremen, Saarland hoher Anstieg</p> <p>3. NRW, H gleiches Niveau</p> <p>4. SH, HH Rückgang</p> <p>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>1. Anteile an COVID und Non-COVID-Patient:innen hält sich die Waage</p> <p>2. 60% der Intensivstationen melden teilweise/vollständige Einschränkung, begründet durch Personalmangel</p> <p>3. In Regelversorgung melden 50% eine Belastung</p> <p>15. Altersgruppen</p> <p>1. 76,2% der Patient:innen auf ITS sind über 60 Jahre alt</p>	<p>AL3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---

	<p>2. Weiter Anstieg 70-79-Jährigen</p> <p>3. Anstieg der AG 0-17 und 18-29</p> <p>4. Insgesamt Zunahme bei jüngster und ältester AG</p> <p>16. SPoCK: Prognosen</p> <p>1. Eher leichter Aufwärtstrend für alle Kleeblätter, erwartbarer Rückgang für den Süden</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>17. Testanzahl und -kapazität</p> <p>1. Leicht zurückgegangen, Anteil positiv getestet kaum verändert (0,1%)</p> <p>2. Letzter Bericht in wöchentlicher Frequenz, Testzahlenerfassung wird ab sofort nur noch alle 14 Tage erhoben.</p> <p>18. Laborauslastung</p> <p>1. Leichter Rückgang in meisten BL</p> <p>2. Hohe Auslastung in N, MV, TH, SS, SA</p> <p>19. Wo wird getestet</p> <p>1. Leichter Rückgang Arztpraxen, leichter Rückgang positiver Anteil</p> <p>2. KH weniger getestet, gleicher positiven Anteil</p> <p>20. Testungen nach Altersgruppe</p> <p>1. Keine große Veränderung</p> <p>2. 15-34-Jährigen testen weniger, deutlicher Rückgang</p> <p>3. Positivenanteil geht zurück</p> <p>21. Monatsbericht SARS in ARS</p> <p>22. – leichter Rückgang, es gibt Nachmeldungen</p> <p>23. Positivenanteil und Anzahltestung hält sich Waage</p> <p>24. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen, Alten- und Pflegeheimen</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	----------------------------



	<ol style="list-style-type: none"><li>1. KH: aktive Ausbrüche gehen zurück</li><li>2. AH/PH: aktive Ausbrüche nehmen zu, Todesfälle nehmen auch zu</li></ol> <p><b>VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>) BA.2 bei 81% Andere Varianten wurden gar nicht mehr nachgewiesen (VOC) in KW11 Innerhalb von Omikron zirkuliert ausschließlich eine Subvariante IfSG Daten Omikron 99,7% Rekombinationen: XD Variante Fall aus Deutschland, XG sind 15 Sequenzen in der Untersuchung</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>25. GrippeWeb</li><li>26. ARE-Konsultationen<ol style="list-style-type: none"><li>1. ARE-Rate ist stabil geblieben</li><li>2. Gesamtzahl von ca. 5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</li><li>3. Durch Nachmeldungen (mehr „Nicht-ARE“) gesunken</li><li>4. Anstieg bezieht sich auf Erwachsene, Kinder bewegen sich stabil zur Seite, dort nicht mehr ARE als im Herbst</li></ol></li><li>5. Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 12. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen AG gesunken.</li><li>6. Den deutlichsten Rückgang gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den (5- bis 14-Jährigen; 20 %)</li><li>27. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose<ol style="list-style-type: none"><li>1. seit KW 9/2022 Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE in nahezu allen Altersgruppen (Ausnahme: Kleinkinder), welcher sich in KW 12/2022 nicht fortsetzt</li></ol></li><li>28. ICOSARI-KH-Surveillance- SARI Fälle<ol style="list-style-type: none"><li>1. SARI-Fallzahlen sind insgesamt seit KW 2/2022 stabil geblieben</li><li>2. Seit KW 52/2021 unter vor-pandemischen Niveau, aktuell unter Niveau der Vorsaison</li></ol></li><li>29. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</li></ol>	
--	--	--



	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Weiterhin stabil, kleiner Anstieg in AG 80+ setzt sich in KW11 und 12 zunächst nicht fort</li></ol> <p>30. Intensivbehandlung: SARI-Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. In keiner AG Bild das wir in Grippewellen gesehen haben, eher unterhalb</li></ol> <p>31. Ausbrüche in Kindergärten/Horte</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. GA sind nicht mehr in der Lage zu übermitteln (Zusammenfassung Fälle zu Ausbruch)</li><li>2. Massive Untererfassung bei den Ausbrüchen (Nachermittlungsunterverfahren bei Gesundheitsämtern)</li><li>3. Rückgang hält weiter an; im Gegensatz dazu ist in den KiTa-Register-Daten wieder ein deutlicher Anstieg des Infektionsgeschehen zu erkennen</li><li>4. Schulen: seit Mitte Feb bei etwa 150 Ausbrüchen pro Woche relativ stabil</li></ol> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>)</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Gleichbleibendes Niveau</li><li>6. KW 12 höchster Anteil Nachweis COVID</li><li>7. Geringster Anteil 15-34 Jährigen</li><li>8. 393 untersuchte Proben, KW12 Omikron Anteil bei 82%</li><li>9. Influenza Viren Anstieg (von 6-72% auf 6,83%)</li><li>10. H1N1 Viren rückläufig</li><li>11. Ein Virus konnte nicht sequenziert werden</li><li>12. Altersverteilung: eher jüngere AG bei Influenza betroffen</li><li>13. Endemische Viren: SARS-CoV-2 stärkstes Virus, Nachweis aber aller endemischen Viren</li><li>14. Starker Anstieg HKU1 in KW 12</li><li>15. HMPV dominiert, gefolgt von Rhinoviren, vereinzelte PIV, geringe Aktivität RSV</li></ol>	
--	---	--



Diskussion

Wochenbericht

- Um eventuell den Blick zu weiten, kann eine Abbildung mit einem Vergleich zu Vorjahren und krankheitsbedingter Hospitalisierung in den Wochenbericht aufgenommen werden. Kann dazu beitragen, die Deutungshoheit zur Krankheitslage zurückzugewinnen und aufzeigen, dass das Gesundheitssystem derzeit nicht wegen der Behandlung von Patient:innen, sondern durch Personalmangel überlastet ist.
- Ggf. auch Aufnahme der Darstellung der derzeitigen Belastungslage und der Veränderung der Krankheitslast. Krankheitslast/Schwere/Last soll dabei getrennt betrachtet werden von der Belastung der Kliniken, die auch durch weitere Faktoren gerieben wird
- Fokus auf Krankheitslast, nicht Infektionsfälle, Darstellung dessen ist im Wochenbericht geeignet
- Weitere Überlegungen Wochenbericht: Aufnahme Betriebsituation ITS als Indikator, Abbildung der im Krankenhaus krankheitsbedingten COVID-SARI-Fälle, Entfernen der Abbildungen 12 und 13 zu Hospitalisierungen der Meldedaten
- Zur Info: BMG nimmt Betriebsituation und Personalmangel in ihrem Lagebericht auf
- Wochenbericht soll umorganisiert werden, ändert die Gewichtung. Anstatt auf individuelle Verläufe soll die Krankheitslast betont werden
- Fraglich, ob die Betriebsituation in KH stärker dargestellt werden soll, da die Betriebsituation kein Argument für Maßnahmen auf Bevölkerungsebene sein kann. Ziel war/ist die Vermeidung/Reduktion von schweren Krankheitsverläufen, dies begründet die Maßnahmen. Dennoch beeinflusst die Belastung des Gesundheitssystems die Bevölkerung, die kann klein dargestellt werden

Heat-Map

- Aus Zeitgründen wir die Neuerungen bei der Heat-Map zurückgestellt

Inzidenzkarte Farbanpassung

- Änderung der Farbskala auf sieben Kategorien:

Blau=keine Fälle

Dunkelgrün: 0-50

Hellgrün : 50-250

Gelb: 250-500

Orange: 500-1000

Rot: 1000-2000

Dunkelrot: über 2000

- Zusammenfassung der Kategorien mit hohen Fällen
- Ausdrücklicher Wunsch nach einer geringen Anzahl an Kategorien, bei Bedarf (Sinken der Fallzahlen/Inzidenzen)

	<p>kann eine Anpassung folgen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ggf. könnte bei Anpassung der Farbskala mitschwingen, dass die Risikobewertung geändert wurde. Presse sieht keinen Bezug zur Risikobewertung und dass dies von außen so wahrgenommen werden könnte</li> <li>○ Zu beachten ist, dass die Farbskala nicht barrierefrei ist (rot-grün-Schwäche) hier müsste eine erneute Anpassung erfolgen</li> <li>○ Zunächst Anpassung der Farbskala im Lagebericht, darauffolgend auch noch Anpassung im Dashboard</li> </ul> <p><b>To-Do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <i>Vorschlag für Wochenbericht erstellen bzgl. der Einbindung der syndrom. Surveillance und Krankheitslast. (FG36 und FG32), Änderung kann diese Woche noch nicht im Wochenbericht eingepflegt werden, erst nächste Woche</i></li> <li>○ <i>Überprüfung der Barrierefreiheit der Farbskala (Hamouda)</i></li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Internationales</b> (<i>nur mittwochs</i>)                  ! (nicht berichtet)</p>	ZIG (Hanefeld)
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien hier) (<i>nur montags</i>)                  ! (nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>                  ! Wird nicht geändert, Überlegung der Andeutung der Lockerung in der nahen Zukunft                  ! Als Tagesordnungspunkt Jour Fixe nächsten Freitag ansetzen</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung</i>)                  ! (nicht berichtet)</p>	Wieler
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Novavax Impfstoff Infoblatt veröffentlicht</li> <li>! Merkblätter aktualisiert (Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen und Thema Impflicht)</li> <li>! Derzeit viele ukrainische Übersetzungen</li> </ul>	BZgA (Rückle)  Presse (Wenchel)



	<p>gelten keine Ausnahmen mehr für Geimpfte/Genesene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Für Beschäftigte im medizinischen oder pflegerischen Bereich gelten grundsätzlich dieselben Empfehlungen wie für die allgemeine Bevölkerung, hier allerdings Tätigkeits- oder Betreuungsverbot. Wenn zuvor 48h keine Symptome, kann ab dem 5. Tag mit negativem Schnelltest/PCR Test eine Wiederaufnahme der Tätigkeit stattfinden. Daher soll noch der Passus „Vor Wiederaufnahme der Tätigkeit“ eingepflegt werden</li> <li>! Für Kontaktpersonen gibt es die Empfehlung der freiwilligen Kontaktreduzierung von 5 Tagen und der Empfehlung zu täglichen (Selbst) Testungen, auch hier sollen keine Ausnahmen für Geimpfte/Genesene gelten</li> <li>! Berücksichtigung: Maßnahmen die angeordnet werden nach §28 IfSG müssen notwendig und im Hinblick auf Verhältnismäßigkeit das mildeste Mittel sein: Beschäftigte in medizinischen Einrichtungen dürfen nicht schlechter gestellt sein, Anordnung Quarantäne nur für Beschäftigte med. Einrichtung wäre rechtswidrig, daher bleibt das RKI bei der Gleichstellung der Maßnahmen wie für allgemeine Bevölkerung mit Verweis auf Tätigkeitsverbot</li> <li>! Absprache zwischen FG36, FG37, L1, FG14, AG Diagnostik und Abteilungsleitung, Grundtendenz ist richtig, Sicherstellen dass es keine internen Gegensätze gibt</li> </ul> <p><b>To-Do</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <i>Fertigstellung des Papiers bis zum Freitag, 12:00 Uhr (FG36, FG37, L1, FG14, AG Diagnostik). Bei Überarbeitung Berücksichtigung der Fußnoten (PCR-Testungen, Aussagen Antigen-Test). Anschließend Übersendung an das BMG für Jour Fixe am Freitag um 15 Uhr.</i></li> <li>! <i>Nachfrage nach Bearbeitungsstand des Papiers zum Entlassmanagement/Entisolierung</i></li> </ul>	
<p><b>8</b></p>	<p><b>Dokumente (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)</p>	<p>FG33</p>

10	<b>Labordiagnostik (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	FG17 / ZBS1
11	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> ! (nicht berichtet)	FG38 Alle
12	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz (nur montags)</b> !	
13	<b>Surveillance (nur montags)</b> ! Am 16.03 wurde in DEMIS die Eingabemaske für die elektronische Meldung von Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19 für Krankenhäuser installiert. Zwei Krankenhäuser sind angebunden, eine erste Meldung wird die Tage erwartet. Wird am Freitag im Jour Fixe im BMG angesprochen. Derzeit mehr Support Anfragen von Krankenhäusern, die sich für eine Anbindung interessieren. ! Neue Definition für Reinfektion Diskussion <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bedenken, ob dies als Grundlage für weitere Maßnahmen missinterpretiert werden kann, vorab Übersendung an das BMG zur Kenntnis</li> <li>○ Ist die Revidierung der Definition nötig und richtiger Zeitpunkt?</li> <li>○ Fachlich notwendig ist es, derzeit eine sehr strenge Definition (3 Monate Abstand), kann von GA in der Form nicht dokumentiert bzw. umgesetzt werden.</li> <li>○ Viele Presseanfragen und Anfragen aus Bundesländern. Mit Umsetzung kann den Ländern entgegengekommen werden, kann in Routineberichterstattung aufgenommen werden</li> <li>○ Bis dato sind Daten zur Reinfektion seit Mitte 2020 in Software vorhanden, konnten über Häkchensetzen angegeben werden. Daten hierzu wurden weich übermittelt, zwischendrin auch Publikation.</li> <li>○ In Papier an BMG soll dargestellt werden, dass die Auswerteseite entscheidend ist, hierzu wird die Einleitung noch angepasst (Datum von Januar auf März ändern) und eine Erklärung geschrieben.</li> </ul> <b>TO-DO</b> <i>Anpassung des Datums über Einleitung (von Januar auf März), Erklärungstext, Übersendung an Hr. Schaade, anschließend Weiterleitung an das BMG</i>	FG32 (Diercke)  FG32 und FG36
14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen (nur montags)</b> ! (nicht berichtet)	FG38
15	<b>Information aus dem Lagezentrum (nur montags)</b>	FG38



	! Ab 01.04 wird das Lagebild „abgeschmolzen“ im BMG, über Ostern keine Besetzung LZ	
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> !	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> ! Nächste Sitzung: Montag, 04.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende:** 12:57 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 04.04.2022 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

-Ausfall des Krisenstabes-



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 06.04.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

- Teilnehmende:
- ! Institutsleitung
    - o Lars Schaade
    - o Esther-Maria Antão
    - o Lothar Wieler
  - ! Abt. 1
    - o Martin Mielke
  - ! Abt. 2
    - o Michael Bosnjak
  - ! Abt. 3
    - o Osamah Hamouda
    - o Tanja Jung-Sendzik
  - ! ZIG
    - o Mikheil Popkhadze
  - ! FG14
    - o Mardjan Arvand
    - o Melanie Brunke
  - ! FG17
    - o Ralf Dürrwald
    - o Djin-Ye Oh
    - o Ralf Dürrwald
  - ! FG21
    - o Wolfgang Scheida
  - ! FG32
    - o Michaela Diercke
    - o Claudia Sievers
    - o Justus Benzler
  - ! FG33
    - o Thomas Harder
  - ! FG34
    - o Viviane Bremer
  - ! FG35
    - o Christina Frank
  - ! FG36
    - o Silke Buda
    - o Kristin Tolksdorf
    - o Udo Buchholz
    - o Kai Schulze
    - o Walter Haas
  - ! FG37
    - o Tim Eckmanns
  - ! FG 38
    - o Ute Rexroth
    - o Amrei Wolter (Protokoll)
  - ! MF4
    - o Martina Fischer
  - ! P1
    - o Ines Lein
    - o Christina Leuker
  - ! Presse
    - o Ronja Wenchel
    - o Susanne Glasmacher
  - ! ZBS7
    - o Michaela Niebank
    - o Agata Mikolajewska
  - ! ZIG
    - o Johanna Hanefeld
  - ! ZIG1
    - o Sofie Gillesberg Raier
  - ! BZgA
    - o Andrea Rückle





TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Datenstand: WHO, 05.04.2022</li> <li>○ Fälle: 490.853.129 (-21% im Vergleich zu Vorwoche)</li> <li>○ Todesfälle: 6.155.344 Todesfälle (CFR: 1,3%)</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Neu hinzugekommen: USA und Thailand (da Österreich und Niederlande nicht mehr auf der Liste sind)</li> <li>2. Global rückgängige Fallzahlen in allen Regionen (5-19%)</li> <li>3. Ebenso Rückgang der Todesfallzahlen</li> </ol> </li> <li>2. WHO epidemiological update             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien, insbesondere in Europa (teilweise nur Testungen von Risikogruppen, Personen die Behandlungen im Krankenhaus benötigen, Personen die mit Risikogruppen arbeiten, Österreich hat Anzahl PCR pro Einwohner:innen reduziert)</li> </ol> </li> <li>3. 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückgang der Inzidenzen</li> <li>2. Frankreich und Italien stabilisierte Zahlen</li> </ol> </li> <li>4. WHO Update:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARS-CoV-2 Genomsequenz des ersten Falles wird als „index virus“ bezeichnet</li> <li>▪ Omicron dominierend (99,8%)</li> <li>▪ BA.2 macht 93,6% der Omikron Sequenzen aus, dominierend in allen WHO Regionen</li> <li>▪ XE: 10% Transmission Vorteil zu BA.2</li> <li>▪ Studien: Hospitalisierung Kinder &lt;4 in USA (Hospitalisierungsraten 5x höher während Omicron dominant war im Vergleich zu Delta, Hospitalisierungslänge kürzer)</li> <li>▪ Weitere Studie in Norwegen zu Hospitalisierung von Kindern &lt;18 Jahren: Länge des Krankenhausaufenthaltes median 1 Tag für alle drei Varianten</li> <li>▪ Risiko für Hospitalisierung: Alpha 4,1%, Delta 1,6%, Omikron 1,7%, allerdings auch mehr Kinder mit Omikron als mit Alpha infiziert, muss in Bewertung berücksichtigt werden</li> </ul> </li> </ol>	<p>ZIG 1 (Raiser)</p>



	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ SurvNet übermittelt: 22.064.059 (+214.985), davon 130.708 (+340) Todesfälle</li><li>○ 7-Tage-Inzidenz: 1.322,2/100.000 Einw. (Rückgang um 300 Punkte)</li><li>5. Hospitalisierungsinzidenz: 6,62/100.000 EW, AG ≥ 60jährige: 15,04/100.000 EW</li><li>6. Fälle auf ITS: 2.160 (-74)</li><li>7. Impfmonitoring: Erstimpfungen 76.6%, Zweitimpfung 76,0%, Auffrischimpfungen 58,8%</li><li>8. Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer<ol style="list-style-type: none"><li>1. In allen BL Rückgang</li><li>2. Höchste: SA, TH, MV, BY</li><li>3. Niedrigste: B, HH, BB</li></ol></li><li>9. Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz<ol style="list-style-type: none"><li>1. Derzeit hohes Niveau, 340 LK bei über 1.000</li><li>2. Ab morgen neue Kartendarstellung (Farbe und zusammengefasste Kategorien)</li></ol></li><li>10. Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche<ol style="list-style-type: none"><li>1. Deutlicher Rückgang in allen AG</li><li>2. Stärkste AG 5-14 jährige</li><li>3. AG 60-79 und Ü80: leichter Rückgang</li></ol></li><li>11. COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hohes Niveau, 1000-1400 pro Woche</li></ol></li><li>○ Keine Übersterblichkeit nach Destatis</li><li>○ Zur Plausibilitätsüberprüfung wurden DEMIS Meldungen und an das RKI übermittelte Fälle verglichen, Fälle sind plausibel, Labore melden deutlich weniger</li></ul> <p><b>ITS-Belegung und Spock</b> (Folien <a href="#">hier</a>) (<i>nur mittwochs</i>)</p> <ol style="list-style-type: none"><li>12. DIVI-Intensivregister<ol style="list-style-type: none"><li>1. Behandlung von 2.125 COVID-19 Patient:innen auf Intensivstationen</li><li>2. Seitwärtsbewegung in COVID-ITS-Belegung</li><li>3. Anzahl Neuaufnahmen geht leicht runter (1.690 in den letzten 7 Tagen)</li><li>4. Anzahl verstorbener SARS-CoV-2 positive Patient:innen pro Tag bei Plateau</li></ol></li><li>13. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</li></ol>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In allen BL Seitwärtsbewegung, belastetere BL: SA, MV, SL, BY</li> <li>14. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hoher Anteil nicht-invasiver Behandlung, unbekannte Behandlung (37%)</li> <li>2. Differenziertere Erfassung SARS-CoV-2 als Haupt- oder Nebendiagnose?</li> <li>3. Anstieg der Einschätzung der Betriebssituation als eingeschränkt, Gründe liegen beim Personal</li> </ol> </li> <li>15. Altersgruppen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Plateaubewegung bzw. Rückgang in allen AG</li> <li>2. Dominierende Altersgruppe auf ITS ist AGÜ60</li> </ol> </li> <li>16. SPoCK: Prognosen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gleichbleibende Niveaubewegung für ganz Deutschland</li> <li>2. Leicht steigende Tendenz Norden, Südwest</li> </ol> </li> </ol> <p><b>Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>) (nur mittwochs)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>17. Testanzahl und -kapazität             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückgang Durchführung PCR-Testungen um 16%, Anzahl Testungen in KW13/2022 bei 1,9 Mio.</li> <li>2. Rückgang Positivenanteil auf 52%</li> <li>3. Testanzahl sollen ab jetzt 14-tägig aktualisiert werden</li> <li>4. In KW16 für KW14 und KW15, allerdings noch Pause durch Ostern, 4-Wochen Lücke soll vermieden werden</li> <li>5. Testkapazitäten zu 2/3 ausgelastet</li> </ol> </li> <li>18. Laborauslastung             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. In meisten BL Entspannung</li> </ol> </li> <li>19. Wo wird getestet             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SH testet mehr als vor einem Jahr, B, HE, HH testen auf selbem Niveau wie letztes Jahr</li> <li>2. Meisten Testungen in Arztpraxen</li> <li>3. Höchster Positivenanteil in Arztpraxen (60%), dann Teststellen, Dann Krankenhäuser</li> <li>4. Rückgang der Positivenanteile und Anzahl Testungen pro 100.000</li> </ol> </li> <li>20. Testungen nach Altersgruppe             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anzahl Testungen in AG 5-14-Jährige am höchsten</li> </ol> </li> <li>21. Ausbrüche in med. Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen: 169 aktive Ausbrüche</li> <li>2. Ausbrüche Altenheim: Derzeit Plateaubildung von 585</li> </ol> </li> </ol>	<p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG32 (Sievers)</p>
--	---	---





	<p><b>mittwochs)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. 142 Einsendung</li> <li>6. Geringste Einsendung an SARS-Cov-2 seit Beginn</li> <li>7. Leichte Aktivität HKU1</li> <li>8. KW 12: 92% BA.2 Variante</li> <li>9. Altersaufteilung: kommt im Sentinel in allen AG vor</li> <li>10. Influenza Viren: weiterer Anstieg A(H3N2), wenig Veränderung zu Vorwochen, Nachweisrate von 7%</li> <li>11. HMPV am stärksten vertreten, dann humane Rhinoviren, PIV geringe Aktivität</li> </ol> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Inzidenzkarte mit neuen Farben und angepassten Kategorien einpflegen, bei kleineren Inzidenzen können die Kategorien flexibel aufgefächert werden. Überarbeitete Karte kann übernommen werden</li> <li>○ Klinisch mehr unterscheiden, ob COVID die Haupt- oder Begleitdiagnose ist? Es kann nur eine Hauptdiagnose gestellt werden, Begleitdiagnosen können bis zu 300 gegeben werden und hängen auch mit Codierrichtlinien und Bezahlung zusammen. Differenzierung ist dennoch gut. Klare Zielstellung der Erfassung herausarbeiten, so bedeutet eine Behandlung mit COVID als Hauptdiagnose auch einen erhöhten Behandlungsaufwand. Klare Trennung: ITS Kapazität wird über das DIVI-Register erfasst, die Schwere der Krankheit der Patient:innen über Surveillance. Die klaren Linien sollen auch gegenüber dem BMG benannt werden. Für und Gegen-Argumente zusammenschreiben, da dies auch Thema im Expertenrat ist.</li> <li>○ Tabelle mit IfSG-Daten kann durch einen erklärenden Satz im Wochenbericht ersetzt werden</li> </ul> <p><b>Todo:</b> Hintergrundinformationen für WPK zusammenstellen (Fischer und Unterstützung FG36)</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Internationales (nur mittwochs)</b></p> <p>Treffen am Montag mit WHO (<i>Vertrauliche Informationen, nicht zur Weitergabe nach außen bestimmt</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Benennung des Wuhan-01: „index virus“</li> <li>○ Epidemiologische Daten weisen darauf hin, dass Omikron-Sublinien eine etwas kürzere Inkubationszeit und ein kürzeres serielles Intervall als Delta haben und einen rascheren Viruslastanstieg</li> <li>○ Omikron weist ein bis zwei Tage vor Symptombeginn bereits</li> </ul>	<p>FG17 (Oh)</p>





	<p>übertragungsrelevante Viruslasten auf</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Höhere Transmission und geringere Virulenz könnte sich dadurch erklären lassen, dass Omikron früher und effizienter in Nasenepithelgewebe repliziert als Bronchialepithel</li> <li>○ Möglicherweise Wegfall von zwei Tiermodellen; Frettchen lassen sich mit Omikron nicht infizieren, in Hamstern wird Omikron schlechter repliziert als Delta</li> <li>○ Zunehmender Nachweis von rekombinanten Viren aufgrund von hohen Infektionszahlen und Cozirkulation von verschiedenen Varianten</li> <li>○ Untersuchung von rekombinanten Viren ist daher wichtig, da Virus neue Selektionsvorteile gewinnen kann</li> <li>○ Derzeit zirkulierende Varianten: Omikron BA.1/BA.2 Spike, Omikron bzw. Delta Rückgrat</li> <li>○ Erwartung: Durchsetzung von Rekombinanten mit BA.2 Spike</li> <li>○ BA.1 x BA.2 Rekombinanten Zunahme</li> <li>○ Derzeit stehen Analysen zur Krankheitsschwere von Infektionen mit Rekombinationen noch aus</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b> (Folien hier) <i>(nur montags)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG21
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! (nicht besprochen)</p>	Alle
<b>5</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(mo. Vorbereitung, mi. Nachbereitung)</i></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Wieler
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p> <p><b>Risikokommunikation</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
<b>7</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p>	



	<p><b>Allgemein</b></p> <p>GMK-Beschlüsse und Lauterbach-Kehrtwende zu Quarantäne- und Isolationsregelungen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Kehrtwende BMG: Vorschlag der freiwilligen Isolation nach positiver Testung wurde verworfen. Sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für den medizinischen Bereich soll eine behördliche Isolation (nicht Quarantäne!) angeordnet werden</li> <li>! Bericht aus AGI über Beschwerde der Länder über die Inkonsistenz, Bitte nach Einarbeitung der Rückmeldungen der Länder in das Dokument und der Erstellung einer überarbeiteten schriftlichen Handreichung</li> <li>! BMG hat im Verlauf des Krisenstabes eine erneute Überarbeitung des Dokumentes dem RKI zugesendet, in dem bereits der Passus des Tätigkeitsverbotes für medizinisches Personal gestrichen wurde, da diese durch die auferlegte Isolierung obsolet wird</li> <li>! Bis zur Zusendung des überarbeiteten Dokuments seitens BMG wurden erste Änderung von RKI Seite eingearbeitet, Finalisierung war noch nicht möglich</li> <li>! Wichtigsten Änderungen (auch im Dokument vermerkt):             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorschläge wurden von den Ländern grundsätzlich begrüßt</li> <li>▪ Für die SAR-CoV-2 pos. Getesteten ambulant: „Freitestung“ mit AG-Test Tag 5, Tag 7, Aufheben nach Tag 10 auf fachlicher Grundlage von 3 Arbeiten</li> <li>▪ Der Begriff „symptomatisch“ soll alle ARE und nicht nur COVID abdecken, gemeint sind neu aufgetretene, akute Atemwegssymptomatik, nicht chronische oder allergische Genese</li> <li>▪ Bezüglich der arbeits- und versicherungstechnischen Fragen sowie den Umsetzungsfragen liegt die Zuständigkeit nicht beim RKI. Generell sind aber Asymptomatische bei Beibehaltung der Isolationspflicht abgedeckt und die Ungleichbehandlung zwischen dem ambulanten und medizinischen Bereich bei Beibehaltung der Isolation obsolet</li> <li>▪ CT-Wert von Seiten des Gesundheitsministers weiterhin gewünscht</li> <li>▪ Bei vollständig geimpftem, positiv getestetem Personal soll auch bei Personalmangel das Tätigkeitsverbot bestehen bleiben</li> <li>▪ Ein Entfall allgemeiner Meldepflicht für SARS-CoV-2-Nachweise wird vom RKI abgelehnt, insbesondere für die Beurteilung der Entwicklung der Lage sind die Meldedaten relevant. BY, BW, SH und andere BL unterstützen das Festhalten an der Meldepflicht, Filter muss in Teststrategie ergänzt werden</li> <li>▪ Es werden keine abgestimmten Infektionsschutzkonzepte zum Schutz vulnerabler Gruppen ergänzt, dies soll in Form von Extrapapieren</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p>
--	--	-------------



	<p>durchgeführt werden, um von kleinteiligen Lösungen abzusehen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Bezüglich der gewünschten wissenschaftlichen Evidenz für die Kürzung der Isolierungsdauer kann auf die aktuelle Version des COVID Strategy Calculators, sowie auf 3 (von Hrn. Mielke versendete) Paper zur Ausscheidungskinetik verwiesen werden</li><li>▪ Paper weisen auf, dass 5 Tage nach Symptombeginn 50% der SARS-CoV-2-positiven mittels Antigentest kein Virus nachweisbar ist, daher sinnvoll des Testbeginns ab Tag 5</li><li>▪ Der Fokus der Gefahr für Kinder durch Wegfall der KoNa soll auf gesamte Bevölkerung erweitert werden und auf den sehr hohen Anteil der Bevölkerung mit Labornachweis hingewiesen werden</li><li>▪ RKI Sicht ist hier nicht die alleinige Einschränkung auf die Kinder, sondern Hinweis auf einen hohen Anteil</li><li>▪ Strategie der Kommunikation: Einbeziehung der Bevölkerung, ansonsten kann Verhalten der Bevölkerung wissenschaftliche Evidenz in Gegenteil verzerren</li></ul> <p>KRINKO-Rückmeldungen zu Q&amp;I-Regelungen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>! Vorschlag aus der KRINKO bei Beschäftigten in Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten einen Satz einzufügen, dass grundsätzlich in den Einrichtungen/den zuständigen Behörden die Möglichkeit zur individuellen Entscheidung (Personalnotstand) gegeben sein sollte</li><li>! Spezifizierung von Angaben: „deutliche Symptombesserung“ soll mit Zeit versehen werden, hier Nennung von mind. 48h Symptomfreiheit</li><li>! Bezüglich des „angeordneten Tätigkeitsverbots“ stand die Frage, wer dies anordnen kann, da Krankenhäuser eigene Regulierungen über Ausbruchshinderungskonzepte haben: da Tätigkeitsverbote in der neuen Überarbeitung vom BMG gestrichen wurde, ist diese Frage obsolet</li><li>! Fokus auf quantitative nicht qualitative PCR für Beschäftigte im med. Bereich</li><li>! Ergänzung „in Abstimmung mit dem KH-Hygieniker“ or (Antigen-Schnelltest- *, PCR-Test**)</li><li>! Gesundheitsminister hat in PK bekannt gegeben, dass die Länder im Laufe des heutigen Tages einen zwischen RKI und BMG abgestimmten neuen konsolidierten Vorschlag zugestellt</li></ul>	
--	--	--



	<p>bekommen</p> <p><b>To-Do:</b> Überarbeitung des Dokuments FG36 (Hr. Buchholz), zurückspiegeln an Leitung</p>	
8	<p><b>Dokumente</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG33
10	<p><b>Labordiagnostik</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG17 / ZBS1
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38 Alle
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>!</p>	
13	<p><b>Surveillance</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>o (nicht berichtet)</p>	FG32 (Diercke)
14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p>! (nicht berichtet)</p>	FG38
15	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> (<i>nur montags</i>)</p>	FG38
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>!</p>	Alle
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>! Nächste Sitzung: Montag, 11.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:15 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 11.04.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

**Teilnehmende:**

- |                      |          |                            |
|----------------------|----------|----------------------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG36   | ○ Silke Buda               |
| ○ Lothar H. Wieler   | ! FG37   | ○ Julia Hermes             |
| ○ Esther-Maria Antão | ! FG38   | ○ Ute Rexroth              |
| ○                    |          | ○ Amrei Wolter (Protokoll) |
| ! Abt. 1             |          | ○ Claudia Siffczyk         |
| ○ Martin Mielke      | ! ZBS7   | ○ Christian Herzog         |
| ! FG14               |          | ○ Agata Mikolajewska       |
| ○ Mardjan Arvand     | ! P1     | ○ Christina Leuker         |
| ○ Melanie Brunke     | ! Presse | ○ Ronja Wenchel            |
| ! FG17               |          |                            |
| ○ Thorsten Wolff     | ! ZIG    | ○ Johanna Hanefeld         |
| ! FG32               |          |                            |
| ○ Michaela Diercke   |          |                            |
| ! FG33               |          |                            |
| ○ Ole Wichmann       |          |                            |
| ! FG34               |          |                            |
| ○ Viviane Bremer     |          |                            |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International (nur montags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: 22.677.986 (+30.789), davon 131.728 (+13) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 1.080,0/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.713.640 (76,6%), mit vollständiger Impfung 49.054.067 (59,0%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Rückgang der 7-Tages-Inzidenz in allen Bundesländern                      Aktivität im Südosten, MV, NS                      Rückgang in allen Altersgruppen                      Diskussion                      An den Ostertagen soll ein Disclaimer geschaltet werden, da das LZ nicht besetzt ist. Disclaimer kommt auf Dashboard und Fallzahlen-Seite</p> <p>Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      ARS-Daten                      (nicht berichtet)                      VOC-Bericht                      (nicht berichtet)                      Molekulare Surveillance (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Syndromische Surveillance (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)                      (nicht berichtet)                      Modellierungen (nur montags)</p> <p><b>ToDo</b> Disclaimer stellen, dass über Ostertage die Fallzahlen nicht ausgewiesen werden, auch Zirkulation an Presse, damit der Disclaimer auch auf Fallzahlenseite geschaltet werden kann (Diercke und Presse)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p><b>Update Impfen (nur montags)</b></p> <p>! Fokus der STIKO auf Impfung der 5-11-Jährigen, verminderte</p>	<p>FG33 Wichmann</p>



	<p>Impfstoffwirksamkeit von BioNTech unter Omicron</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Verzerrte Hospitalisierungsdaten von Geimpften, wenn Covid die Nebendiagnose war</li> <li>! BMG hat Wunsch, auf Impfdashboard Grafik im Wochenbericht darzustellen</li> <li>! Frage nach Dauer der Fortführung des Impfdashboards, derzeit kein Einstellen geplant, wird aber mit auf die Agenda für den Jour Fixe mit dem BMG genommen</li> <li>! <b>Bitte um Ergänzung FG33/Wichmann</b></li> </ul> <p><i>ToDo: Besprechung der Zukunft des Impfdashboards im Jour Fixe</i></p>	
<b>3</b>	<p><b>Internationales (nur mittwochs)</b></p> <p>RKI hat Anfrage erhalten aus mehreren zentralasiatischen Ländern, einen Austausch zu COVID zu organisieren  Verstärkter Wunsch des BMG um Austausch und Bündelung von Wissen  Planung eines 90-minütigen Webinars für Kirgistan und Turkmenistan  Teilnahme von Lars Schaade, Wunsch um 2 weitere Kolleg:innen (FG32, FG38) für 10-minütigen Vortrag  Organisation wird von Herrn Kloth übernommen  Termin voraussichtlich in 2 Wochen (Ende April/Anfang Mai)</p> <p><i>ToDo: Teilnahme zwei Kolleg:innen aus FG32/FG38 an Webinar mit 10-minütigem Vortrag</i></p>	ZIG (Hanefeld)
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul>	FG21
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Anpassung der Risikobewertung zu COVID-19  Dokument mit Anmerkungen/Kommentaren zirkulierte, derzeit nur Anmerkungen von Frau Glasmacher  Erneute Zirkulation, mehrere Bereiche sollen angepasst werden (Risikobewertung deeskalieren, ggf. Empfehlungen vollständig streichen oder reduzieren, Deeskalation Übertragbarkeit, Krankheitsschwere, Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems)  Wie ist die derzeitige Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems/der Kliniken? Deutschlandweit etwas entspannter, lokal aber teilweise noch überlastet/angespannt  Dokument zirkuliert erneut, Bitte um Anmerkungen, Abstimmung über schriftlichen Weg, Finalisierung nächste Woche</p> <p><b>ToDo</b>  <i>Dokument Risikobewertung überarbeiten, schriftliche Abstimmung, da nächster Krisenstab erst am 20.4. stattfindet.</i></p>	Abt. 3 (Rexroth, Alle)



6	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Diese Woche fand keine Sitzung statt, nächste Sitzung am nächsten Dienstag, dort auch Besprechung der Stellungnahme zu Pflege- und Altenheim</p>	Wieler
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht da, Bericht von Wichmann) Sitzung Kampagne Finanzausschuss. Wunsch aus Bundestag der kritischen Evaluation der Höhe der Ausgabe in Impfkampagnen, da trotz der Höhe der Investition in Impfkampagnen die Impfquote nicht entsprechend war. Noch viel Verunsicherung/Wissensfragen in Bevölkerung bzgl. bspw. Nebenwirkungen. Stärkerer Fokus auf Kampagnen, die zielgruppenorientiert, evidenzbasiert sind und mit stärkerer Evaluation verfolgt werden</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Auf Twitter die 600.000 Follower überschritten, RKI ist der zweitgrößte Behördenkanal in Deutschland Botschaft am Donnerstag bezieht sich auf die Treffen, die über die Feiertage/Ostertage/Ramadan stattfinden; Verweis auf den Flyer von P1 bezüglich Tips/Schutz im Frühling</p> <p><b>P1</b></p> <p>Aufbereitung der Tips fürs Frühjahr, diese Woche dazu Post auf Instagram</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>GMK-Beschlüsse und Lauterbach-Kehrtwende zu Quarantäne- und Isolationsregelungen Kehrtwende BMG: Vorschlag der freiwilligen Isolation nach positiver Testung wurde verworfen. Sowohl für die allgemeine Bevölkerung als auch für den medizinischen Bereich soll eine behördliche Isolation angeordnet werden Freitag fand eine Sonder-AGI und Jour Fixe statt RKI soll zunächst reaktiv und nicht proaktiv agieren. Abwarten bis weitere Entschlüsse auf höherer Ebene abgestimmt werden, Erwartung auf heute nachmittag Wunsch des BMG der wissenschaftlichen Nachlieferung/Argumentation bei Festlegung auf bestimmte Anzahl Isolation (Erwartung 5 Tage), covid strategy calculator kann hierzu herangezogen werden</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Es soll kein Präzedenzfall werden, dass politische Vorgaben nachträglich wissenschaftlich begründet werden, eher Anreicherung von Begleitmaterial zu den Vorgaben, vorsichtige</p>	Alle

	<p>Formulierung Primär wohl Argumentationslieferung seitens des RKIs, welches Restrisiko bei einer Reduzierung der Isolationstage bleibt und Auswirkungen der Entscheidungen aus Sicht des RKIs</p> <p>Heute Eingang Erlass vom BMG zu Fragen zu Meldepflicht, Symptome, derzeitiger Bearbeitungsstand an FAQs, mögliche Termine der Veröffentlichung der Überarbeitung des Isolationsdokumentes, wurde zunächst zurückgestellt und mit Verweis auf GMK-Treffen heute pausiert</p> <p>Überarbeitung des Eckpunktepapiers, dass es an Länder zirkulieren kann und langfristig auch darüber hinaus, Einpflegung weiterer wissenschaftlicher Grundlagen (bereits 3 Studien von Hrn. Mielke eingepflegt)</p> <p>Bis Ende April Vorlage als Gesamtpaket mit Risikobewertung, Einpflegen der Tabelle zur Isolierungsdauer, Dokument inhaltliche Erklärung Strategiewechsel, Sonderdokumente für Alten- und Pflegeheime</p> <p>Reduzierung der niedrigschwelligen Testungen Symptomloser außer in Krankenhäusern, Altern- und Pflegeheimen</p> <p>Testungen in Schulungen damals auf expliziten Wunsch der Bundeskanzlerin aufgenommen, nicht RKI Schwerpunkt, welcher Stellenwert hat ein Test in den Schulen, wenn sich die Situation wieder verschärft?</p> <p>Effektstärken unterschiedlicher Teststrategien werden erforscht</p> <p>Verweis auf grundsätzliche strukturelle Verbesserungen der Verhältnisse in Schulen als Learning für den Herbst. Kann als Stellungnahme im Expertenrat, der sich an die Bundesregierung wendet, aufgenommen werden, ist der bessere Weg als über RKI</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Auflistung/Gegenüberstellung der wesentlichen Unterschiede zwischen Influnza und COVID-19, auch bzgl. der Relevanz der Meldung, ggf. Erstellung einer FAQ</p> <p>Unterscheiden, dass es sich bei COVID um einen neuartigen Erreger in pandemischer Phase handelt, der einer Erkrankung gegenübergestellt wird, dessen Erreger seit Jahren zirkuliert. Eher Absehen von FAQ, eher Veröffentlichung einer Gegenüberstellung</p> <p>Berücksichtigen, dass das RKI lange von einem Vergleich abgesehen hat, kommunikatives Begleiten des Umschwenkens</p> <p><i><b>ToDo:</b> Erstellung einer Gegenüberstellung von Influenza und COVID bezüglich Meldewesen, Unterschiede, Gemeinsamkeiten (FG36, Fr. Buda) zu Herbst/Winter (ID 5298)</i></p>	Präs, FG36
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Isolierung Krankenhaus ist fertig</p> <p>Alten- und Pflege wartet auf finale Informationen aus GMK</p>	Alle



<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Thema Virusevolution bei ECDC und WHO: Viruslinie in Südafrika im Januar entdeckt, Abkömmling von BA.2, trägt zusätzliche Mutation</li> <li>! Virale Spikeprotein Mutation: weitere Immunfluchteigenschaft (als Annahme), BA.4 und BA.5 genannt, sind untereinander ähnlich zueinander und nehmen erheblichen Anteil an Viruslast an</li> <li>! Mutationen auch im März in GB und DK entdeckt</li> <li>! Nach Analyse im Dashdatensatz: in Deutschland 13 dieser Genome, derzeit wird eine Informationserstellung vorbereitet, Mutationen weiter unter Beobachtung</li>   <li>! Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: <ul style="list-style-type: none"> <li>! # SARS-CoV-2</li> <li>! ## Rhinovirus</li> <li>! ## Parainfluenzavirus</li> <li>! ## saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>! ## Metapneumovirus</li> <li>! ## Influenzavirus</li> <li>! Rest negativ</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17 (Wolff)</p>
<p><b>11</b></p>	<p>Überarbeitung: Erstellung Infografik COVID-19: Medikamentöse und nicht-medikamentöse Therapieempfehlungen nach Erkrankungsphase, Grafik wird nach wissenschaftlichen neuen Erkenntnissen stets angepasst. Grafik stellt eine Orientierungshilfe für Ärzt:innen dar, in denen nach unterschiedlichen Erkrankungsschweren (asymptomatisch/mild/schwer/kritisch), ambulant/hospitalisiert unterschieden werden kann und je nach Schweregrad unterschiedliche Therapieoptionen dargestellt werden</p> <p>Therapieempfehlung in früher Phase ist die Gabe von monoklonalen neutralisierenden Antikörpern oder Virusstatika, die bis auf Molnupiravir alle zugelassen sind</p> <p>Die Gabe von monoklonalen Antikörpern gegen Omikron wird aktuell diskutiert, derzeit Informationen nur aus in vitro Daten, dort mehrfache Bestätigung, dass eine reduzierte Wirksamkeit bei BA.2 beobachtet wird, wird aktuell in Therapie aber noch eingesetzt</p> <p>Erstellung Dokument für Vorschlag für den Entscheidungsprozess bei der Auswahl der antiviralen Therapie (Entscheidungsbaum-Aufbau), 2 Wahlen von antiviraler Therapie je nach Auswahl VOC, Setting, Komorbiditäten, Komedikation</p> <p>Bzgl. Komedikation wurde ein Dokument mit Hinweisen zu Arzneimittelwechselwirkung mit der gleichzeitigen Gabe von Paxlovid erstellt: Arzneimittel, die auf jeden Fall</p>	<p>ZBS7.1 (Mikolajewska)</p>

	<p>vermieden werden müssen sowie Arzneimittel, die vorsichtiger dosiert werden müssen</p> <p>Prä-Expositionsprophylaxe: Möglichkeiten der Prophylaxe bei Patient:innen, die das Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf haben</p> <p>Gegebene Antikörper haben die Fähigkeit der Langzeitwirkung von bis zu 6 Monaten, werden intramuskulär gegeben</p> <p>Cilgavimab hat bei BA.2 die Wirksamkeit beibehalten, keine Dosisanpassung notwendig</p> <p>Erstellung Dokument der Wirksamkeit der monoklonalen Antikörper bei VOC</p> <p>Letzte Woche gemeinsame Stellungnahme zur COVID-19-Präexpositionsprophylaxe : AWMF, STAKOB, COVRIIN: Daten werden bewertet, Patientgruppen genauer definiert, Vorgehen klarer für Kliniker dargestellt, ist auf <a href="http://www.rki.de/covid-19-therapie">www.rki.de/covid-19-therapie</a> zu finden</p> <p>Web-Seminare zu COVID-19 für Ärztinnen und Ärzte vorbereitet , Themen der Therapiestrategie, neue VOC, therapeutische Updates und gesundheitliche Langzeitfolgen</p> <p>Derzeit wird an einem webbasierten Tool für therapeutische Entscheidungen gearbeitet: Entscheidungsbäume je nach Risikofaktor/Impfung/Symptombeginne und Empfehlung, bestmögliche Therapie (Antivirale Therapie bspw.), geht für alle Krankheitsphasen, ist noch nicht online aber wird geplant</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Schnittstelle mit STIKO, da antivirale Substanzen in STIKO Empfehlung vorgestellt wurden</p> <p>Übertragbarkeit der Empfehlung der viralen Prä-Expositionsprophylaxe von COVID-19 auf Influenza?</p> <p>Post-Expositionsprophylaxe ist bei COVID-19 derzeit keine Maßnahme, hier überwiegend Monitoring</p> <p>Informationen aktualisieren sich sehr zügig, Revision der Leitlinien kommen derzeit alle drei Monate, wird dem Praxisbedarf derzeit nicht gerecht</p> <p>Zulassung der Medikamente bedeutet auch eine Auseinandersetzung der STIKO mit dem Thema, daher enger Austausch mit FG33</p>	
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14 (Brunke)
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Frage nach Änderung der Meldepflicht bei Strategiewechsel. Meldepflicht ist weiterhin sinnvoll und notwendig, um einen allgemeinen Überblick über die Krankheit und Verbreitung zu erlangen. Eine Entlastung der GA kann über Reduktion der Teststrategie erreicht werden</p>	FG 32 (Diercke)



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38 (an der Heiden)
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur montags)</i> Freitag und Montag kein Situationsbericht, an diesen Tagen LZ zu, auch für internationale Kommunikation BMG wird per Mail noch informiert, Fr. Rexroth hat eine Mail für Hrn. Wieler vorbereitet, heute noch Versendung und Morgen erneutes Ansprechen Keine Krisenstabssitzung vorerst, erste Krisenstabssitzung wieder am 20.4, Bitte um schriftliche Abstimmung/Absprachen	FG38 (Rexroth)
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex,	

**Ende: 14:45 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 20.04.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| ! Institutsleitung    | ! FG32             |
| ○ Lothar H. Wieler    | ○ Michaela Diercke |
| ○ Lars Schaade        | ! FG34             |
|                       | ○ Viviane Bremer   |
| ! Abt. 1              | ! FG35             |
| ○ Martin Mielke       | ○ Christina Frank  |
| ! Abt. 2              | ! FG36             |
| ○ Michael Bosnjak     | ○ Walter Haas      |
| ! Abt. 3              | ○ Udo Buchholz     |
| ○ Osamah Hamouda      | ! FG37             |
| ○ Tanja Jung-Senzik   | ○ Tim Eckmanns     |
| ! FG14                | ○ Sebastian Haller |
| ○ Mardjan Arvand      | ! MF2              |
| ! FG17                | ○ Torsten Semmler  |
| ○ Ralf Dürrwald       | ! MF4              |
| ○ Djin-Ye Oh          | ○ Martina Fischer  |
| ! FG21                | ! P1               |
| ○ Wolfgang Scheida    | ○ Ines Lein        |
| ! FG 24               | ! Presse           |
| ○ Thomas Ziese        | ○ Ronja Wenchel    |
| ! FG31                |                    |
| ○ Maria an der Heiden | ! ZIG1             |
| ○ Claudia Siffczyk    | ○ Anna Rohde       |
| ○ Christian Wittke    | ! BZgA             |
| (Protokoll)           | ○ Linda Seefeld    |











<p>4. Altersgruppen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückgang in allen AG</li> <li>2. Dominierende Altersgruppe auf ITS ist AGÜ60 (fast 80%)</li> </ol> <p>5. SPoCK: Prognosen</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückgang in ganz Deutschland</li> </ol> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>6. GrippeWeb</p> <p>7. ARE-Rate in KW15 leicht gestiegen auf 5,6% (Vorwoche: 5,3%), liegt im vorpandemischen Bereich, (4,7 Mio. ARE)</p> <p>8. Kinder (0 bis 14J.) gesunken (11,8 %; Vorwoche: 10,0 %), Erw. leicht gestiegen (4,9 %; Vorwoche: 4,3 %); kein klarer Trend, da unterschiedliche Entwicklung in den 5 AGs.</p> <p>9. 15. KW 2022: zur Vorwoche weiter gesunken, höher als letztes Jahr, liegen noch mini-mal über den vorpandemischen Saisons</p> <p>10. Rund 1.200 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (=knapp 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland)</p> <p>11. Insgesamt sinkender Trend seit KW 12</p> <p>12. KonsInz (gesamt) liegt höher als letztes Jahr</p> <p>13. Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 15. KW 2022 im Vergleich zur Vorwoche in allen AGs gesunken.</p> <p>14. Tendenz in den BL im Vergleich zur Vorwoche: gehen die Gesamtraten zurück; allgemein sinkender Trend in allen AGs und in den meisten AGI-Regionen</p> <p>15. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. seit KW 12/2022 ist insgesamt wieder ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE zu beobachten</li> <li>2. in allen Altersgruppen sind die Werte in KW 15/2022 gesunken, besonders deutlich bei Kindern bis 14 Jahren</li> </ol> <p>16. ICOSARI-KH-Surveillance- SARI Fälle</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SARI-Fallzahlen sind seit KW 14/2022 insgesamt gesunken, zuvor seit dem Jahreswechsel 2021/22 weitestgehend stabil; niedriges Niveau (fast auf Sommerniveau)</li> </ol>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
---	----------------------------

	<p>2. Rückgang der SARI-ICU-Fallzahlen in der KW15/2022, zuvor seit KW 3/2022 stabil; niedriges Niveau (fast auf Sommerniveau)</p> <p>3. SARI-Fallzahlen sind in KW15/2022 in allen Altersgruppen teils deutlich gesunken auf niedrigem Niveau</p> <p>4. Anzahl SARI mit Intensivbehandlung nach Altersgruppe (Verlauf im Vergleich zu den Vorsaisons)</p> <p>17. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>1. Sinkt seit KW 13, in KW 15/2022: 3,2 COVID-SARI pro 100.000 EW</p> <p>2. Anteil COVID-19 an SARI 36% (Vorwoche: 42%)</p> <p>3. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 47% (Vorwoche: 48%)</p> <p>4. Vergleich COVID-SARI, COVID-SARI mit Intensivbehandlung und verstorbene COVID-SARI: relativ stabiles Niveau seit Jahreswechsel</p> <p>5. COVID-SARI-Fälle und verstorbene COVID-SARI sind insb. in AG 60+ Jahre seit KW12/2022 rückläufig</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <p>6. KW 15: 67 Einsendungen (KW 14:128 Einsendungen), deutlicher Rückgang aufgrund Osterfeiertage</p> <p>7. SARS-Cov-2 nach wie vor auf hohem Niveau (18-24%), rückläufiger Trend erkennbar</p> <p>8. HKU1, OC43, 229E, NL63 allesamt auf niedrigem Niveau</p> <p>9. KW 13: 100% BA.2 Variante</p> <p>10. Altersaufteilung: kommt im Sentinel in allen AG vor</p> <p>11. Leicht ansteigender Trend bei Influenzaviren</p> <p>12. Sonstige Atemwegsviren: HMPV am stärksten vertreten (24% Positivenquote in KW 14), dann HRV. PIV und RSV weiterhin gering.</p> <p><b>Testkapazität und Testungen (Folien <a href="#">hier</a>)</b></p> <p>18. Testanzahl und -kapazität</p> <p>1. Rückgang der PCR-Testungen um 25%</p>	<p>Abt. 3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>MF2 (Semmler)</p>
--	---	---



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Positivenanteil auf 54,7% angestiegen.</li> <li>3. Deutlicher Rückgang in Anzahl Testungen (in KW15/2022 bei 1.138.710)</li> <li>4. Rückgang in allen AG</li> <li>5. Leichter Anstieg Positivenanteil in AG 5-14 (Grund ggf. starker Rückgang Anzahl Testungen in dieser AG), andere AG Plateau.</li> <li>6. Deutlicher Rückgang in Trend zu Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen sowie Alten- und Pflegeheimen</li> </ol> <p><b>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht (Folien)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Inzwischen über 800.000 SARS-Cov-2 Genomsequenzen</li> <li>8. 99% der SARS-Cov-2 Sequenzen sind als Omikron identifiziert (1% nicht klassifizierbar); davon 70% BA.2</li> </ol> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Werden Zahlen zu den SARS-Cov-2 Rekombinanten vom RKI veröffentlicht? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Zahlen die wir haben, sollten transparent im Wochenbericht stehen und ausgewiesen werden. Eine Diskussion dazu läuft bereits unter den Fachbereichen. Zudem ist es hier auch eine Frage der Datenqualität und Auswertbarkeit.</li> <li>○ Ein Vorschlag wäre, das Thema im Wochenbericht zur erwähnen, keinen Auffälligkeiten zu berichten und nicht weiter ins Detail zu gehen. Konkrete Zahlen können genannt werden <b>To Do:</b> Herr Semmler schickt die Zahlen diesbezüglich für den Wochenbericht an das Lagezentrum.</li> </ul> </li> <li>▪ Gibt es eine Sublinie von Omikron BA.2? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BA.2.1.2 wird in den Daten nicht klassifiziert und bei den Rekombinanten noch nicht erfasst. BA.2.12 und BA.2.12.1 liegen in den Daten vor.</li> </ul> </li> <li>▪ Wie ist die aktuelle Teststrategie in anderen Ländern? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Viele europäische Länder (Spanien, England, Dänemark) testen nur noch Risikogruppen (Personen die im Krankenhaus in Behandlung gehen), Österreich testet weiterhin auf hohem Niveau bei sinkender Tendenz.</li> </ul> </li> <li>▪ Ist es möglich, dass Deutschland noch eine Influenzawelle bekommt? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es ist nicht auszuschließen. In den letzten Wochen</li> </ul> </li> </ul>	
--	---	--

	gab es einen leichten Anstieg, zuletzt einen leichten Rückgang. Abhängig von verschiedenen Faktoren. Bessere Einschätzung nach den Osterferien möglich.	
2	<b>Update Impfen (nur montags)</b>  (nicht berichtet) <b>STIKO</b> xxx	FG 33
3	<b>Internationales (nur mittwochs)</b>  (nicht berichtet)	ZIG
4	<b>Update digitale Projekte (nur montags)</b>	FG21
5	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>  <b>Diskussion der überarbeiteten Version zur Risikobewertung</b> In Hinblick auf das BMG sollte die Herabstufung aus strategischen Gründen zunächst auf hoch und nicht moderat erfolgen. Absatz mit individueller Gefährdungsbeurteilung für bestimmte Bevölkerungsgruppen wird gestrichen. Gefährdung der Gesamtbevölkerung im Vordergrund. Dafür hervorheben, dass Grundimmunisierung + Auffrischimpfung das Risiko einer schweren Erkrankung deutlich verringert Abschnitt Krankheitsschwere: BA.1 wurde als vorherrschende Omikronvariante durch BA.2 ersetzt Bitte an FG33 zur Durchsicht. Übersendung an BMG morgen am 21.04.	Abt. 3



6	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>Kritik an Verzögerung der Meldezahlen  Erster Entwurf zum Thema Vorbereitung auf den Herbst.  Vorschlag zur Einstellung der Bürgertests im Herbst sorgt für Unmut des Ministers.  Ausführungen der Arbeitsgruppe Diagnostik am BMG reichen dem Minister nicht aus um eine hinreichende Einschätzung der Testungen vorzunehmen  Stellungnahme zu Alten- und Pflegeheimen: Großer Konsens und Finalisierung in der kommenden Woche  Stellungnahme zu Long-Covid: Finalisierung ebenfalls in der kommenden Woche  Gemeinsamer Präsenztermin am 11.05. um Zukunft des Expertenbeirates zu besprechen</p>	Wieler
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>keine Themen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Vorbereitung der Kommunikation zur Umstellung der Impfquotentabelle  Gibt es eine Botschaft für den Wochenbericht morgen?  19. In den vergangenen 2 Wochen waren es Appelle an die Eigenverantwortung  20. Expliziter Hinweis auf die Rekombinante nicht sinnvoll  21. Hinweis auf Vermeidung von Spätfolgen ebenfalls nicht sinnvoll, da Long-Covid nicht explizit Thema  22. Neutraler Tweet mit Hinweis auf Erscheinung des Wochenberichts</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Seefeld)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
8	<p>27. Gemeinschaftliche Beantwortung notwendig. Szenarien sind nicht allein abhängig von Virusvariante sondern auch von anderen Faktoren wie Verhalten der Bevölkerung etc.  Abwasser-Surveillance außen vorlassen, da funktionsfähiges System in so kurzer Zeit unrealistisch  28. Klare Botschaft zur Aufrechterhaltung der Syndromischen Surveillance  29. Punkt 1: FG33 bzgl. Modellierungen, Punkt2: FG36 in Hinblick auf etablierte Surveillance-Systeme, Punkt3: Schnittmenge mit Punkt2, Punkt 4: Schätzung benötigter PCR-Tests bei Mielcke  30. Genomische Surveillance um Hr. Semmler sollte mit eingebracht werden  31. Federführung und Zusammenführung: Abteilung 1</p>	Mielcke

	(Mielke) FF <b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)	
<b>9</b>	<b>Dokumente</b> (nicht berichtet)	Alle
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b>  <b>ZBS1</b>	FG17  ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: <b>Montag, 25.04.2022, 13:00 Uhr</b> , via Webex	





**Ende:** 13:00 Uhr



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 25.04.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                           |   |                      |   |
|---------------------------|---|----------------------|---|
| ! Institutsleitung        | ○ | ! FG33               | ○ |
| ○ Lothar H. Wieler        |   | ○ Ole Wichmann       |   |
| ○ Esther-Maria Antão      |   | ○ Viktoria Schönfeld |   |
| ! Abt. 2                  |   | ! FG36               |   |
| ○ Michael Bosnjak         |   | ○ Walter Haas        |   |
| ! Abt. 3                  |   | ○ Silke Buda         |   |
| ○ Osamah Hamouda          |   | ○ Stefan Kröger      |   |
| ○ Tanja Jung-Sendzik      |   | ! FG37               |   |
| ! FG14                    |   | ○ Tim Eckmanns       |   |
| ○ Mardjan Arvand          |   | ! P1                 |   |
| ! FG17                    |   | ○ Christina Leuker   |   |
| ○ Thorsten Wolff          |   | ! Presse             |   |
| ! FG31                    |   | ○ Susanne Glasmacher |   |
| ○ Ute Rexroth             |   | ○ Marieke Degen      |   |
| ○ Maria an der Heiden     |   | ! ZIG                |   |
| ○ Ariane Halm (Protokoll) |   | ○ Johanna Hanefeld   |   |
| ○ Claudia Siffczyk        |   | ! BZgA               |   |
| ! FG32                    |   | ○ Oliver Ommen       |   |
| ○ Michaela Diercke        |   |                      |   |

TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 24.200.596  (+20.084), davon 657.621 (+6) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 790,8/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 63.742.994 (76,7%),  mit vollständiger Impfung 63.291.453 (76.1%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Manche BL übermitteln am Wochenende nicht mehr,  deswegen ist der Vergleich mit dem Vortag mit Vorsicht zu  sehen  Im längeren Trend ist Inzidenz rückläufig aber (noch) nicht so  stark  An Ostern wurde weniger getestet  In mehreren BL, z.B. NI und SH sind 7-T-I hoch (&gt;1000), in den  östlichen BL niedrigere Inzidenzen  In der Mehrzahl der Kreise (250) liegen 7-T-I &gt;500-1000,  Virus zirkuliert trotz des Rückgangs noch stets stark  7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen  Stärkster Rückgang bei 5-14-jährigen  Ggf. ändert sich dies nach den Ferien und durch die weitere  Testung in Schulen in manchen BL  Höchste Inzidenzen bei 15-34- und 35-59-jährigen  Destatis-Daten waren jetzt noch nicht verfügbar, werden am  Mittwoch berichtet  Modellierungen (<i>nur montags</i>)  (nicht berichtet)</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>
2	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur montags</i>)</p> <p><b>Effekte der COVID-19-Impfung nach Falldefinition  „Hospitalisierung“</b>  Folien <a href="#">hier</a>  Fragestellung: Wie ändern sich mit unterschiedlichen  Falldefinitionen die Effekte der Impfung  (Impfeffektivität/VE)?  Wöchentlich Berechnung der Hospitalisierungsinzidenz nach  Impfstatus, drei verschiedene Falldefinitionen werden  benutzt:  Hospitalisierung  Hospitalisierung &amp; Symptomatik (Basis für VE-Berechnung)  Hospitalisierung &amp; Hospitalisierungsgrund= COVID-19  (=COVID-19-Hospitalisierung)  Ergebnisse</p>	<p>FG33/alle</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki

	<p>Je spezifischer Falldefinition, desto flacher Inzidenzkurven Hospitalisierungsinzidenz generell / aufgrund von COVID-19 vor allem bei Geimpften und Geboosterten niedriger Stärkerer Effekt (deutlich geringere Inzidenzen) bei strengeren Falldefinitionen Bei allen Definitionen bei Grundimmunisierten liegt VE um die 50%, 65% bei Geboosterten, wenn nur noch COVID-19- Hospitalisierung ist Effekt stärker Datenvollständigkeit: Niedrigere Fallzahlen ab 2. Hälfte 2021 bei COVID-19-Hospitalisierung Fazit Effekt nach Impfstatus und Definition unterschiedlich Impfeffektivität aktuell wahrscheinlich zu niedrig geschätzt (Falldefinition) Woche für Woche sind stabile Werte trotz Ausschluss von fehlenden Angaben verfügbar Spezifischere Falldefinition (COVID-19-Hospitalisierung) wäre für die Berichterstattung wünschenswert Diskussion Wie berichten andere? Daten sind generell nicht vergleichbar, Präsentation sich auf deutsche Meldedaten ECDC veröffentlicht Ergebnisse von Test-negativen Fallkontrollstudien, darin liegt der Schutz vor Hospitalisierung bei &gt;80-jährigen bei ca. 50% UK nutzt auch das Test-negative Studiendesign Warum ist der Effekt bei jüngeren ausgeprägter? Dies bestätigt was auch in syndromischen Daten gesehen wird, jüngere Altersgruppen werden oft mit und nicht aufgrund von COVID-19 hospitalisiert Seit Omikron werden mehr Hospitalisierungen von jüngeren mit COVID-19 erfasst, jede/r Hospitalisierte/r wird bei Aufnahme getestet, der Trend hat sich durch Omikron verschoben Soll im Wochenbericht umgestellt werden, bzw. wie sollen diese Daten veröffentlicht werden? RKI berichtet aktuell zu pessimistische VE, beide Varianten (Falldefinitionen) sollten berichtet werden Bei Veröffentlichung ist eine gute Begründung notwendig, da dies zu diversen Nachfragen und Kritik bzw. Hinterfragung anderer Indikatoren (Hospitalisierungsinzidenz) führen kann Datenerfassung ist gleichgeblieben, diese Daten liegen schon länger vor, seit Omikron vermehrte Nachfragen wegen der hohen Anzahl von Fällen und nicht-symptomatischen Infektionen Ende Juni läuft Test-VO aus, ggf. könnte Veröffentlichung hiermit einhergehen, Screening in KKH sollte erhalten bleiben, ansonsten fällt das Testen von Symptomlosen weitgehend weg Impf-VE-Berechnung basiert auf Hospitalisierungen, dies sollte zunächst erhalten bleiben Weiterhin sehr viele Fragen zur Impfung, immer wieder sind Erklärungen notwendig, eine regelmäßige Berichterstattung ist wünschenswert</p>	
--	---	--

	<p>UK hat einen wöchentlichen Vaccine Monitoring Bericht, dies erscheint FG33 zu häufig da Änderungen seltener sind Veröffentlichung in einer Publikation der drei Varianten nebeneinander? Nächste Schritte FG33 hat einen monatlichen Berichtsentwurf entwickelt und teilt diesen mit Abt. 3/Krisenstab Ob eine zusätzlich Publikation notwendig ist, wird noch besprochen</p> <p><b>SORMAS Impfdaten</b> Es gibt ein Problem mit SORMAS-Daten zur Impfung Ursache wurde von SORMAS-Team noch nicht gefunden Ein Fehler kann zur Verzerrung der Daten führen, dieser wird aktuell untersucht welches der Fehler ist und wie er behoben werden kann,</p> <p><b>Stand zur generellen COVID-19 Impfeempfehlung für gesunde Kinder zwischen 5 und 12 Jahren (auch mit Blick auf die Vorbereitung auf Herbst/Winter)</b> STIKO untersucht das Thema noch stets, demnächst geht die Frage ins Stellungsnahmeverfahren Für &gt;12-jährige besteht bereits Impfeempfehlung, für Kinder &lt;5 laufen aktuell Zulassungsstudien Falls Impfung gesunder Kinder empfohlen wird, ggf. nur mit einer Impfdosis um eine langfristig breite Immunität durch die Kombination aus natürlicher Infektion und Impfung zu erhalten Noch stets wird diskutiert ob 5-11-jährige jetzt oder mehr in Richtung Herbst geimpft werden sollten Kindern &lt;12 mit Vorerkrankungen werden 2 Impfungen (oder 3?) empfohlen Für Einfluss auf die Omikronwelle ist es bereits zu spät, es gibt sehr wenig Hospitalisierungen Ein Aufbau von Herdenimmunität bis zum Herbst erscheint schwierig, viel ist aktuell Spekulation basierend auf Annahmen</p>	<p>AL3</p> <p>FG33</p>
<b>3</b>	<b>Internationales</b> <i>(nur mittwochs)</i>  (nicht berichtet)	ZIG
<b>4</b>	<b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i>  (nicht berichtet)	FG21
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>  Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung, Warten auf Rückmeldung des BMG Grundsätzlich ist Minister einverstanden, meldet sich aber noch einmal	Abt. 3



6	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Morgen Sitzung: Stellungnahmen zu Long-COVID-19 und Pflegeheimen sollen dann finalisiert werden Panelstruktur soll auch besprochen werden, Präs berichtet</p>	Präs/alle
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b> Die RKI Social Media Taskforce hat ihre Arbeit aufgenommen P1 bedient nun großen RKI Twitter-Kanal (mit 600.000 Followern), der kleinere „RKI für euch“-Kanal wird eingestellt</p>	BZgA  Presse  P1
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> Wie geht es weiter mit der Absonderung nach dem 1. Mai 2022? Von BMG-Seite zunächst abwartende Haltung, heute ist GMK, deren Entschluss bleibt abzuwarten Zahlreiche Papiere und Anpassungen hängen hiervon ab</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	Alle
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b> Virologisches Sentinel war auch von den Osterfeiertagen betroffen, es gab weniger Proben Mit 24% war SARS-CoV-2 dominierendes Virus Influenza In NL hohe Influenza-Belastung in den letzten Wochen Maßnahmen in DE gelten länger als in anderen Ländern, darum ggf. niedrigere Influenzaraten (mit aktuell 9% unter dem 10% Schwellenwert) Schwindende Influenza-Immunität aufgrund des fehlenden Kontaktes macht sich wohl in Zukunft bemerkbar Influenza ist in der Diagnostik evtl. unterrepräsentiert, da Selbsttestung hier nicht möglich ist Influenzadiagnostik wird auf verschiedene Wegen durch die COVID-19-Testung beeinflusst</p>	FG17/FG36

	<p>Sentinel-Surveillancedaten in DE sind zuverlässig  Virologische Surveillance ist ein gut funktionierendes System  In den Meldedaten gibt es aktuell mehr Influenza als unter normalen Umständen bei niedriger Aktivität zu erwarten wäre, häufig findet mit-Testung auf Influenza statt  Der Influenza-Verlauf bildet die Omikronwelle nach, dies muss gut beobachtet werden</p> <p><b>ZBS1</b>  (nicht berichtet)</p>	ZBS1
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  (nicht berichtet)</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Immer mehr BMG-Anfragen zur COVID-19-Hospitalisierung, viel Aktivität im BMG zur Vorbereitung auf den Herbst  Noch gab es keine offizielle Anfrage hierzu aber möglicherweise folgt bald etwas  Dies wurde auch beim BMG-Jour Fixe letzte Woche erwähnt  AL3 hat BMG mitgeteilt, dass keine zusätzlichen Datenerfassungssysteme notwendig bzw. sinnvoll sind  Dies sind oft politisch motivierte Anfragen bzw. kommt ggf. aus dem Expertenbeirat, fachliche Argumente haben keine Priorität</p>	FG 32/alle
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur montags)</i>  (nicht berichtet)</p>	FG38
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur montags)</i>  (nicht berichtet)</p>	FG38
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b>  keine</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.04.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 14:00 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 27.04.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                            |                      |
|----------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung         | ○ Susanne Glasmacher |
| ○ Lothar H. Wieler         | ○ Ronja Wenchel      |
| ○ Esther-Maria Antão       | ○ Marieke Degen      |
| ! Abt. 1                   | ! ZIG                |
| ○ Martin Mielke            | ○ Johanna Hanefeld   |
| ! Abt. 2                   | ! ZIG1               |
| ○ Michael Bosnjak          | ○ Romy Kerber        |
| ! Abt. 3                   | ! BZgA               |
| ○ Osamah Hamouda           | ○ Andrea Rückle      |
| ○ Tanja Jung-Sendzik       | ! MF1                |
| ! FG14                     | ○ Martina Fischer    |
| ○ Melanie Brunke           | ! ZBS7               |
| ! FG17                     | ○ Michaela Niebank   |
| ○ Ralf Dürrwald            |                      |
| ! FG21                     |                      |
| ○ Patrick Schmich          |                      |
| ○ Wolfgang Scheida         |                      |
| ! FG31                     |                      |
| ○ Ute Rexroth              |                      |
| ○ Amrei Wolter (Protokoll) |                      |
| ! FG35                     |                      |
| ○ Christina Frank          |                      |
| ○                          |                      |
| ! FG36                     |                      |
| ○ Walter Haas              |                      |
| ○ Silke Buda               |                      |
| ○ Stefan Kröger            |                      |
| ○ Kristina Tolksdorf       |                      |
| ! FG37                     |                      |
| ○ Tim Eckmanns             |                      |
| ! P1                       |                      |
| ○ Ines Lein                |                      |
| ! Presse                   |                      |







	<p>Fallzahlen beobachtet werden, die vermutlich auf die Osterferien zurückzuführen sind. In den letzten Tagen gab es insbesondere im Norden (Niedersachsen, Schleswig-Holstein und Bremen) eine Zunahme der Fallzahlen. Diese sind eventuell auf den wiederaufgenommenen Schulbetrieb zurückzuführen. Dies spiegelt sich auch in der AG wieder, die AG 10-25 hat den höchsten Fallzahlenanstieg</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In Niedersachsen, Bremen, Schleswig-Holstein deutliche Zunahme der Fallzahlen, in älteren AG ist eine Entspannung erkennbar</li> <li>○ Alle Inzidenzen aber eher im absteigenden Trend</li> </ul> </li> <li>! COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zahlen der Todesfälle sind trotz erwarteter Nachmeldungen rückläufig, auch geringer als in KW12</li> </ul> </li> <li>! Destatis-Daten waren jetzt noch nicht verfügbar, werden nächsten Mittwoch berichtet</li> <li>! Modellierungen (<i>nur montags</i>)</li> <li>! (nicht berichtet)</li> <li>! <b>ITS-Belegung und Spock</b> (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mit Stand 27.04.2022 werden 1.450 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen der ca. 1300 Akutkrankenhäuser behandelt</li> <li>▪ Rückgang in der COVID-ITS-Belegung</li> <li>▪ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.142 in den letzten 7 Tagen</li> </ul> </li> <li>○ Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Im Norden hohes Niveau, Bremen leichter Trend nach oben. Nord-Ost und Mitte absteigender Trend, Süd bis auf Saarland auch absteigend</li> </ul> </li> <li>○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Starker Rückgang bei invasiver Beatmung oder ECMO Behandlung, derzeit wieder mehr freie ECMO Kapazitäten, auch zur Behandlung von Nicht-COVID-Patient:innen</li> <li>▪ Gründe der Betriebseinschränkung: vorhandene Belastung wird noch durch Personalmangel getrieben. Insgesamt eine leichte Entspannung aber noch immer ein</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	<p>MF1 (Fischer)</p>
--	---	--------------------------



	<p style="text-align: center;">hohes Niveau</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen AG Rückgang, Trend setzt sich nach unten fort</li> <li>▪ Anteil der Hochaltrigen auf ITS hoch (Liegedauer der älteren Patient:innen auch länger); 78% der Belegung durch über 60-Jährige</li> <li>▪ Verstorbene: hohes Plateau, leichter aber nicht sehr deutlicher Rückgang erkennbar</li> <li>▪ SPoCK: Trend Rückgang setzt sich in allen 5 Kleblättern fort</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! GrippeWeb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate in KW16 gesunken auf 4,0% (Vorwoche 5,3%) liegt im vorpandemischen Bereich, hauptsächlich durch Kinder gesunken</li> <li>▪ Wert lag in der 16.KW bei 4.000 ARE pro 100.000 Einwohnenden, entspricht einer Gesamtzahl von 3,3 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 16. KW: zur Vorwoche bei den Erwachsenen leicht gestiegen, rund 1.300 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</li> <li>▪ Allerdings ist zu beachten, dass Osterferien/Feiertage waren, weniger Meldungen und verändertes Konsultationsverhalten. Durch Nachmeldungen auch noch stärkere Änderungen möglich</li> <li>▪ Konsultationsinzidenz insgesamt liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren (Pandemiejahre)</li> <li>▪ Die Zahl der ARE-Konsultationen ist in der 16. KW im Vergleich zur Vorwoche bei den Kindern gesunken oder stabil geblieben</li> <li>▪ Den deutlichsten Anstieg gab es im Vergleich zur Vorwoche bei den 15-59-Jährigen (10% bzw. 11%)</li> <li>▪ Tendenz in den BL im Vergleich zur Vorwoche: ähnlich wie gesamt, aber es gibt regionale Unterschiede</li> </ul>	FG36 (Buda)
--	--	----------------

	<p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Leicht gestiegen, rund 450 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 EW (=Gesamtzahl von rund 380.000 RE-COVID-Arztbesuchen in DE)</li> <li>▪ Vermutlich auch Veränderung der Testfrequenz</li> <li>▪ In den KW16 sind die Werte bei Kindern bis 14 Jahren und über 80-Jährigen weiter gesunken, in den AG 15-79-Jährigen sind die Werte seit der KW12 das erste Mal wieder angestiegen</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen sind seit KW14 insgesamt gesunken, zuvor seit dem Jahreswechsel 21/22 weitestgehend stabil</li> <li>▪ Aktuell Sommerniveau, dürfte sich hier stabilisieren</li> <li>▪ SARI-ICU Fallzahlen sind ebenfalls auf Sommerniveau</li> <li>▪ SARI-Fallzahlen in allen AG auf Sommerniveau, weiterhin hoher Anteil COVID-19 in den AG ab 60 Jahren</li> </ul> <p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesamt: 4,0 COVID-SARI pro 100.000</li> <li>▪ Entspricht ca. 3.300 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in DE</li> <li>▪ AG 0-4 auf Niveau 4. Welle</li> <li>▪ AG 15-34 und 35-59 weiterer Rückgang, nur noch leicht über Sommerniveau</li> <li>▪ Seit Omikron liegen Meldedaten nach IFsG</li> </ul> <p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit Omikron liegen Meldedaten orange nach IfSG deutlich über COVID-SARI Inzidenz (ICOSARI), in Meldedaten werden mehr Menschen <i>mit</i> COVID-19 aufgeführt</li> <li>▪ In beiden Kategorien (Meldedaten und ICOSARI) ist ein abnehmender Trend erkennbar</li> <li>▪ AG ab 60 zeigt kein Fortsetzen des Rückgangs, sondern eher Plateaubewegung</li> <li>▪ Anteil COVID-19 an SARI 36% (Vorwoche: 33%)</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung 44% (Vorwoche: 48%)</li> <li>▪ Entwicklung COVID-SARI: kein Signal, dass ein Anstieg kommt, gleichbleibendes Niveau</li> <li>▪ Schul- und Kitaausbrüche wegen Ostern auf sehr niedrigem Niveau</li> </ul> <p>! <b>Virologische Surveillance</b>, NRZ Influenza-Daten</p> <p>! Geringe Einsendequote durch Ostern und verringerte Bereitschaft von Patient:innen auf Testung</p> <p>! Dominierender Anteil von SARS-CoV-2, sporadischer Nachweis von HKU1, 229E, kein Nachweis von NL63 und OC43</p> <p>! Nachweis über alle Altersgruppen</p> <p>! Omikronspezifische PCR hat BA.2 um 90% nachgewiesen</p> <p>! Influenzaviren im ansteigenden Trend (H3N2 und H1N1), H3N2 dominiert</p> <p>! Stärkster Nachweis der Influenzaviren bei den 5-15-Jährigen</p> <p>! Sonstige nachgewiesene Atemwegsviren waren HMPV (absteigend), HRV, kein Nachweis von RSV</p> <p>! <b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Testanzahl und -kapazität <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (diese Woche nicht berichtet)</li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! VOC-Anteile: dominierend Omikron mit 99,8%</p> <p>! BA.2 75,4%, BA.2.9 16,8%, BA.2.3 2,1% und BA.1. 1,7%</p> <p>! XE bei 0,1%</p> <p>! Vereinzelt auch BA.5, BA.2.12.1 gefunden</p> <p>! Nachweise von 5 Rekombinanten: XD; XE; XG; XH; XM</p> <p>! Allgemeiner Trend: 10.000 übermittelte Sequenzen pro Woche</p> <p>! <b>SARS in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Deutlicher Rückgang der Testungen über Osterferienwochen</p> <p>! Positivenanteil ist relativ gleichbleibend geblieben, durch weniger Testungen leicht angestiegen, derzeit wieder leichter Rückgang</p> <p>! Rückgang der Testungen vor allem in Arztpraxen und sonstigen Orten, nur leichter Rückgang in Krankenhäusern</p> <p>! Stabil gleichbleibender Positivenanteil in KH,</p>	<p>Alle</p>
--	---	-------------

- ! Anteil der positiven Tests in Arztpraxen in den letzten zwei Wochen stabil geblieben
- ! In allen Altersgruppen Rückgang der Testungen, vergleichsweise wird bei den Ü80 Jährigen aber noch am meisten getestet
- ! Positivenanteile nach Altersgruppen in allen AG rückläufig, am höchsten in AG 5-14
- ! Anzahl positive Testungen pro 100.000 EW auch rückläufig, hier die höchsten Zahlen in AG 15-34 und 35-59
- ! Trend aktive Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen rückläufig
- ! In Alten- und Pflegeheime nimmt der Trend der aktiven Ausbrüche sowie Todesfälle zu
- ! 93% der Bewohnenden in Pflegeeinrichtungen sind grundimmunisiert, gleichbleibendes Niveau, keine Veränderungen sichtbar. Auffrischimpfung stagniert ebenso
- ! Ggf. Kampagne, um für Auffrischimpfung zu werben, allerdings lief die 2. Auffrischimpfung auch erst im Februar an

### **Diskussion**

- ! Derzeit herausfordernde Lageeinschätzung  
  
(Worin liegt die Zunahme der Inzidenz in den nördlichen Ländern der Kinder/Jugendlichen begründet? Mehr Testungen? Gibt es eine Übersicht, in welchen BL in den Schulen getestet wird? Anstieg der ITS-Neuaufnahmen im Saarland?)
- ! Welche Instrumente werden benötigt, um repräsentative Daten zu haben bzw. deren Aussagekraft zu erhöhen bzw. negativen Trend ausreichend zu bestätigen
- ! Wie repräsentativ sind die Daten der syndromischen Surveillance?
- ! Qualität der internationalen Anforderungen und des Basispapiers der Durchführung einer Surveillance sind in DE gewährleistet bzw. Anforderungen sind erfüllt
- ! Auf nationaler Ebene gute Repräsentativität, um feinkörniger (lokaler) zu werden, ist ein Ausbau geplant, begrenzte Aussagen sind aber bereits repräsentativ zu treffen
- ! Integrierter Ansatz wird von ECDC (Basispapier) priorisiert, RKI überwacht derzeit auch schon erregerübergreifend. Priorität soll bei Qualität der Daten liegen, Durchführung einer Qualitätskontrolle über Vollerfassung
- ! In Ostersituation gab es in Großteil der Systeme Probleme, genaue Daten zu erfassen (verändertes Konsultationsverhalten, etc). Ausnahme: Intensivregister, hier wurde auch über Ostern gemeldet.



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	<p>! Ist eine Zunahme der Fallzahlen ein Anstieg oder die Kompensation des Dips nach Ostern? In syndromischer Surveillance wurde ein Rückgang beobachtet, Grippeweb ist in der Erfassung schnell, mit genaueren Aussagen kann vermutlich erst nächste Woche gerechnet werden. Kombination aus nachgetragenen Meldungen aus den vergangenen zwei Wochen sowie vermehrte Testaktivität von Kindern/Jugendlichen aufgrund des Schulbeginns.</p> <p>! Viele BL übermitteln am WE keine Daten, der hohe Anstieg der Inzidenz im Meldewesen am Dienstag resultierte aus Nachmeldungen nach Ostern. Einerseits sollte dies besser an die Politik adressiert werden, andererseits können bessere Aussagen getroffen werden, wenn von einer täglichen Auswertung auf eine wöchentliche Auswertung reduziert wird</p> <p>! Bezüglich Rekombinanten wurde BA.2.12.2 in den letzten 2 Wochen nur 2x nachgewiesen, daher noch kein Hinweis, dass diese Rekombinante eine entscheidend für den Anstieg der Zahlen ist</p> <p>! Die Verteilung der KH bei den ICOSARI-Kliniken: ist auch in Basispublikation beschrieben, Helioskliniken. Rehakliniken und Privatkliniken sind bewusst ausgeschlossen wurden. Insgesamt nehmen 84 Kliniken teil</p> <p>! SARI-Surveillance repräsentativ, daher Hochrechnungen und Inzidenzberechnungen möglich</p> <p>! Der Wert der Repräsentativität der syndromischen Surveillance soll besser vermittelt werden. Hierzu können Fragen gesammelt werden und über ein Interview, Hintergrundgespräch, FAQ, Tabelle o.ä. kommuniziert/vermittelt werden.</p> <p>! Donnerstag Treffen Bundeskanzleramt; dort Anregung</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen (nur montags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG33/alle
<b>3</b>	<p><b>Internationales (nur mittwochs)</b></p> <p>Geplantes Treffen zum Austausch am 06.05, hierzu vorab Gespräch diese Woche mit BMG Südkorea strebt eine Internationalisierung ihrer Arbeit an, hat um einen Austausch mit RKI gebeten Sero-Studie Health-Care-Worker in 4 afrikanischen Ländern: erste Resultate sind da, erste Vorstellung im Krisenstab im Juni geplant</p>	ZIG (Hanefeld)
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte (nur montags)</b></p>	FG21



	(nicht berichtet)	
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Anpassung der Risikobewertung  Stand jetzt kein Hinweis auf eine neue Welle, Überlegung der Reduzierung der Risikobewertung auf „hoch“  Da derzeit eine Lageeinschätzung eher schwierig ist (Feiertage und Änderung der Hygienemaßnahmen, ist eine Verschiebung der Diskussion auf nächste Woche sinnvoller</p> <p><i>ToDo: Nächste Woche erneute Beratung im Krisenstab</i></p>	Abt. 3
6	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Intensive Diskussion um Long-Covid-Stellungnahme, Stand: in Bearbeitung  Keine klare Definition Long-Covid, da Datenlage unzureichend ist  Mitaufnahme der psychosomatischen Beschwerden  Überlegung, Long-Covid-Patient:innen erneut zu impfen, aber hierzu auch noch keine Datenlage  Stellungnahme der Situation Herbst/Winter: Überlegung der Erhebungswerkzeuge  AG Diagnostik Erlass finalisiert: AL2 nimmt hierzu Stellung;  AK ist kein Korrelat von Protektion. Wirksamkeit Impfstoffe:  Herbst wird vermutlich Auffrischimpfung benötigt</p>	Präs/alle
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Impfquotenumstellung soll am Freitag stattfinden (29.4) statt 28.4 (Probleme Impfdashboard, Gesamtpaket kann Freitag besser kommuniziert werden), Datenjournalisten werden heute informiert, BMG weiß Bescheid  Möglicherweise Freitag BPK  EpidBull: haben wieder freie Kapazitäten, freuen sich auf Beiträge  Webmaster-team: Spätdienste wurden länger nicht in Anspruch genommen, ab Mai eingestellt bis auf DO für Wochenbericht  Deeskalation tägliche Berichterstattung? (wenn Risikobewertung auch nicht reduziert wird, erstmal nicht deeskalieren. Im Mai nochmal aufgreifen).  Bezüglich der Botschaft am Donnerstag kann auf Auffrischimpfung verwiesen werden</p> <p><i>ToDo: Frage: „Geht von Ungeimpften ein höheres Ansteckungsrisiko im Setting Krankenhaus aus als von Geimpften“- sollte es hierzu ein Paper geben, bitte an Präs. übersenden</i></p> <p><b>P1</b></p>	<p>BZgA</p> <p>(Rücker)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>



	(nicht berichtet) Lein	P1
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>GMK Donnerstag soll stattfinden, Teilnahme von Hrn. Hamouda Thema: Quarantäne/Isolierung 5 Tage? Grafik Entisolierung im stationären Bereich soll als Gesamtpaket mit anderen Isolierungsregelungen aktualisiert werden</p> <p><i><b>ToDo:</b> Nachfrage von Fr. Rexroth bezüglich des aktuellen Standes der Diskussion um Quarantäne/Isolation im BMG</i></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG17/FG36
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>x</p>	FG 32/alle
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen <i>(nur montags)</i></b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG31
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum <i>(nur montags)</i></b></p> <p>Der Zwischenbericht des Lagezentrums wurde finalisiert, wird bezüglich Rückmeldung und Verbesserungsvorschläge über Verteiler zirkuliert Länge derzeit 150 Seiten mit Anhang, Fazit noch offen Situation im Lagezentrum ist derzeit ruhiger, bezüglich der Internationalen Kommunikation möchte Bayern und NRW noch Fallinformationen erhalten Reduktion der Berichterstattung auf 1x wäre wünschenswert</p>	FG31 (rexroth)
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle

<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Montag, 02.05.2022, 13:00 Uhr, via Webex	
-----------	---	--

**Ende: 12:40 Uhr**

## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 02.05.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
  - Janna Seifried
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG31
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Meike Schöll
- Renke Biallas (Protokoll)
- ! FG32
  - Michaela Diercke
  - Claudia Sievers
  - Justus Benzler
- ! FG35
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- ! BZgA
  - Oliver Ommen



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 24.813.817                      (+4.032), davon 135.461 (+0) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: XXX/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.498.951 (77,6%),                      mit vollständiger Impfung 63.010.774 (75,8%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Seit Ostern kam es erneut zu einem Anstieg. Dieser ist durch                      eine Diagnostiklücke zu erklären. Am Dienstag wird es                      vermutlich durch Nachmeldungen zu einem Anstieg kommen.                      Die höchsten Inzidenzen bei den 15-34 Jährigen und am                      niedrigsten bei den &gt;80 Jährigen                      Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;50 / 100.000 EW: 411/411                      Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;500 / 100.000 EW: 304/411                      Anzahl der Kreise mit 7-TI &gt;100 / 100.000 EW: 29/411                      Die Diskrepanz zwischen den SARS-CoV-2-Meldungen und den                      Übermittlungen an das RKI über DEMIS verringert sich                      weiterhin                      Viele der Bundesländer übermitteln nur noch an den                      Wochentagen, d. h. nicht am Wochenende                      Die Aussagekraft der Meldedaten am Montag ist dadurch                      eingeschränkt</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Eine Diskussion über die tägliche Berichterstattung (keine                      täglichen Berichte mehr am Sonntag und Montag) wurde                      geführt. Eine Reduktion soll angestrebt werden. Ein Konzept                      dazu soll entwickelt werden und am Freitag (diese oder                      kommende Woche) dem BMG vorgestellt werden.                      Bei weiter sinkenden Zahlen wäre der Wochenbericht ein                      ausreichendes Instrument. Eine mehrstufige Deeskalation                      sollte dem BMG kommuniziert werden.</p> <p><i><b>ToDo:</b> FG32 in FF soll ein entsprechendes Konzept erstellen, welches                      möglichst am Freitag vorgestellt werden kann. Dieses Konzept soll                      vorher mit der Leitung geteilt werden.</i></p>	<p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p><b>Update Impfen</b> <i>(nur montags)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33 n. a.</p>
3	<p><b>Internationales</b> <i>(nur mittwochs)</i></p>	

	(nicht berichtet)	ZIG
4	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p> <p>Möglichkeiten zur weiteren Nutzung der CWA                  Das BMG hat die Entscheidung getroffen zum 30.09.22 den Betrieb der CWA einzustellen. Entsprechend muss eine Kommunikationsstrategie erstellt werden. Eine konkrete Begründung für das Einstellen der Finanzierung wurde noch nicht mitgeteilt.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>In der neuen Verordnung zur Absonderung und Quarantäne sollen nur noch Haushaltsangehörige in Quarantäne. Für die Quarantäne von Haushaltangehörigen wird die CWA nicht benötigt, da die CWA unbekannte Personen informieren soll. Daten aus der CWA sollen möglicherweise in die CovPass-App übertragen werden. Dies muss jedoch noch verifiziert werden. Ein entsprechendes Konzept muss gründlich diskutiert und abgewogen werden. Weiter Nutzungsmöglichkeiten der gespendeten Daten sollen weiter diskutiert werden. Ein Konzept bzgl. der weiteren möglichen Nutzung der Datenspenden wurde bereits erstellt und sollte dem BMG erneut kommuniziert werden. Die Komplexität des Themas wurde bisher nicht ausreichend mit dem BMG diskutiert. Die soll im kommenden Jour-Fix und bilateral (Fr. Teichert) erfolgen.</p> <p>In anderen europäischen Ländern wird die Warnfunktion deaktiviert und kann möglicherweise später im Jahr wieder reaktiviert werden. Ein entsprechendes Vorhaben scheint in D nicht möglich zu sein.</p> <p>Mit dem Einstellen der CWA muss auch transparent dargestellt werden, welche weitere Instrumente zur Lagebewältigung davon betroffen sind.</p> <p>Eine Auflistung von Pros und Cons bzgl. dem Einstellen der CWA-Finanzierung soll erfolgen</p> <p><i><b>ToDo:</b> Pro und Con Argumente zum Einstellen der CWA-Finanzierung soll erstellt werden: FF: FG21/Schmich</i></p>	FG21 (Schmich)
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  xxx</p>	Abt. 3
6	<p><b>Expertenbeirat</b> <i>(montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)</i></p> <p>Eine Stellungnahme zu Pflegeheimen ist noch in der Erstellung</p>	Hr. Wieler

	<p>Die Stellungnahme zu Long-COVID soll zeitnah veröffentlicht werden</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <p>Der Finanzierungsstatus (öffentlich vs. privat) von Pflegeheimen sollte in der Stellungnahme weiterhin berücksichtigt werden. Eine folgende Untersuchung könnte so angeregt werden. Aussagen über die Qualität der Versorgung lediglich anhand der Finanzierung sollte vermieden werden.</p>	
<b>7</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Kein Bericht</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Am Freitag erfolgte die Impfquotenumstellung. Die Resonanz war kurz und sachlich. Die Absonderungstabelle des BMG sowie ein entsprechendes FAQ soll zeitnah erfolgen, sobald durch BMG freigegeben.</p> <p><b>P1</b></p> <p>Kein Bericht</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Erste Labordaten zu den neuen Omikron-Varianten (BA.4 und BA.5) sind verfügbar. Diese Daten zeigen eine gewisse Immune-Escape. Die Entwicklung wird weiter beobachtet.</p>	<p>FG17 (Wolff)</p>
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Kein Bericht</p>	<p>FG14</p>



<b>13</b>	<b>Surveillance</b> Kein Bericht	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur montags)</i> Es bleiben vermehrt Personen aufgrund der strengen Regulationen der Volksrepublik China im Transitbereich von Flughäfen „stecken“. Das BMG wurde bereits in Kenntnis gesetzt.	FG38 (Rexroth)
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur montags)</i> Intra-Action Review (IAR) vom 28.03.2022 Das Dokument liegt den Teilnehmenden zur Kommentierung bis zum 05.05.2022 vor. Nach der Kommentierung kann das Dokument finalisiert werden.	FG38 (Schöll)
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.05.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 14:02 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 04.05.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

### Teilnehmende:

- |                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung                | o Viktoria Schönfeld |
| o Lothar H. Wieler                | ! FG35               |
| o Lars Schaade                    | o Hendrik Wilking    |
| o Esther-Maria Antão              | o Christina Frank    |
|                                   | ! FG36               |
|                                   | o Udo Buchholz       |
|                                   | o Silke Buda         |
| ! Abt. 1                          | o Stefan Kröger      |
| o Martin Mielke                   | o Kristin Tolksdorf  |
| ! FG14                            | ! FG37               |
| o Melanie Brunke                  | o Tim Eckmanns       |
| ! FG17                            | ! MF2                |
| o Ralf Dürrwald                   | o Torsten Semmler    |
| ! FG21                            | ! MF4                |
| o Patrick Schmich                 | o Martina Fischer    |
| o Wolfgang Scheida                | ! P1                 |
| ! FG26                            | o Christina Leuker   |
| o Lena Walther                    | ! Presse             |
| ! FG31                            | o Susanne Glasmacher |
| o Ute Rexroth                     | o Ronja Wenchel      |
| o Maria an der Heiden             | ! ZIG                |
| o Christian Wittke<br>(Protokoll) | o Mikheil Popkhadze  |
| ! FG32                            | ! BZgA               |
| o Michaela Diercke                | o Andrea Rückle      |
| ! FG33                            | ! ZBS7               |
| o Ole Wichmann                    | o Michaela Niebank   |
| o Nita Perumal                    |                      |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Impfdurchbrüche / Impfeffektivität im Wochenbericht / SORMAS <ul style="list-style-type: none"> <li>o Seit KW 10/11 wird Impfwirksamkeit für Grundimmunisierung teilweise höher geschätzt, als für Auffrischimpfung; unplausible Ergebnisse</li> <li>o Fehlerhafte Daten in SORMAS; duplizierte Fälle seit Mitte Februar; aktuell noch keine Eingrenzung der betroffenen Fälle oder Ansatz zur Datenbereinigung möglich; daher Vorschlag: Darstellungen in Wochenbericht nicht zeigen; ggf. als Grund technische Probleme in Datenübermittlung mit externer Meldesoftware angeben; eleganter mit Hinweis auf Veränderung epidemischer Lage</li> <li>o Neue Analyse mit Ausschluss der 106 betroffenen SORMAS-GÄ wurde in Auftrag gegeben</li> <li>o Entscheidung: Technische Probleme nicht erwähnen; Inhaltlich begründen mit Umstellung in Bericht; Zeitgleich schriftliche Information vorab an BMG</li> <li>o Impfquoten erscheinen wie üblich</li> </ul> </li> </ul>	FG 32 / FG 33 alle
2	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! (nicht berichtet) Keine Teilnahme von ZIG am heutigen Krisenstab.</li> </ul> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a></li> <li>! SurvNet übermittelt: 25.033.970(+106.631), davon 135.942 (+241) Todesfälle</li> <li>! 7-Tage-Inzidenz: 591,8 /100.000 Einw.</li> <li>! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.503.837 (77,7%), mit vollständiger Impfung (75.8%)</li> <li>! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Rücklaufftrend in allen Bundesländern deutlich zu sehen. Geringste 7-Tage-Inzidenzen in TH, BE, BB.</li> </ul> </li> <li>! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis <ul style="list-style-type: none"> <li>o Am stärksten betroffen ist der Norden / Nordwesten. Mittlerweile nur noch 19 LK mit 7-Tage-Inzidenz &gt; 1.000. Stärkster betroffener Landkreis ist LK Cloppenburg mit einer 7-Tage-Inzidenz von 1.930,7 / 100.000 Einw.</li> </ul> </li> <li>! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>o Deutlicher Rückgang von KW16 auf KW17.</li> <li>o Rückgang in fast allen AG; Ausnahme bei den 10 – 15-Jährigen mit minimalem Anstieg.</li> </ul> </li> </ul>	ZIG1  FG32 (Diercke)





	Kleeblättern fort	
	<p>! <b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! GrippeWeb</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate in KW16 gesunken auf 4,3 % (Vorwoche 4,1 %) liegt im vorpandemischen Bereich</li> <li>▪ Gesamtwert 17KW bei 4.300 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.100)</li> <li>▪ Bei Kindern nach den Ferien wieder deutlich gestiegen (von 5,9 % auf 8,9 %), bei den Erwachsenen leicht gesunken (von 3,9 % auf 3,5 %)</li> <li>▪ 5 AGs: Anstieg bei den 0-34J., aber besonders bei Klein- und Schulkindern; Rückgang bei den 35J. und älter</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 17. KW: KonsInz leicht gesunken auf 1.166 (Vorwoche: 1.239 (nur bei Schulkindern gestiegen))</li> <li>▪ Knapp 1.200 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.00 EW (= ca. 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland)</li> <li>▪ KonsInz (gesamt) liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren (Pandemiejahre), aber auch höher als in allen anderen Vorsaisons zu dieser Zeit</li> <li>▪ Anstieg nur bei den Schulkindern (5-14J.; 22 %); in allen anderen AGs leicht gesunken oder stabil</li> <li>▪ KI liegt in allen AGs über den Werten der letzten 2 Jahre (Pandemie); Im Vergleich zu den anderen Vorjahren: KI liegt bei den Erwachsenen in der 17. KW über den Werten vor der Pandemie, bei den Kindern liegen sie im Bereich der vorpandemischen Jahre</li> <li>▪ Nach AGI-Regionen z.T. unterschiedlich, in manchen AGI-Regionen gehen auch die Kleinkinder hoch oder die ganz Alten.</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet</li> <li>▪ In KW 16 sind die Werte bei Kindern von 5-14 Jahren angestiegen</li> </ul>	





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki

	<ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Virologische Surveillance</b>, NRZ Influenza-Daten</li> <li>! Trend des Rückgangs der SARS-CoV-2 Nachweise setzt sich fort</li> <li>! In KW17 SARS-CoV-2 Positivenrate von 12%</li> <li>! Andere endemische Coronaviren nur sporadisch nachgewiesen</li> <li>! Omikronspezifische PCR hat BA.2 bei nahezu 100% nachgewiesen</li>   <li>! Nachweis gleichmäßig über alle Altersgruppen</li>   <li>! Deutlicher Anstieg der Influenza-Aktivität erkennbar: Dominiert von H3N2-Viren. H1N1 nur sporadisch nachgewiesen</li> <li>! Alle anderen Viren (HRV, PIV, HMPV, RSV) sind derzeit zu vernachlässigen</li>   <li>! <b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Deutlicher Rückgang der Positivenrate in KW17 mit 41,82% (Vorwoche: 50,52%)</li>   <li>! Laborauslastung sehr niedrig in allen BL; Grund: Indikationsstellung der ambulanten Praxen, keine entsprechende Extravergütung mehr.</li>   <li>! <b>SARS in ARS</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! Deutlicher Rückgang der Testungen über Osterferienwochen; seit 3 Wochen auf gleich niedrigem Niveau</li> <li>! Vergleich Anzahl Testungen in BL: Thüringen mit auffallend niedrigem Niveau; Berlin wenig abnehmend</li> <li>! Positivenanteil in allen BL rückläufig</li> <li>! Anzahl der Testungen in Arztpraxen, Krankenhaus und Andere in etwa auf gleichem Niveau in KW17 (jeweils ca. bei 150.000 Proben im System) In den Vorwochen waren Andere und Arztpraxen oft deutlich höher als Krankenhaus.</li> <li>! Positivenanteil rückläufig in Arztpraxen, Krankenhäusern und Andere (am stärksten in Andere)</li> <li>! Rückläufige Tendenz zieht sich durch alle Altersgruppen hindurch.</li> <li>! Anzahl der Testungen in AG gleichbleibend; nur bei 5-14-Jährigen steigende Tendenz</li> <li>! Positivenanteil sinkt deutlich in allen AGs, am stärksten bei 5-14-Jährigen</li> <li>! Darstellung Bewohnende von Langzeitpflegeeinrichtungen nach Impfstatuskategorie: COVID-19 Prävalenz von 10,6% bei unvollständig Grundimmunisierten, 4,8% bei Grundimmunisierten und 3,5% bei Grundimmunisierten mit Auffrischimpfung.</li>   <li>! <b>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> </ul>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>! VOC-Anteile: dominierend Omikron mit 99,8%</li> <li>! BA.2 72,9%, BA.2.9 19,2%, BA.2.3 2,6%, BA.2.12 0,4%, BA.1.1 1,1%, BA.5 0,3%, BA.4 0,1%</li> <li>! XE bei 0,1%</li> <li>! Nachweise von 5 Rekombinanten: XD; XE; XG; XH; XM;</li> <li>! Allgemeiner Trend: 10.000 übermittelte Sequenzen pro Woche</li> <li>! Keine Nachweise für andere VOCs außer Omikron</li> </ul> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie hängen die Positivrate bei den Aufnahmetestungen mit der SARS-Cov-2 Hospitalisierungsrate zusammen? Aufnahme datum in ARS nicht vorhanden, daher keine Differenzierung bei Testung nach Aufnahme. Aufnahmetestungen nicht klar definierbar. Lediglich Approximation möglich.</li> <li>! Wie viele Gesundheitsämter melden an den Wochenenden nicht? Es haben lediglich 23/376 GÄ am Wochenende übermittelt. Der Großteil übermittelt an den Wochenenden also nicht (12/16 BL). BL die an den Wochenenden noch übermitteln: NRW, HH, TH und SH</li> <li>! Frage zu den Sublinien: In afrikanischen Ländern geht BA.4 und BA.5 z.T. sehr stark nach oben. Wird BA.5 bei uns eine Dominanz bekommen? Eher unwahrscheinlich, dass BA.5 dominierend wird.</li> <li>! Dramatischer Rückgang der Testzahlen in Arztpraxen: Bestätigen das unsere Zahlen? Nach retrospektiver Umstellung ist der Rückgang bei Arztpraxen und Anderen nahezu parallel.</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen (nur montags)</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	<p>FG 33</p>



4	<p><b>Internationales</b> <i>(nur mittwochs)</i></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
5	<p><b>Update digitale Projekte</b> <i>(nur montags)</i></p>	FG21
6	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>der Expertenbeirat hat gestern am 03.05.2022 nicht stattgefunden</p>	Wieler
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Anregung zur Erstellung einer FAQ zum Übergang einer Pandemie zur Endemie                  FAQ allein nicht ausreichend; Zustand Endemie ist Konvention und zudem eine globale Angelegenheit                  Es sollte auf Reaktionen der WHO gewartet werden</p> <p><b>ToDo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FG36 entwirft eine kurze, knappe Einordnung: Was ist eigentlich der Übergang der Pandemie zur Endemie</li> <li>- FG36 entwirft in Absprache mit Fr. Leuker einen Vorschlag wie sich die Bevölkerung unserer Vorstellung nach verhalten sollte.</li> </ul> <p>Botschaft zur Risikobewertung: Anregung das Thema von unserer Seite aus einzustellen, wenn heute keine Abstimmung mit BMG erfolgen kann.</p> <p><b>P1</b></p> <p>Bundesgesundheitsblatt zum Thema Risikokommunikation wurde heute getwittert                  Robert-Koch Colloquium wird heute ab 16 Uhr begleitet</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>FG21 (Scheida)</p>

8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Isolierungsdauer der Patienten im KH  Vorschlag die Dauer für asymptomatische Personen auf 10 Tage zu verkürzen wollte BMG im Paket zuletzt nicht veröffentlicht haben.  Bitte des BMG dazugehöriges Papier in der AGI abzustimmen mit Veröffentlichung in der kommenden Woche</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Anpassung Dokumente zu Entlassmanagement u. a. für Pflege  Anpassung CWA im Hinblick auf aktuelle Dokumente zu Isolierung und Quarantäne  Entsprechende FG werden in den kommenden Tagen um Anpassung / Prüfung der jeweiligen Dokumente gebeten  Ambulantes Management prioritär. Bitte an FG36 / FG37 um zeitnahe Durchsicht</p>	ZBS7 (Niebank)
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p>	FG17
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Ki.....

14	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG31
15	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur montags)</i> nicht berichtet	FG31
16	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
17	<b>Andere Themen</b> <p>! Ergebnisse zur Entwicklung der depressiven Symptomatik bei Erwachsenen (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Depressive Symptomatik wurde von April 2019 bis Dezember 2021 beobachtet.</li> <li>○ Daten weisen auf Zunahme der Belastung durch depressive Symptome ab Oktober 2020 und ein anhaltend erhöhtes Belastungsniveau hin.</li> <li>○ Zeitgleich scheint auch Bevölkerungsanteil mit einer ausgeprägten, möglicherweise abklärungsbedürftigen depressiven Symptomatik angewachsen zu sein.</li> <li>○ Angestiegene Belastung zeigt sich vor allem bei Frauen und jungen Erwachsenen (18-29-Jährigen, gefolgt von 30-44-Jährigen).</li> </ul> <p>Nächste Sitzung: Montag, 09.05.2022, 13:00 Uhr, via Webex</p>	Lena Walther (FG26)

**Ende: 12:57 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 09.05.2022, 13:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG32
! Institutsleitung	○ Michaela Diercke
○ Lars Schaade	○ Justus Benzler
○ Esther-Maria Antão	! FG33
! Abt. 1	○ Ole Wichmann
○ Martin Mielke	○ Nita Perumal
! Abt. 2	○ Viktoria Schönfeld
○ Michael Bosnjak	○ FG33 unbekannt
! Abt. 3	! FG35
○ Osamah Hamouda	○ Christina Frank
○ Tanja Jung-Sendzik	! FG36
! FG11	○ Udo Buchholz
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	○ Silke Buda
! FG14	! FG37
○ Melanie Brunke	○ Sebastian Haller
! FG17	! ZBS7
○ Thorsten Wolff	○ Michaela Niebank
! FG21	! Presse
○ Wolfgang Scheida	○ Ronja Wenchel
! FG31	! BZgA
○ Maria an der Heiden	○ Linda Seefeld





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b> (<i>nur mittwochs</i>)</p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: 25.299.300(+3350), davon 136.538 (+5)                      Todesfälle (23 GA aus 5 BL, nämlich SH, NRW, HH, Berlin und TH, haben am Wochenende gemeldet)                      7-Tage-Inzidenz: 499,2/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.512.374 (77,6%), mit vollständiger Impfung 63.039.522 (75,8%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Rückgang der 7d-Inzidenz                      in östlichen BL niedrigere Inzidenzen, während im Norden höhere                      Altersgruppen: die niedrigeren Inzidenzen bei Ü80, 0-4-Jährigen und 60-79-Jährigen; höhere Inzidenzen bei 15-34, 5-14 und 35-59-Jährigen                      Testkapazität und Testungen (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)                      ARS-Daten (nicht berichtet)                      VOC-Bericht (nicht berichtet)                      Molekulare Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)                      Syndromische Surveillance (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)                      Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)                      Zahlen zum DIVI-Intensivregister (<i>nur mittwochs</i>) (nicht berichtet)                      Modellierungen (<i>nur montags</i>) (nicht berichtet)</p> <p>Frage1: Soll Nationale Lage weiterhin montags berichtet werden? Antwort: Nein, nur noch mittwochs                      Frage2: Krisenstabssitzung nur noch mittwochs? Antwort: Wird in der nächsten Sitzung entschieden!</p> <p><b>ToDo1:</b>  <i>Agenda Krisenstab anpassen, dass Lage National nur noch mittwochs berichtet wird (Lagezentrum)</i></p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
2	<p><b>Update Impfen</b> (<i>nur montags</i>)</p>	<p>FG 33 (Schönfeld)</p>

Es wurden die Ergebnisse der Impfeffektivitätsanalyse vorgestellt mit und ohne Daten von SORMAS

Folien [hier](#)

Da bei der Analyse der Impfeffektivität auffiel, dass die Effektivität der Grundimmunisierung höher ausfiel als die der Boosterimpfung, wurde dem auf den Grund gegangen. Es wurde vermutet, dass fehlerhafte SORMAS Daten dazu führten.

Die Analyse zeigte jedoch, dass auch nach Ausschluss der SORMAS Daten, dieser Effekt noch sichtbar war.

Allerdings zeigte die Analyse der reinen SORMAS Daten, dass die Effektivität aller Impfungen mit der Zeit nachließ, was nicht erklärbar war. Daher müssen SORMAS Daten bereinigt werden

Diskussion:

- Die scheinbar höhere Effektivität der Grundimmunisierung lässt sich dadurch erklären, dass mit fortschreitender Durchseuchung die Ungeimpften nicht mehr immunnaiv sind, sondern bereits eine oder mehrere Infektionen durchgemacht haben und daher die vermeintliche Grundimmunisierung eher wie eine Boosterimpfung wirkt
- Sollten die SORMAS Daten ganz weggelassen werden? Nein, da sie ca. 30% des Datensatzes ausmachen. Zudem ist der Prozess der Datenbereinigung schon weit fortgeschritten, d.h. notwendige Parameter wurden bereits diskutiert und festgelegt und es muss im Prinzip nur noch hausgeführt werden
- Den BL soll nun bereits vorsichtig kommuniziert werden, dass SORMAS fehlerhaft ist

#### **STIKO**

! Zwei Entwürfe gehen demnächst ins Stellungnahme Verfahren:

- Kinderimpfung für 5-11-Jährige
- **Impfung nach COVID-19 Infektion**

! Die Studiendaten für den Sanofi-Impfstoff sowie für Valneva liegen vor und werden demnächst durch die STIKO geprüft.

Frage: Gibt es Pläne zur Ausweitung der Empfehlung von Boosterimpfungen auf andere Altersgruppen oder Risikogruppen?

Antwort: Zurzeit gibt es keine Pläne dazu.

Anmerkung durch Krisenstab: Bitte um STIKO Stellungnahme zur post-exposition Prophylaxe für Influenza





	<b>ToDo2:</b> Bericht über Impfeffektivität nächste Woche veröffentlichen (insbesondere aufgrund aktueller Presseanfragen) (Wichmann/FG33)	
<b>3</b>	<b>Internationales</b> (nur mittwochs)  (nicht berichtet)	ZIG
<b>4</b>	<b>Update digitale Projekte</b> (nur montags) <ul style="list-style-type: none"> <li>! Es werden keine neuen Teststellen mehr an die CWA angeschlossen</li> <li>! Frage: Wie ist der Umfang der Abschaltung, d.h. werden einige Funktionalitäten wie Bereitstellung von Testzertifikaten noch beibehalten? Antwort: vermutlich wird komplette App zum 30.09.22 abgeschaltet, auch wenn einige Aspekte noch nicht geklärt sind, z.B. Laden neuer Testzertifikate in CovPass. Es soll aber ermöglicht werden, alle bereits in CWA geladenen Zertifikate gesammelt auf CovPass zu übertragen.</li> <li>! Frage von Herrn Schaade: Es kam ein ToDo aus dem Lagezentrum mit den Pros/Cons der CWA mit Herrn Schmich in FF. Was ist Zweck dieses Dokuments? Antwort: Da Herr Schmich abwesend, soll Herr Scheida das mit ihm klären.</li> </ul>	FG21 (Scheida, Benzler)
<b>5</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>  Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung wurde am letzten Donnerstag veröffentlicht	Abt. 3
<b>6</b>	<b>Expertenbeirat</b> (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)  (nicht berichtet)	
<b>7</b>	<b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b>  Es sollte rechtzeitig geklärt werden, wie Abschaltung der CWA an die Bevölkerung kommuniziert werden soll Aktivitäten neu: Webseiten angepasst an die veränderte Isolations- und Quarantäneverordnung  Anmerkung von Herrn Schaade: Die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen ist an das RKI herangetreten, mit der Bitte um regelmäßige Informationen für die „ÖGD News“ ( <a href="https://www.akademie-oegw.de/aktuelles/artikel/25/4/2022/oegd-news-native-nachrichten-app-fuer-den-oegd.html">https://www.akademie-oegw.de/aktuelles/artikel/25/4/2022/oegd-news-native-nachrichten-app-fuer-den-oegd.html</a> ). Da sollten sich RKI BZgA und andere Beteiligte abstimmen, um nicht doppelte Arbeit zu haben bzw. mehrfach die gleiche Information bereitzustellen. Antwort: Dieses	BZgA (Seefeld).

	<p>Anliegen wird an die verantwortliche Person bei der BZgA (Frau Astrid Rose) weitergeleitet.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Presseanfragen von Springer zur fehlenden Impfeffektivität (dazu siehe ToDo2) und zur Risikobewertung Frage von Frau Wenchel: Wann findet nächste BPK statt? Antwort: nicht bekannt.</p> <p><b>P1</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  STAKOB Webseminare am Mi/Do zu therapeutischen Updates COVRIIN: Interaktive Anwendung zur Therapie von COVID-19  Frage1: Gibt es eine Stellungnahme zur Therapie mit Evusheld? Ja, die gibt es von den Hämatologen mit Zuarbeit durch STAKOB. STIKO will dazu Anfang Juni eine Empfehlung aussprechen.  Frage2: Gibt es eine COVID-19 Therapieempfehlung für den ambulanten Bereich? Ja, sie wird durch die Gruppe für den stationären Bereich erarbeitet. Diese Arbeit könnte auch im Krisenstab vorgestellt werden bei Bedarf.	ZBS7 (Niebank)
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  Bericht zu Belegungszahlen in Krankenhäusern wird heute Abend an MF4 geschickt.	FG 32 (Diercke)
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> <i>(nur montags)</i>  nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> <i>(nur montags)</i>  Rücknahme des Generalerlasses des BMG und Wiederaufnahme der üblichen Dienstwege wird erbeten. Dies soll am Freitag im Jour Fixe mit dem BMG mündlich angebahnt werden	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 11.05.2022 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:55 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 11.05.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG33
! Institutsleitung	o Nita Perumal
o Lothar H. Wieler	! FG35
o Lars Schaade	o Christina Frank
o Esther-Maria Antão	! FG36
! Abt. 1	o Udo Buchholz
o Martin Mielke	o Silke Buda
! Abt. 2	o Stefan Kröger
o Michael Bosnjak	o Kristin Tolksdorf
! Abt. 3	! FG37
o Tanja Jung-Senzik	o Muna Abu Sin
! FG14	! ZBS7
o Marc Thanheiser	o Annegret Schneider
! FG17	! MF4
o Ralf Dürrwald	o Martina Fischer
! FG21	! P1
o Patrick Schmich	o Ines Lein
o Jennifer Allen	! Presse
o Wolfgang Scheida	o Susanne Glasmacher
! FG31	o Ronja Wenchel
o Ute Rexroth	! ZIG
o Maria an der Heiden	o Mikheil Popkhadze
o Amrei Wolter (Protokoll)	o Anna Rohde
! FG32	! BZgA
o Michaela Diercke	o Andrea Rückle





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Weltweit: Fälle, Todesfälle  Datenstand: WHO, 10.05.2022  Fälle: 515.748.861 (-6% im Vergleich zu Vorwoche)  Todesfälle: 6.255.835 (CFR: 1,2%)  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Top 10 Länder: Australien, Deutschland, USA, Italien, Südkorea, Frankreich, China, Japan, Spanien, Brasilien</li> <li>2. Aufsteigender Trend: Australien (um 77%), USA, China</li> <li>3. In USA leucht ansteigender Trend durch BA.2.1.12</li> <li>4. Lockdowns in China sind massiv, niedrige Impfquote, neu auftretende Fälle außerhalb der Quarantänezone</li> </ol> <p>WHO epidemiological update</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien insbesondere in Europa (z.B. Spanien, Dänemark, England testen nur Risikogruppen, Personen die Behandlung im KH benötigen und Personen die mit RG arbeiten; Österreich hat den Anzahl PCR pro Einwohner:innen reduziert)</li> <li>6. Abfallender Trend verlangsamt sich, Talsohle erreicht</li> <li>7. Karte mit 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</li> <li>7. Australien ist wieder geöffnet, keine Zero-Covid-Strategie, stabile Lage (Aufnahme in KH nicht gestiegen)</li> <li>8. Situation in Europa entspannt sich, dennoch hohe Inzidenzen</li> </ol> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 25.503.878 (+97.101), davon 136.987 (+231) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 507,1/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.516.596 (77,6%), mit vollständiger Impfung 49.450.402 (59,5%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Rückgang in allen BL, höchste 7-Tages-Inzidenz in SH, niedrigste 7-Tages-Inzidenz in TH, BB, SA</li> <li>10. Stärkster Rückgang Ende April, seitdem flacher</li> <li>11. Geographisch: in östlichen BL niedrigere 7-Tages-Inzidenz als in nördlichen BL (SH, NI)</li> <li>12. Hohe Inzidenzen im Rhein-Hunsrück-Kreis liegen an vermehrten Nachmeldungen</li> <li>13. Abfall um 150 Inzidenzpunkte von KW18 auf KW19</li> <li>14. Höchste 7-Tages-Inzidenz bei Schulkindern/jungen Erwachsenen, niedrigste Inzidenz in AG 70-79 Jahren</li> </ol> <p>COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum  Unverändertes Niveau zu vorheriger Woche, leichter Rückgang, Veränderung durch Nacherfassung.  Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p>	<p>ZIG1 (Rohde)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>





	<p><b>Diskussion</b></p> <p>Wunsch der Anpassung der Grafik der VOC im Wochenbericht Die alte Grafik soll ersetzt werden durch eine neue, die die aktuell zirkulierenden Linien und Sublinien zeigt, die einen Anteil von 1% und mehr in der Stichprobe haben. Alle nicht aufgeführten Sublinien werden wie gewohnt in der Tabelle aufgeführt. Die neue Grafik wäre somit übersichtlicher und erzeugt einen Puffer, dass Linien erst dann auftauchen, wenn sie etabliert sind Für einen besseren Übergang im nächsten Wochenbericht bitte die alte Grafik dennoch einfügen und kommunizieren, dass diese eine eingeschränkte Aussagekraft hat und in der nächsten Woche ersetzt wird</p> <p>Syndromische Surveillance GrippeWeb Der Wert (gesamt) lag in der 18. KW bei 4.200 ARE pro 100.000 Einwohnenden Dies entspricht einer Gesamtzahl von ca. 3,5 Mio. ARE in DE, unabhängig von einem Arztbesuch Im Vergleich zur 17. KW 2022: bei Kindern gestiegen, bei Erwachsenen leicht gesunken ARE-Rate in KW18 stabil bei 4,2 % (Vorwoche 4,2 %) liegt im vorpandemischen Bereich Bei Kindern nach den Ferien wieder deutlich gestiegen (von 7,9 % auf 10,2 %), bei den Erwachsenen leicht gesunken (von 3,6 % auf 3,3 %) 5 AGs: Anstieg bei den 35-59J, in den anderen AG der Erwachsenen Rückgang; besonders bei Schulkindern Zunahme, bei den Kleinkindern gibt es einen leichten Rückgang. ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden 17. KW: KonsInz leicht gesunken auf 1.087 (Vorwoche: 1.273 (nur bei Schulkindern gestiegen) Knapp 1.100 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.00 EW (= ca. 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland) KonsInz (gesamt) liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren (Pandemiejahre), aber auch höher als in allen anderen Vorsaisons zu dieser Zeit ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet ARE mit COVID-19-Konsultationen bis zur 18.KW 2022 bei rund 250 Arztbesuchen ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz Insgesamt eine Seitwärtsbewegung KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen Anteil COVID-19 an SARI 26% (Vorwoche: 27%)! max. 79% in KW 52/2020 Anteil Influenza an SARI 2-5% seit KW13/2022! max. 30% in den Peaks 2018-2020 ICOSARI-KH-Surveillance – SARI Fälle (J09-J22): SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen auf Sommerniveau, seit</p>	<p>(Kröger)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	---	--



	<p>KW 13/2022 steigender Anteil Influenza Vorwiegend in den AG unter 35 Jahre, aber auch vereinzelte Fälle in den AG 35+; noch relativ niedriges Niveau Influenza in den AG ab 35 Jahre: um die 30% COVID-19-Diagnosen bei SARI Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI Insgesamt 2,8 COVID-SARI pro 100.000 Einw., das entspricht ca. 2.300 Krankenhausaufnahmen aufgrund COVID-SARI in D. Entwicklung COVID-SARI 8.KW bis 18. KW 2022 Kein weiterer Rückgang, Stabilisierung bzw. leichter Anstieg in AG 5-35</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Herausnahme der Abbildung zu Ausbrüchen in Kindergärten/Schulen. Daten können aufgrund der schweren Nachvollziehbarkeit durch die GÄ schlecht bewertet werden. Vorschlag, diesen anlassbezogen in den Wochenbericht mitaufzunehmen. Zustimmung von Leitung</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten 119 Einsendungen Rückgang von SARS-CoV-2 geht im Sentinel Positivenrate von 9% in KW 18 Altersverteilung SARS-CoV-2 und Influenza: hohe Positivenrate bei AG 5-15, jedoch niedrige Positivenrate für SARS-CoV-2, spricht für eine Teilimmunität in der AG gegen SARS-CoV-2 Anstieg des Influenza Nachweises (2% gegenüber der Vorwoche, jetzt Nachweis von 23%, H3N2). Entspricht Peak einer moderaten Saison HMPV ist rückläufig, RSV in der Vorwoche kein Nachweis, diese Woche 2 Nachweise</p> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Klinische Aktivität ist niedriger als es normalerweise in saisonalen Grippewellen der Fall ist. Von virologischer Surveillance aus sind die Kriterien für eine Zirkulation erfüllt. Wie ist die Prognose, handelt es sich um eine Grippewelle? Sollen klinische Parameter in die Definition einer Grippewelle integriert werden?</li> <li>! Die virologische Definition der Grippewelle besteht aus einer Kombi der Influenza-Positivenrate und dem Praxisindex.</li> <li>! Vorgehen ECDC: Überschreitung der Influenzapositivenrate um 10% bedeutet Beginn der Saison</li> <li>! Vorgehen RKI: Überschreitung des unteren Konfidenzintervalls der Positivenrate in zwei aufeinanderfolgenden Wochen um 10% definiert den Beginn der Saison</li> <li>! Das untere Konfidenzintervall der Positivenrate hat in den KW17 und KW18 die 10% überschritten, nach virologischer Definition handelt es sich um eine Grippewelle</li> <li>! Hintergrund: Saisonale Grippewellen beginnen häufig um den Jahreswechsel, hier werden allerdings weniger Proben</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	----------------------------



	<p>eingesendet, daher bietet die Definition des unteren Konfidenzintervalls eine größere Sicherheit</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Die Beschreibung der Influenza Positivenrate ist im ARE-Wochenbericht ausführlich erklärt: <a href="https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx">https://influenza.rki.de/wochenberichte.aspx</a></li> <li>! Es gibt eine verschobene Saisonalität in der Gruppe, die derzeit die geringste vorbestehende Immunität gegenüber Influenza hat (Kinder), die dies über ihre Familien wiederum in den Pflegebereich tragen können. Fokus liegt derzeit bei SARS-CoV-2, auch Influenza und derzeitigen Impfstatus in den Pflegeheimen berücksichtigen</li> <li>! FG33 hat Daten veröffentlicht, dass die Impfraten zu Influenza in den Pflegeheimen gleichbleibend hochgewesen sind, nun aber zeitlich bereits zurückliegt und eine Abnahme der Wirksamkeit erwartet wird. Es sollte eine Postexpositionsprophylaxe besprochen werden. Eine entsprechende Stellungnahme der STIKO gibt es hierzu nicht</li> <li>! Dringender Appell, mit allen akuten Atemwegssymptomen und auch mit negativem COVID-Test zuhause zu bleiben, dies mit begleitender Kommunikation in Bevölkerung verankern</li> <li>! Thema wird als Botschaft für Wochenbericht und Twitter (Presse) mitgetragen</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	FG 33
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>Kolleg:innen vom RKI in Namibia und Usbekistan</p>	ZIG (Rohde)
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p>	FG21
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung</p> <p>xxx</p>	Abt. 3

6	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Stellungnahme zu Long-COVID soll finalisiert werden  Stellungnahme Pflege Finalisierung ist kurz vor Abschluss, derzeit in Task Force  Stellungnahme Herbst/Winter: Matrix von Indikatoren zur Erfassung der Krankheitsschwere und Auslastung des Gesundheitssystems. Geplante Finalisierung am 31.05.2022</p>	Präs.
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktualisierung des Erregersteckbriefes, gerne Verlinkung:  <a href="https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/coronavirus-sars-cov-2/">https://www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/coronavirus-sars-cov-2/</a>  Geplant sind Übersetzung in 6 weiteren Fremdsprachen (u.a. ukrainisch), Dokument soll als living Document gestaltet werden  Thema ÖGD-App: BZgA bekundet Interesse, Ansprechpartnerin wäre Astrid Rose  ÖGD-App ist App der Akademie, BMG geht auf BZgA zu</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Verlinkt BZgA Link  Twitter Thema Influenza</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Dokument Entlassmanagement im Pflege- und Krankenhaussetting  Überlegung der Kürzung von 14 Tagen auf 10 Tagen für Asymptomatische wird von der AGI teilweise als zu wenig angesehen, Wunsch auf 5 Tage um Ungleichbehandlung zu vermeiden: In Pflegeheimen führt ein Zufallsbefund zur Einschränkung der Teilhabe, in Krankenhäusern zu logischsten Problemen und anschließender Isolation  Entscheidender Unterschied bzgl. der Dauer ist die Allgemeinbevölkerung, bei der nicht zwingend jeder Fall verhindert werden muss und die vulnerablen Gruppen, die dringend geschützt werden müssen. Besondere Situationen</p>	Alle



	<p>und Schutzzielkonflikt müssen kommuniziert werden, dies im Begleittext erwähnen und im Diagramm auf Begleittext verweisen.</p> <p><b>Diskussion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ab wann zählt die Absonderung, welcher Test ist hierfür ausschlaggebend? Wird der Tag des Testes als Tag 0 oder Tag 1 gewertet?</li> <li>! BMG verweist in FAQ auf „Isolierung nach Testergebnis“, welcher Test ist nicht präzisiert</li> <li>! RKI ist nicht für rechtliche Fragen verantwortlich, Verweis auf FAQ</li> <li>! Tag des Testes wäre Tag 0, die Umsetzung hier ist Ländersache</li> <li>! Kommunikation an das Rechtsreferates des BMG, dass dieses Problem des Öfteren angefragt wird</li> <li>! RKI kommt häufiger in die Situation, Situationen fachlich zu begründen, die politischer Natur sind. Häufig kommen diese Anfragen auch über Erlass vom BMG rein, FG36 ist diesbezüglich stark belastet.</li> <li>! Vorschlag, Anfragen von Ländern zu sammeln, kondensieren und als Tagesordnungspunkt in die AGI zu tragen. Dort kann ein Konsens hergestellt werden und mit den Ländern und BMG entschieden werden.</li> <li>! Die Konkretisierung der Frage nach Beginn der Isolation kann in der nächsten AGI besprochen werden, Bitte um Teilnahme von FG36 an dieser Sitzung, Herr Beyer soll auf AGI verwiesen werden</li> </ul> <p><b>To Do</b></p> <p><i>Rückmeldung von EpiLag an Hrn. Beyer, dass die Konkretisierung in der nächsten AGI erfolgt.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Dokument organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie</li> <li>! Straffung des Dokumentes, Verkürzung Isolierung für Kontaktpersonen (Pat. von 10 Tage auf 7 Tage, Test nach 5 Tagen möglich, Personal von 7 Tage auf 5 Tage)</li> <li>! Dokument wurde bisher auf Seite des BMG gehostet, Wunsch des RKI, dies wieder auf die Seite des RKI rückzuführen</li> </ul>	
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li># SARS-CoV-2</li> <li>## Rhinovirus</li> <li>## Parainfluenzavirus</li> <li>## saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>## Metapneumovirus</li> <li>## Influenzavirus</li> </ul> <p>Rest negativ</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>

	<b>ZBS1</b>	
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  SORMAS-Übermittlungsprobleme: IT4 hat verschiedene Auswertungen gemacht und festgestellt, dass ein Fehler im Programm bei SORMAS vorliegt. Derzeit ist es schwierig, Algorithmen zu entwickeln, um die Daten zu löschen. Vorschlag ist, dass die SORMAS Daten ab Zeitpunkt des Fehlers (12.02.2022) aus der Berechnung ausgelassen werden und nicht bereinigt werden, da die Gemengelage der Fehler zu einer falschen Auswertung der Daten führen würde und einen Bias begünstigt. Dies wäre die schnellste umsetzbare Lösung. Ob mit den Daten vernünftig gerechnet werden kann, zeigt in absehbarer Zeit eine derzeitig durchgeführte Analyse der neuen Datensätze.  <i><b>ToDo:</b> SORMAS Fehler muss veraktet werden, Problem soll im Jour Fixe angesprochen werden. Für Jour Fixe bitte eine Folie erstellen, die beinhaltet, wie groß der Anteil der SORMAS Fälle auf die Gesamtfälle sind sowie eine markante Grafik aufzeigen, die zeigt, worin die Fehler in Zahlen bestehen bzw. wie groß der Anteil an Fällen mit unplausiblen Daten ist. Ebenso soll ein Textvorschlag für einen erläuternden Text erstellt werden.</i>	FG 32/ FG33
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b> nicht berichtet	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  Die Montagssitzungen des COVID-19 Krisenstabes werden gestrichen und es findet nur noch eine Besprechung am Mittwoch statt.	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.05.2022, 11 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:06 Uhr**



## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 18.05.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- |                                   |                           |                |
|-----------------------------------|---------------------------|----------------|
| ! Institutsleitung                | ! FG35                    | ○ Ole Wichmann |
| ○ Lothar H. Wieler                | ○ Christina Frank         |                |
| ○ Lars Schaade                    | ! FG36                    |                |
| ! Abt. 1                          | ○ Udo Buchholz            |                |
| ○ Martin Mielke                   | ○ Silke Buda              |                |
| ! Abt. 2                          | ○ Stefan Kröger           |                |
| ○ Michael Bosnjak                 | ○ Muna Abu Sin            |                |
| ! Abt. 3                          | ! MF2                     |                |
| ○ Tanja Jung-Sendzik              | ○ Torsten Semmler         |                |
| ! FG14                            | ! MF4                     |                |
| ○ Melanie Brunke                  | ○ Martina Fischer         |                |
| ! FG17                            | ! P1                      |                |
| ○ Ralf Dürrwald                   | ○ Christina Leuker        |                |
| ! FG21                            | ! Presse                  |                |
| ○ Patrick Schmich                 | ○ Susanne Glasmacher      |                |
| ○ Wolfgang Scheida                | ○ Maud Hennequin          |                |
| ! FG31                            | ! ZIG                     |                |
| ○ Ute Rexroth                     | ○ Mikheil Popkhadze       |                |
| ○ Maria an der Heiden             | ! ZIG1                    |                |
| ○ Christian Wittke<br>(Protokoll) | ○ Sofie Gillesberg Raiser |                |
| ! FG32                            | ! BZgA                    |                |
| ○ Michaela Diercke                | ○ Andrea Rückle           |                |
| ! FG33                            | ! ZBS7                    |                |
|                                   | ○ Michaela Niebank        |                |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Datenstand: WHO, 17.05.2022  Fälle: 519.729.804 (-0,6% im Vergleich zu Vorwoche)  Todesfälle: 6.268.281 (CFR: 1,2%)  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:  1. Top 10 Länder: USA, China, Deutschland, Australien, Japan, Italien, Südkorea, Frankreich, Portugal, Brasilien  2. Aufsteigender Trend: China (um 74%), Portugal (58%), USA, Japan, Brasilien  3. In Europa insgesamt fallender Trend  WHO epidemiological update  4. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien insbesondere in Europa (z.B. Spanien, Dänemark, England testen nur Risikogruppen, Personen die Behandlung im KH benötigen und Personen die mit RG arbeiten; Österreich hat den Anzahl PCR pro Einwohner:innen reduziert)  5. Kleiner Anstieg der Fallzahlen in Amerika und West-Pazifik; Todesfälle insgesamt weiterhin mit absteigendem Trend  6. Steigende 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einw. in Mittel- und Südamerika insbesondere durch BA.2 und BA.2.12.1  7. Rückgang der Fallzahlen in Südafrika  Karte mit 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa  8. Fallzahlen insgesamt rückläufig in Europa  9. Auffälliger Anstieg jedoch in Portugal  Länderfokus: Portugal  10. Fallzahlsteigerung seit Anfang Mai 2022  11. Test Positivenrate gestiegen auf 38% (Vorwoche: 24%)  12. Bisher keine Steigerung der Covid-19 Krankenhausbelegung, ITS oder Todesfälle erkennbar  13. BA.5 dominant, geschätzt bei 64% (15.05.22)  14. BA.5 Schätzung für den 22.05.22: 80%  Erster gemeldeter Fall in Nordkorea  15. 660.000 Personen in Behandlung sowie 56 Todesfälle gemeldet (allerdings als unspezifische Fiebererkrankung deklariert, unklar wie viele Fälle davon COVID)  16. Lockdown in Nordkorea</p> <p><b>National</b></p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  ! SurvNet übermittelt: 25.890.456 (+72.051), davon 137.888 (+174) Todesfälle  ! 7-Tage-Inzidenz: 407,4 /100.000 Einw.  ! Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.526.055 (77,6%), mit vollständiger Impfung (75,8%)  ! Weiterhin insgesamt Rückgang der Fallzahlen</p>	<p>ZIG1 (Raiser)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>! Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückläufiger, kontinuierlicher Trend weiterhin in fast allen Bundesländern</li> <li>○ Seitwärtstrend in BE</li> <li>○ Rücklaufftrend in allen Bundesländern deutlich zu sehen. Geringste 7-Tage-Inzidenzen in TH, SA, BB.</li> </ul> <p>! Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Geringste 7-T-Inzidenzen vor allem in den östlichen BL</li> <li>○ Höchste 7-T-Inzidenzen in den nördlichen BL: NI, SH</li> <li>○ 62 LK mit 7-T-Inzidenz &lt; 250</li> <li>○ 241 LK mit 7-T-Inzidenz zwischen 250 – 500.</li> <li>○ 1.000. Stärkster betroffener Landkreis ist LK Kassel mit einer 7-Tage-Inzidenz von 1.204,2 / 100.000 Einw.</li> </ul> <p>! 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutlicher Rückgang insgesamt</li> <li>○ Rückgang in allen AG</li> <li>○ Geringste Inzidenzen bei AG 75-79, 80 – 84 und 0-4</li> <li>○ Höchste Inzidenzen bei Schulkindern und jungen Erwachsenen</li> </ul> <p>! COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückläufiger Trend bei Anzahl der Todesfälle nach Sterbedatum.</li> </ul> <p>! Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Destatis-Zahlen bestätigen keine Beobachtung von Übersterblichkeit</li> </ul> <p>!</p> <p>! <b>ITS-Belegung und Spock</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DIVI-Intensivregister <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mit Stand 18.05.2022 werden 932 COVID-19-PatientInnen auf Intensivstationen der ca. 1300 Akutkrankenhäuser behandelt</li> <li>▪ Rückgang in der COVID-ITS-Belegung</li> <li>▪ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +727 in den letzten 7 Tagen</li> <li>▪ Abnahme in den Neuaufnahmen</li> <li>▪ Todeszahlen weiterhin auf hohem Niveau</li> </ul> </li> <li>○ Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Durchgehender Rückgang in allen Bundesländern</li> <li>▪ Rückgang in BE langsamer als in anderen nord-östlichen BL; MV mit Seitwärtsbewegung</li> </ul> </li> <li>○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</li> </ul>	<p>MF4 (M. Fischer)</p>
--	---	-----------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang in allen Behandlungsgruppen. Nur noch sehr wenige ECMO-Patienten.</li> <li>▪ Seitwärtsbewegung bei sehr schweren Fällen (ECMO + mit invasiver Beatmung)</li> <li>▪ Einschätzung Betriebssituation nach Uni-/Maximalversorger und Grund-/Regelversorger:             <ul style="list-style-type: none"> <li>! Uni-/Maximalversorger mit hoher Anzahl Kliniken mit gewissen Einschränkungen z.B. aufgrund von Personalmangel</li> <li>! Grund-/Regelversorger optimistischeres Bild da weniger schwerwiegende Fälle</li> </ul> </li> <li>○ Altersgruppen             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ In allen AG Rückgang, Trend nach unten setzt sich fort</li> <li>▪ Leichter Anstieg in absoluten Anzahlen bei AG 80+ und 0-17.</li> <li>▪ Prozentual dominierend AG 60+</li> <li>▪ SPoCK: Trend Rückgang setzt sich prognostisch in allen 5 Kleeblättern fort, allerdings mit weniger starken Abfall; Reduktion wird flacher.</li> </ul> </li> <li>! <b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>! GrippeWeb             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ARE-Rate in KW19 leicht gestiegen auf 4,8 % (Vorwoche 4,4 %) liegt insgesamt noch im vorpandemischen Bereich</li> <li>▪ Gesamtwert 19. KW bei 4.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.400)</li> <li>▪ Bei Kindern minimal gesunken (von 11,4 % auf 11,0 %), bei den Erwachsenen leicht gestiegen (von 3,3 % auf 3,8 %)</li> <li>▪ 5 AGs: Anstieg bei 5-59J. (bei den 5-14 J. ARE-Rate=10,5 % à über 10% letztmalig in 11/2020 (Grippewelle)</li> <li>▪ ILI gesamt relativ stabil im Vergleich zur Vorwoche (von 1,2 % auf 1,3 %)</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (S. Buda)</p>
--	---	---------------------------

	<p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 19. KW: KonsInz insgesamt leicht gestiegen auf 1.075 (Vorwoche: 1214)</li> <li>▪ Knapp 1.100 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.00 EW (= ca. 0,9 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland)</li> <li>▪ KonsInz (gesamt) liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren (Pandemiejahre), aber auch höher als in allen anderen Vorsaisons zu dieser Zeit</li> <li>▪ Rückgang / stabil in allen AGs (stärkster Rückgang bei 35-59J./60J.+ mit 17 %)</li> <li>▪ KI liegt in allen AGs über den Werten der letzten 2 Jahre (Pandemie); Im Vergleich zu den anderen Vorjahren: KI liegt in fast allen AGs mit Ausnahme der Kleinkinder (0-4J.) über den Werten vor der Pandemie zur 19. KW</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet</li> <li>▪ in KW 19/2022 sind die Werte bei den 60- bis 79-Jährigen stagniert und bei den über 80-Jährigen angestiegen</li> <li>▪ In allen anderen AG sind die Werte gesunken</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen sind seit KW 14 insgesamt gesunken, zuvor seit dem Jahreswechsel 2021/2022 weitgehend stabil</li> <li>▪ Aktuell auf Sommerniveau, dürfte sich hier stabilisieren</li> <li>▪ SARI-ICU-Fallzahlen ebenfalls auf Sommerniveau</li> </ul> <p>! KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil COVID-19 an SARI 20% (Vorwoche: 27%) ! max. 79% in KW 52/2020</li> <li>▪ Anteil Influenza an SARI 2-7% seit KW13/2022 ! max. 30% in den Peaks 2018-2020</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI Fälle (J09-J22):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen auf</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG31 (Rexroth)</p>
--	---	--



	<p>Sommerniveau, seit KW 13/2022 steigender Anteil Influenza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in den AG ab 35 Jahre: um die 25-35% COVID-19-Diagnosen bei SARI</li> </ul> <p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Insgesamt 2,1 COVID-SARI pro 100.000 Einw., das entspricht ca. 1.700 Krankenhausaufnahmen aufgrund COVID-SARI in D.</li> <li>▪ Deutlicher Rückgang in KW19 insgesamt</li> <li>▪ AG 80+ in KW 19/2022: 15/100T, ebenfalls Rückgang; leicht unter Niveau Jahreswechsel</li> </ul> <p>! Entwicklung COVID-SARI 9.KW bis 19. KW 2022</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COVID-SARI-Fälle und COVID-SARI mit Intensivbehandlung: kein weiterer Rückgang, Stabilisierung bzw. leichter Anstieg in AG 5-34</li> </ul> <p>! <b>Virologische Surveillance</b>, NRZ Influenza-Daten</p> <p>! 131 Eisendungen in KW19</p> <p>! In KW19 SARS-CoV-2 Positivenrate von 13,7%</p> <p>! Andere endemische Coronaviren nur sporadisch nachgewiesen</p> <p>! Omikronspezifische PCR hat BA.2 zu 100% nachgewiesen</p> <p>! Nachweis am stärksten in AG der 5-15-jährigen</p> <p>! Deutlicher Anstieg der Influenza-Aktivität erkennbar: Dominiert von H3N2-Viren. Ein H1N1-Fall nachgewiesen</p> <p>! Sequenzierung eines Falls mit abweichendem Variantvirus konnte abgeschlossen werden. Ergebnis der Sequenzanalyse zeigte ein C22 Schweineinfluenza-Virus. Der Fall wurde der WHO gemeldet. Landesstelle führt Kontaktverfolgung durch.</p> <p>! Minimaler Anstieg bei PIV. Alle anderen Viren (HRV, HMPV, RSV) sind derzeit zu vernachlässigen.</p> <p>! <b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>! Rückgang in Testungen (-100.000 im Vergleich zur Vorwoche)</p> <p>! Leichter Rückgang der positiv Getesteten (- 60.000); Positivenanteil weiterhin hoch bei knapp unter 40%</p> <p>! Laborauslastung sehr niedrig in allen BL; Grund: Indikationsstellung in ambulanten Praxen.</p> <p>! Durchgeführte Testungen nach BL: In beinahe allen BL Rückgang der durchgeführten Testungen und Niveau geringer im Vergleich zum Vorjahr</p>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p>
--	---	--

- ! Durchgeführte Testungen nach Einrichtungstypen: Rückgang in allen Kategorien (Arztpraxen, KH und Andere). Höchste Anzahl der Testungen in KH (vorher Arztpraxen und Andere)
- ! Testungen nach AG: Meiste Testungen bei 80+-Jährigen
- ! Größter Positivenanteil bei Kinder-/Jugendlichen und jungen Erwachsenen
- ! **Molekulare Surveillance, VOC-Bericht** (Folien [hier](#))
- ! VOC-Anteile: Omikron dominierend mit 99,8%
- ! BA.2 71,7%, BA.2.9 18,8%, BA.2.3 2,0%, BA.5 1,4%
- ! Keine Nachweise für andere VOCs außer Omikron
- ! BA.5 in D: 99/305 Sequenzen in KW18/22; Insgesamt darunter keine Hospitalisierung, kein Todesfall
- ! BA.4 in D: 23/58 Sequenzen in KW 18/22; Insgesamt darunter keine Hospitalisierung, kein Todesfall

### **Diskussion**

- ! Rufen wir die Influenzawelle aus? Warum (nicht)?
  - Virologische Definition einer Grippewelle ist seit KW17 erfüllt. Gering ausgeprägte, absolute Zahlen sind zu berücksichtigen. Die Influenza-Aktivität ist bisher nur geringfügig erhöht und auf niedrigem Niveau.
  - Kommunikation einer Grippewelle auf niedrigem Niveau sinnvoll
- ! Wie ist die Einschätzung bzgl. der Entwicklung von BA.5?
  - Bitte um detailliertere Auswertungen zu BA.5 an Hr. an der Heiden herantragen
  - Formulierung Ausbreitung von BA.5 als unwahrscheinlich zu betiteln aus Wochenbericht herausnehmen
  - Hinweis, dass BA.5 Fälle bisher mit keinerlei Hospitalisierungen / Todesfällen einhergehen, was auf eine geringere Schwere hindeutet.
  - Aus bisherigen Diskussionen ist nicht ableitbar, dass BA.5 in D dominant werden könnte



2	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Daten zu Impfstoffe für Kinder unter 5 Jahren vorhanden. Das Thema wird als nächstes behandelt. Daten zu den Impfdurchbrüchen sind weiterhin in der Auswertung</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Stellungnahme Verfahren Kinderimpfung 5-11 Jahre und Genesenenimpfung. Finale Entscheidung in STIKO-Sitzung heute Nachmittag.</p>	FG 33 (Wichmann)
3	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Viele Entscheidungen davon abhängig, wie wir als RKI den Herbst 2022 einschätzen. Hilfreich wäre die Erstellung von 3 Szenarien mit einer jeweils dazugehörigen Eintrittswahrscheinlichkeit CWA bisher keine klare Entscheidung ob das Projekt weitgeführt werden soll Expertenrat veröffentlicht bald Stellungnahme zum Herbst und möglichen Szenarien Als Grundlage wird ein Modell benötigt, das voraussichtlich im Juli zur Verfügung gestellt werden kann mit dessen Hilfe dann Sensitivitätsanalysen durchgeführt werden könnten Hr. Bosnjak bietet als Abt. 2 an, Indikatoren zur Entwicklung der psychischen Gesundheit als Standard mit in die Lagebeurteilung aufzunehmen. Soll ab sofort einmal monatlich im Krisenstab berichtet werden.</p>	FG21 (Schmich)  Schaade
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Abt. 3
6	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Praes.

<p><b>7</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Bereits vorhandene Infomaterialien zur Influenza:          Impfpfehlungen der STIKO und Erregersteckbrief          2 Merkblätter COVID in Vorbereitung für die Zielgruppe der          Genesenen und der Risikogruppen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Wie ist der aktuelle Stand zur reduzierten Berichterstattung          am Wochenende?</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rückmeldung von BMG steht weiterhin aus. Es gilt der          Ministervorbehalt.</li> <li>2. Notizen der BMG-RKI Abstimmung dazu <a href="#">hier</a>          Twitter-Botschaft begleitend zum Wochenbericht:</li> <li>3. Vorschlag Fokus auf BA.5 mit viel Unsicherheit behaftet</li> <li>4. ggf. sinkende Hospitalisierungsrate als Schwerpunkt</li> <li>5. ggf. Schutz vulnerabler Gruppen</li> </ol> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer Verhaltensempfehlungen_COVID Herbst/Winter 2022</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Entwurf <a href="#">hier</a></li> <li>7. Verhaltensempfehlungen sollten ganzjährig und für immer          gelten</li> <li>8. Zunächst anderes Dokument in den Vordergrund stellen          und an dem für Herbst/Winter im Hintergrund          weiterarbeiten</li> </ol> <p><b>Allgemein</b></p> <p>FAQ: Wann ist SARS-CoV-2 endemisch, und was bedeutet das?          Entwurf <a href="#">hier</a>          Räumliche Eingrenzung (in einer Region) wurde          vorgenommen und ergänzt          ist als fließender Übergang zu sehen; keine scharfe Trennlinie          Text sollte so einfach wie möglich formuliert werden          Abgleich mit RKI-Fachwörterbuch erfolgt</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Hennequin)</p> <p>P1 (Leuker)</p> <p>FG36 (Buchholz)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Wochenbericht am 26.05 (Christi Himmelfahrt), Vorschlag          Übersendung am Mittwoch, den 25.05. , Montag den 30.05.          oder gar nicht.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>9. Verkürzter Wochenbericht soll am Mittwoch kommen.          Inhalte die dann voraussichtlich wegfallen: Syndromische          Surveillance, Intensivregister, VOC</li> </ol>	<p>Alle</p> <p>Rexroth</p>



	<p>Zukünftiger Umgang mit der Erlassbearbeitung                  10. BMG tritt unseren Wunsch entgegen, dass der Generalerlass aufgehoben wird                  11. Hr. Rottmann (BMG) strebt Kompromiss an; bisher keine Rückmeldung</p>	Schaade
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Erläuterungstext zur Infografik Entisolierung                  12. Mitteilung an das BMG über das Lagezentrum</p>	Alle ZBS7
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Aktualisierung der Basisdaten und Hinweise zur Testung                  ! 2 Berichte an BMG in Zusammenhang mit Testkapazitäten geschickt; keine Rückmeldung bisher</p>	Abt. 1 (Mielke)
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Rückmeldung über Telemedizin in Südafrika; dort aktuell keine Änderungen der Fallentwicklungen auf Intensivstationen</p>	ZBS7 (Niebank)
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
<b>15</b>	<p><b>Information aus dem Lagezentrum</b></p> <p>Himmelfahrt und Brückentag mit Abwesenheitsnotiz im nCoV-Lage Postfach</p>	FG31
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Aufgaben und Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.05.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

Ende: 13:02 Uhr





## Krisenstabssitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 25.05.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| ! Institutsleitung         | o Claudia Sievers            |
| o Lothar H. Wieler         | ! FG33                       |
| o Lars Schaade             | o Ole Wichmann               |
| o Esther-Maria Antão       | ! FG36                       |
| ! Abt. 1                   | o Udo Buchholz               |
| o Martin Mielke            | o Silke Buda                 |
| ! Abt. 3                   | o Kristin Tolksdorf          |
| o Tanja Jung-Sendzik       | ! FG37                       |
| ! FG14                     | o Julia Hermes               |
| o Melanie Brunke           | o Sebastian Haller           |
| ! FG17                     | ! MF4                        |
| o Ralf Dürrwald            | o Martina Fischer            |
| ! FG21                     | o Janina Esins               |
| o Patrick Schmich          | ! P1                         |
| o Wolfgang Scheida         | o Ines Lein                  |
| ! FG31                     | ! Presse                     |
| o Ute Rexroth              | o Ronja Wenchel              |
| o Maria an der Heiden      | ! ZIG                        |
| o Amrei Wolter (Protokoll) | o <a href="#">Anna Rohde</a> |
| o Meike Schöll             | o Mikheil Popkhadze          |
| ! FG32                     | o Johanna Hanefeld           |
| o Michaela Diercke         |                              |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Datenstand: WHO, 24.05.2022  Fälle: 523.786.368 (-2,7% im Vergleich zu Vorwoche)  Todesfälle: 6.279.667 (CFR: 1,2%)  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Top 10 Länder: USA, China, Deutschland, Australien, Japan, Italien, Südkorea, Frankreich, Portugal, Spanien</li> <li>2. In Europa insgesamt fallender Trend</li> </ol> <p>WHO epidemiological update</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. CAVE vielerorts geänderte Teststrategien insbesondere in Europa (z.B. Spanien, Dänemark, England testen nur Risikogruppen, Personen die Behandlung im KH benötigen und Personen die mit RG arbeiten; Österreich hat den Anzahl PCR pro Einwohnenden reduziert)</li> </ol> <p>Karte mit 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohnenden in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Fallzahlen insgesamt rückläufig in Europa</li> <li>5. Auffälliger Anstieg jedoch in Portugal</li> </ol> <p>Länderfokus: Portugal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Fallzahlsteigerung seit Anfang Mai 2022</li> <li>7. Test Positivenrate gestiegen auf 44%, R-Wert 7 Tage bei 1,15, leicht gefallen</li> <li>8. leichte Steigerung der Covid-19 Krankenhausbelegung, ITS oder Todesfälle erkennbar</li> <li>9. BA.5 dominant, geschätzt bei 79% (23.05.22)</li> <li>10. Geschätzte Wachstumsrate 13% höher als BA.2</li> <li>11. Verdopplungszeit 6 Tage (<a href="#">vgl. mit Deutschland</a>)</li> <li>12. <a href="#">Bislang kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere</a></li> <li>13. <a href="#">Erstauftreten in KW13, Dominanz in KW19, Erste Anzeichen Anstieg ITS Patienten und Todesfälle KW21</a></li> <li>14. <a href="#">Bislang kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere bei BA.5</a></li> <li>15. Länderfokus: Spanien</li> <li>16. schwankende Fallzahlen</li> <li>17. Positivenanteil stieg zuletzt an 29%</li> <li>18. R-Wert 7-Tage &gt;1 seit 20.04.2022</li> <li>19. Es werden nur Risikogruppen getestet, symptomatische Personen, die keiner Risikogruppe angehören, werden nicht getestet.</li> <li>20. <a href="#">Kein erhöhter Anteil</a> BA.4 oder BA.5 <a href="#">bislang nicht dominant</a></li> <li>21. <a href="#">Random sample sequenzierung (KW18)</a>: BA.2.12.1, BA.4 und BA.5 insgesamt &lt;2%</li> <li>22. Spezif. PCR (KW19) je nach Region: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BA.1 + BA.3: 0-13,1%</li> <li>2. BA.4 + BA.5: 0,2-4,9%</li> </ol> </li> </ol>	ZIG1 (Rohde)

**Diskussion:**

Verzicht der Tabelle der Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle, wird in der nächsten Sitzung weggelassen. Weltweiter und europäischer Überblick reicht, Aussagekraft ist überdies eingeschränkt durch unterschiedliche Teststrategie in Ländern.

Spanien erwartet, dass BA.4 und BA.5 dominant werden, derzeit noch keine Bewertung zur Krankheitsschwere in europäischem Kontext möglich, wird in den nächsten Wochen beobachtet. Es wird erwartet, dass sich Varianten mit Immunevasion entwickeln werden. Die Spanischen Kolleg\*innen erwarten die Dominanz von BA.5 in den kommenden Wochen.

KORREKTUR: Portugal hatte Spitzeninzidenz von 4000 bei BA.1 Dominanz. Spitzeninzidenz bei BA.2 Dominanz „nur“ 850. Spanien hatte Spitzeninzidenz von 2100 bei BA.1 Dominanz und bei BA.2 Dominanz „nur“ 230- bereits eine BA.2 Welle. Bei allen Überlegungen zu Übertragbarkeit der Lage (insb. Hospitalisierung) ist auch zu bedenken, dass die Bevölkerung beider Länder besser grundimmunisiert sind als die Deutsche (beide 86% im Vgl. zu Deutschland mit 76%), aber weniger Auffrischimpfungen stattgefunden haben ( PRT: 63%, ESP: 53%, GER: 65%).

**National**

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

SurvNet übermittelt: 26.159.106 (+49.141), davon 138.643, (+158) Todesfälle

7-Tage-Inzidenz: 281.8/100.000 Einw.

Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.540.202 (77,6%), mit vollständiger Impfung 49.613.602 (59,7%)

Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:

23. Rückläufiger, kontinuierlicher Trend weiterhin in fast allen Bundesländern

24. Höchste 7-Tages-Inzidenz im Norden

25. Niedrigste 7-Tages-Inzidenz im Osten

26. Rücklaufftrend in allen Bundesländern deutlich zu sehen. Geringste 7-Tage-Inzidenzen in TH, SA, BB.

- Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis
  - Geringste 7-T-Inzidenzen vor allem in den östlichen BL
  - Höchste 7-T-Inzidenzen in den nördlichen BL: NI, SH
  - Meisten LK Inzidenz zwischen 250 und 500
- 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen
  - Deutlicher Rückgang von KW19 auf KW20 um insgesamt von 491 Fällen pro 100.00 Einw.
  - Rückgang in allen AG
  - Geringste Inzidenzen bei AG 75-79, 80 – 84 und 0-4
  - Höchste Inzidenzen bei Schulkindern und jungen Erwachsenen (10-14Jährige)
- COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum
  - Rückläufiger Trend bei Anzahl der Todesfälle nach Sterbedatum seit KW 12

FG32  
(Diercke)



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gesamtwert 19. KW bei 4.800 ARE pro 100.000 Einw. (Vorwoche: 4.500)</li> <li>▪ Bei Kindern gestiegen (von 9,9% auf 11,7%), bei Erwachsenen ebenso gestiegen (von 3,6% auf 4,2%)</li> <li>▪ ILI gesamt gesunken im Vergleich zur Vorwoche (von 1,3% auf 1,1%)</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KonsInz insgesamt gesunken in KW 19: 949 (Vorwoche: 1.183)</li> <li>▪ KonsInz (gesamt) liegt deutlich höher als in den letzten beiden Jahren, aber auch höher als in allen anderen Vorsaisons zu dieser Zeit</li> <li>▪ KI liegt in allen AGs über den Werten der letzten 2 Jahre (Pandemie); Im Vergleich zu den anderen Vorjahren: KI liegt in fast allen AGs mit Ausnahme der Kleinkinder (0-4J.) über den Werten vor der Pandemie zur 20. KW</li> </ul> <p>! ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet</li> <li>▪ Rund 160 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einw.</li> <li>▪ Gesamtzahl von rund 130.000 ARE-COVID-Arztbesuchen in DE</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen und SARI-ICU-Fallzahlen seit KW16 weitestgehend stabil</li> <li>▪ Aktuell auf Sommerniveau</li> <li>▪ Nochmaliger Rückgang in KW20</li> </ul> <p>! KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anteil COVID-19 an SARI 18%, leichter Rückgang zur Vorwoche</li> <li>▪ Anteil Influenza an SARI 1-6% seit KW13/2022</li> </ul> <p>! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI Fälle (J09-J22):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARI-Fallzahlen in allen AG auf Sommerniveau, seit KW 13/2022 steigender Anteil Influenza, in AG 15-34 Diagnosen von Influenza (Cave: kleine Fallzahlen insgesamt)</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG37 (Haller)</p> <p>FG32</p>
--	---	---



	<p>! Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deutlicher Rückgang in KW 20/2022</li> <li>▪ AG 80+ ebenfalls Rückgang, leicht unter Niveau Jahreswechsel 2021/22</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Virologische Surveillance</b>, NRZ Influenza-Daten</li> <li>○ Andere endemische Coronaviren nur sporadisch nachgewiesen</li> <li>○ Deutlicher Rückgang Nachweise im Sentinel</li> <li>○ Rhinoviren verzeichnen den stärksten Anstieg, stärkste Viren im Sentinel</li> <li>○ H3N2 leichter Anstieg, Trend ist eher rückläufig</li> <li>○ Altersverteilung: 5-15-jährigen am stärksten betroffen (über 30%), Influenzaaktivität wird durch diese AG beeinflusst.</li> <li>○ 16-34-Jährige leichter Anstieg, insgesamt rückläufig im Sentinel</li> <li>○ <b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Anzahl Testungen und Anteil Positiver ist rückläufig, 80-Jährige am häufigsten getestet</li> <li>○ Arztpraxen und „andere“ verzeichnen einen Rückgang in der Anzahl der Testungen</li> <li>○ In KH wird weiterhin stabil getestet, hier Rückgang der Positivenrate</li> <li>○ Positivenanteil-Rückgang stabil über alle AG</li> <li>○ <b>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ VOC-Anteile: Omikron dominierend mit 99,8%</li> <li>○ Leichter Anstieg BA.5, geht auf Kosten von BA.2 (69%)</li> <li>○ Anzahl Nachweise BA.4 und BA.5 verdoppelt, aber noch im niedrigen Bereich</li> <li>○ Rückgang von BA.1, leichter Rückgang BA.2, leichte Zunahmen BA.5 (2,5%)</li> <li>○ Nachweise Rekombinanten nehmen zu, Gesamtzahl in Proben. Keine großen Änderungen zu Vorwochen</li> </ul> <p><b>Diskussion</b></p>	<p>(Sievers)</p>
--	---	------------------

	<p>Entwicklung der Lage von BA.4 und BA.5 Nicht nur relative, sondern absolute Entwicklung abbilden, um mögliche Wellen berechnen zu können. In Kommunikation mit Herrn an der Heiden, Frau Sievers erfragt aktuellen Stand und stellt ihn in der nächsten Besprechung vor.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Am 24.05.2022 ist die 20. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung erschienen. Neu ist die generelle Impfempfehlung für 5-11-Jährige mit zunächst einer Impfstoffdosis. Aufklärungsbögen wurden mit dem PEI abgestimmt und aktualisiert, ebenso wurde das Faktenblatt zu Impfungen und die FAQ aktualisiert, ein Video wurde produziert, welches auf der STIKO Seite publiziert wird. International großes Interesse, auch medial. Anfrage von WHO Genf bezüglich einer Vorstellung. Derzeit bearbeitet FG33 monoklonale Antikörper und Affenpocken sowie das Problem der Meldedaten. Weitere Überlegungen umfassen die Publikation eines Monatsberichtes zum Impfen, Publikation soll voraussichtlich in zweiter Juniwoche erfolgen, SORMAS wird von den Meldedaten voraussichtlich komplett rausgenommen Aktueller Stand SORMAS: 105 betroffene Gesundheitsämter, Rückmeldung an SORMAS von 29 Gesundheitsämter, 15 Gesundheitsämter haben eine Datenbereinigung vorgenommen. Weiterhin kommen fehlerhafte Impfdaten an, eine eindeutige Identifikation des Fehlers konnte noch nicht erfolgen, da es kein eindeutig erkennbarer Fehler ist, sondern auch systematische unterschwellige Fehler auftraten.</p> <p><b>ToDo</b> <i>Bitte um ein klares Protokoll und Dokumentation/Aktenlage der Problemmeldungen mit SORMAS in Hinblick auf weitere Nachfragen. Die Veraktung kann über das Lagezentrum laufen.</i></p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>Das südkoreanische Public Health Institut (KNIH) hat um Kontaktaufnahme bezüglich Nachfolgegespräche um Corona gebeten. Die Kontaktaufnahme lief über ZIG, Bitte von ZIG um Kolleg:innen der nationalen Lage, die hierzu mit dem KNIH in einen etwa zweistündigen Austausch gehen möchten. Frau Rexroth hat einer Teilnahme zugesagt. Eine Rückmeldung soll bis zum 27.05 an ZIG erfolgen, ZIG übernimmt die Terminfindung</p> <p><b>ToDo:</b> <i>Bitte um Rückmeldung bis Freitag, 27.05.2022, bezüglich einer Teilnahme eines Austausches mit dem südkoreanischen Public Health Institut an ZIG/Frau Hanefeld.</i></p>	<p>ZIG1 (Hanefeld)</p>





<p><b>4</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Derzeit Verhandlungen bezüglich der Zukunft der digitalen Projekte: auf externe Rückmeldung wird gewartet, mögliche Änderungen müssen der Bevölkerung zeitig kommuniziert werden                  DEA ruht aktuell, Kosten konnten um die Hälfte reduziert werden                  Absetzung eines Tweets über Ablauf der technischen Gültigkeit der Zertifikate</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet) xxx</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Verhinderung der Teilnahme des Präs. aufgrund eines anderen Termins                  Stellungnahme „Pflege“ ist fertig, gestern Publikation auf Seite Kanzleramt (10. Stellungnahme ist schon zirkuliert)                  Stellungnahme Herbst/Winter soll diese Woche fertig sein</p>	<p>Präs</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)                  Aktivitäten neu: xxx</p> <p><b>Presse</b></p> <p>DPA berichtet keine Tageswerte an Sonntag und Montag                  Im Jour Fixe ansprechen, ob seitens des RKIs auch die Publikation am Montag wegfallen kann                  Jour Fixe okay, dass Sonntag nicht publizieren. Montag auch weglassen? Minister besteht auf Bericht am Montag, wird in Jour Fixe mit reingebracht.</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>ToDo</b>  <i>Besprechung der Berichterstattung der Tageswerte am RKI am Montag in der kommenden Jour-Fixe.</i></p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>

<p><b>8</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Diskussion des Erlass ID 5390: wissenschaftliche Basis zu Aussage in „Strategieanpassung im Kontext der Ausbreitung der Omikron-Variante (BA.1/BA.2)“ „Für die folgenden Überlegungen wird davon ausgegangen, dass von akut erkrankten Personen ein höheres Infektionsrisiko ausgeht als von asymptomatisch Infizierten, dass das Infektionsrisiko bei relevanten respiratorischen Erregern nach wenigen Tagen deutlich sinkt) und dass grundsätzlich das Setting mit dem höchsten Risiko der Übertragung die Haushalte sind.“  Zusammentragung diverser Studien zur asymptomatischen Übertragung/Shedding hierzu von Seiten Hrn. Buchholz <a href="#">hier</a>  Dieser Ansatz versucht, ein pragmatisches Vorgehen für die drei führenden Atemwegsinfektion darzulegen  Bei Beantwortung des Erlasses Bitte um Rückkopplung, dass es um einen pragmatischen Ansatz zur Risikoreduktion geht  Relevanten Daten kommen aus Haushaltsstudien anstatt aus Shedding Studien.  IAR finalisierter Bericht wurde heute zirkuliert (<a href="#">hier</a>), Themen, die noch nicht diskutiert wurden, werden sukzessiv ab nächster Woche auf die Agenda des Krisenstabes gesetzt  Agenda Krisenstab: Zusammenfassung der Punkte 10-15: 13-15 wird als ein gemeinsamer Punkt zusammengefasst. Bei Bedarf kann Thema angemeldet werden</p> <p><b>ToDo</b>  <i>Bitte um vollständige Angabe der Literaturzitate und Quellen bei Beantwortung des Erlasses der ID 5390, sodass der Minister selbstständig nachlesen kann.</i></p>	<p>Alle (Buda)</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Dokument „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“  Inhaltliche Änderungen:  Überarbeitung des Kapitel 4: 4.2 Bewohnende, die das Heim auch verlassen. Hier Differenzierung zwischen Verhalten in der Einrichtung (vulnerable Gruppe) und Aktivitäten außerhalb  Ergänzung Impfnachweispflicht Personal  Nachfrage bei Frau Niebank, Presse soll es angepasst online stellen, Bitte um schnelle Umsetzung</p> <p><b>ToDo</b>  <i>Bitte um schnelle Umsetzung und Onlinepublikation des Dokumentes.</i></p>	<p>FG37 (Hermes)</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##</p>	<p>FG17</p>



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Ki.....

	Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ  <b>ZBS1</b>	ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  nicht berichtet	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus dem Lagezentrum</b>  aufgrund geringerer COVID-19-Aktivität wird das Lagezentrum zukünftig in eine Koordinierungsstelle überführt. Parallel wird der Krisenstab eine Lagebesprechung. Dies entspricht der Stufe 2 des RKI-internen Krisenplans, keine medienwirksame Kommunikation nach außen, sondern Änderungen in Signatur Generalerlass des BMG wurde nicht eingestellt, nur im dringenden Bedarf (Vorbereitung GMK, IFG-Anfrage, sehr wichtige Presseanfragen) wird Kontakt von Seiten des BMG aufgenommen. Änderung für die Positionen Internationale Kommunikation angedacht Berichterstattung läuft derzeit noch nicht vollständig in Fachgebieten, ist in Arbeit	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung als Lage-AG: Mittwoch, 01.06.2022 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:24 Uhr**



## Lagebesprechung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 01.06.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| ! Institutsleitung         | o Claudia Sievers        |
| o Lothar H. Wieler         | o Justus Benzler         |
| o Lars Schaade             | ! FG34                   |
| o Esther-Maria Antão       | o Matthias an der Heiden |
| ! Abt. 1                   | ! FG36                   |
| o Martin Mielke            | o Walter Haas            |
| ! Abt. 2                   | o Silke Buda             |
| o Michael Bosnjak          | o Stefan Kröger          |
| ! Abt. 3                   | o Kristin Tolksdorf      |
| o Osamah Hamouda           | ! FG37                   |
| ! FG14                     | o Tim Eckmanns           |
| o Melanie Brunke           | ! ZBS7                   |
| ! FG17                     | o Michaela Niebank       |
| o Ralf Dürrwald            | ! P1                     |
| ! FG21                     | o Ines Lein              |
| o Patrick Schmich          | ! Presse                 |
| o Wolfgang Scheida         | o Susanne Glasmacher     |
| ! FG31                     | o Ronja Wenchel          |
| o Ute Rexroth              | ! ZIG1                   |
| o Amrei Wolter (Protokoll) | o Carlos Correa-Martinez |
| ! FG32                     | ! BZgA                   |
| o Michaela Diercke         | o Andrea Rückle          |





	<p>COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <p>13. Rückläufiger Trend bei Anzahl der Todesfälle nach Sterbedatum seit KW 12 (in KW12 Peak beobachtet)</p> <p>Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland</p> <p>14. Destatis-Zahlen bestätigen keine Beobachtung von Übersterblichkeit</p> <p>15. Im Vergleich zum Vorjahr auf ähnlich hohem Niveau</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>GrippeWeb</p> <p>ARE-Rate in KW21 relativ stabil bis leicht gesunken auf 4,8%</p> <p>Entspricht einer Gesamtzahl von knapp 4 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</p> <p>Liegt insgesamt über dem vorpandemischen Bereich in KW21</p> <p>Bei Kindern gesunken, bei Erwachsenen stabil</p> <p>Bei Kindern, besonders deutlich bei den Kleinkindern, liegt die aktuelle ARE-Rate über den vorpandemischen Werten zur 21.KW</p> <p>ILI gesamt deutlich gesunken im Vergleich zur Vorwoche</p> <p>ARE-Konsultationen/100.000 Einwohnenden</p> <p>Hinweis auf Feiertag in KW21, dadurch ggf. geändertes Konsultationsverhalten und Praxisschließtage</p> <p>KonsInz insgesamt gesunken in KW21</p> <p>KonsInz (gesamt) liegt durch deutlichen Rückgang nun im Bereich der Vorjahre zu dieser Zeit</p> <p>Rückgang in allen Altersgruppen</p> <p>KW21 ca. 460.000 Arztbesuche wegen ARE in DE</p> <p>ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose</p> <p>16. Seit KW 12/2022 wird insgesamt ein Rückgang der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE verzeichnet</p> <p>17. Rund 80 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einw.</p> <p>18. Gesamtzahl von rund 70.000 ARE-COVID-Arztbesuchen in DE</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance-SARI-Inzidenz</p> <p>19. SARI-Fallzahlen aktuell etwas unter Sommerniveau, seit KW20 nochmaliger Rückgang</p> <p>20. SARI-ICU stabil auf Sommerniveau</p> <p>KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen</p> <p>Anteil COVID-19 an SARI 18%, leichter Rückgang zur Vorwoche</p> <p>Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 22% (Vorwoche 16%)</p> <p>ICOSARI-KH-Surveillance – SARI Fälle (J09-J22):</p> <p>SARI-Fallzahlen in allen AG auf Sommerniveau</p> <p>In den AG ab 35 Jahre: zwischen 16-25% COVID-19-Diagnosen bei SARI</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17</p>
--	---	------------------------------------





	<p>21. Weiterer leichter Rückgang in KW21</p> <p>22. AG 60-79 und AG80+ noch nicht ganz wieder auf Sommerniveau</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b>  Durch Feiertage verringerte Anzahl an Probeneinsendungen (n=83)  Deutlicher Rückgang Nachweis der Coronaviren im Sentinel  3,6% Positivenquote von SARS-CoV-2 im Sentinel  Stärkstes Virus im Sentinel ist mit 6% HKU1  Inflenzaviren leicht rückläufiger Trend, Positivenrate von 12%, Rhinoviren stärkerer Nachweis als Inflenzaviren  HMPV-Welle ist voraussichtlich durchgelaufen, kein Nachweis von RSV</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b> (Folien <a href="#">hier</a>)  Kapazitäten sind hoch, Inanspruchnahme ist zurückgegangen  Anzahl Testungen und Anzahl positive Befunde sind zurückgegangen  28,8% positiv</p> <p><b>ARS-Daten</b>  In allen Bundesländern ist ein Rückgang zu verzeichnen  Positivenanteil ist überall zurückgegangen, auch dort, wo wenig getestet wird  Im Krankenhaus wird weiterhin viel getestet, dort auch Rückgang des Positivenanteils  In Arztpraxen noch ein Positivenanteil von 50%, kann mit Vorselektion und Bestätigung eines positiven Schnelltests zusammenhängen  Höchste AG testet am meisten, dort geringer Positivenanteil  Rückgang der Ausbrüche in medizinischen Einrichtungen und Alten- und Pflegeheimen</p> <p><b>Molekulare Surveillance, VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>)  In Stichprobe KW20 konnte nur Omikron festgestellt werden  BA.2 und BA.2.9 rückläufig, vermehrt BA.2.3, BA.5 und BA.2.12.1  Weitere Nachweise der Rekombinanten XE (+4), XM (+27) und XW (+7)  Vermehrter Anstieg von BA.4 und BA.5  BA.5:  435 Fälle im Meldesystem seit KW10  7/435 hospitalisiert  0/435 verstorben  BA.4  95 Fälle im Meldesystem seit KW15  0/95 hospitalisiert  0/95 verstorben  Anzahl Fälle Gesamt schlüsselt sich in BA.1 auf, BA.2 übernimmt</p>	<p>(Dürrwald)</p> <p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
--	---	--

	<p>Verlauf Inzidenz pro 100.000 Einw.: BA.2-Verlauf rückgängig, BA.5-Verlauf steigt an</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Bedeutet eine Steigung der Fallzahlen von BA.5 eine weitere Welle? Kann dargestellt werden, wann BA.5 die dominierende Variante sein wird und andere Varianten ablöst? Kann es eine Cozirkulation zwischen den verschiedenen Varianten geben? Vermutlich exponentieller Trend, weitere Anstieg und Ablösen der anderen Varianten wird erwartet.</p> <p>Wann/ob Fallzahlen hochgehen, soll von Herrn an der Heiden dargestellt werden</p> <p>Bei Anstieg der Fallzahlen Krankheitslast berücksichtigen und nicht reines Testen</p> <p>Kann es zu einer Fehlinterpretation der sinkenden/steigenden Inzidenzen durch Nachbearbeitung von liegengebliebenen Meldungen bei Gesundheitsämtern kommen? Wird dies berücksichtigt?</p> <p>Kann durchaus dazu kommen, dass GÄ (wie bspw. Marzahn) Nachmeldungen raussendet, FG32 hat dies im Blick und untersucht die Vollständigkeit der Daten</p> <p>Eventuell Einschränkungen durch fehlende Finanzierung bei ARS in SARS bzgl. der Validierung der Daten in den GÄ. Wird abseits der Lagebesprechung im kleineren Kreis erneut diskutiert</p> <p>Darstellung der Dashboard Zahlen am Sonntag &amp; Montag (Feiertag)</p> <p>Expliziter Wunsch des Ministers, dass Sonntag keine Daten o. Tagesbericht aktualisiert wird</p> <p>Fraglich Darstellung im Dashboard (Anzeige 0 vom Vortag oder Summe aus den zwei Tagen zuvor)</p> <p>Wenn Nichtdarstellung mehr Arbeit mit sich bringt, sollen die Zahlen dennoch auf dem Dashboard erscheinen, aber keine E-Mail ans BMG versendet werden. Disclaimer-Text wird von FG32 vorbereitet</p> <p>Händische Erhebung der Testzahlenerfassung wird eingestellt, Bericht an BMG ist in Vorbereitung.</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	<p>FG 33</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>



4	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Letzter Freitag: Meeting im Jour Fixe mit Abteilung 5 und Abteilung 6, derzeit keine klare Entscheidung, wie mit der CWA weiter verfahren wird. Entscheidungsvorlagen liegen dem Minister vor</p> <p>Corona Einreise Verordnung: ab heute keine Nachweise bei Einreise nach DE, muss in Zertifikaten nachgebildet werden. Bis dato noch keinen Auftrag hierzu aus dem BMG erhalten, ist Voraussetzung für Umsetzung</p> <p>Vorläufig vorletzte Version 2.23 CWA in Appstore: Abgelaufene Zertifikate können über die App aktualisiert werden</p>	FG21/FG32 (Schmich, Benzler)
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Abt. 3
6	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Publikation der Stellungnahme Herbst/Winter nächste Woche Derzeit keine weiteren Stellungnahmen in Planung</p>	
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Veröffentlichung des neuen Online-Portals zu Long-Covid am 02.06.2022 um 10 Uhr. Pressemitteilung, Mitteilung über Facebook, Twitter. RKI ist hier kooperationsbeteiligt, Bereitstellung eines Social-Media Kits und Texte zur Bewerbung des neuen Portals werden von der BZgA bereitgestellt. Information ging an P1 und <a href="mailto:socialmedia@rki.de">socialmedia@rki.de</a>, sollen auch noch an <a href="mailto:WencheR@rki.de">WencheR@rki.de</a> übersendet werden. Auf der Seite finden Betroffene und Angehörige, sowie Arbeitgeber:innen/Arbeitnehmer:innen Informationen zu Long Covid</p> <p>Erregersteckbrief zum Corona Virus auf Deutsch ist seit einigen Tagen online, andere Fremdsprachen (reguläre und ukrainisch) folgen</p> <p>Aktualisierung Einreiseverordnung und infektionsschutz.de</p> <p><b>Presse</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Social Media</b></p> <p>Soll BA.5 aktiver kommuniziert werden? Bei derzeitiger unklarer Prognose noch nicht, erstmal abwarten</p>	<p>BZgA (Rückle)</p> <p>Presse (Wenche)</p> <p>FG21 (Scheida)</p>

	<p><b>P1</b></p> <p>Auf Instagram wird ein Diagramm zu VOC gezeigt, dort ist die Entwicklung von BA.5 zu sehen. Dies kommentieren mit begleitenden Informationen? Nicht offensiv kommentieren, beschreibender Satz kann erfolgen (Anstieg von BA.5)</p>	P1 (Lein)
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	Alle  Abt. 3
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>Abt.1</b></p> <p>Bearbeitung des Erlasses zur Schätzung der benötigten Pool-PCR-Kapazitäten für Kitas und Grundschulen in DE bei unterschiedlichen 7-Tages-Inzidenzen</p> <p><b>Diskussion</b> Wurde in AG Diagnostik besprochen, zum kongruenten Abgleich der Zalen mit dem Herbst/Winter-Strategiepapier an Herrn Wieler und Herrn Schaade übersendet Beibehaltung der PCR-Diagnostik bei Aufnahme in KH, PCR-Kapazität in Heimen, bei medizinischer Diagnostik bei Risikogruppen. Welche PCR-Kapazitäten müssen vorgehalten werden? Kapazitäten werden nur vorgehalten, wenn gewissen Auslastung gewährleistet ist, da ansonsten wirtschaftlicher Verlust für Labore, bei fehlendem Signal bauen Leistungsträger ab Vermittlung vom RKI, dass nicht mehr containment im Vordergrund steht, sondern mittlerweile andere Werkzeuge (u.a. syndr. Surveillance), Diskussion daher neutral fassen. Narrativ, dass wir mit der Entwicklung der Impfstoffe und Verbreitung von Antikörpern in einer anderen Situation sind. Darstellung im Papier, in welcher Phase der Pandemie Deutschland sich befindet. Grundsätzlich wird die Vorhaltung von PCR-Testungen auch für andere Erreger (abseits von SARS) benötigt.</p>	Abt.1/Alle (Mielke)
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p>	



## Koordinierungsstelle des RKI

## Protokoll der COVID-19

	nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Es kam ein Erlass vom BMG zur Verlängerung der Verordnung der Hospitalisierungsmeldungen. RKI sollte in Form von Mengenabschätzung und Begründung eine Rückmeldung geben. Die Hospitalisierungsmeldungen, die Ende Juli ausgelaufen wären, wurden bis Ende des Jahres verlängert. Diese sollen von einer Verordnung ins IfSG überführt werden. Im Wartungszentrum zur DEMIS wird heute eine Schnittstelle zu den Krankenhäusern freigeschaltet. Aus den Krankenhaus-Informationssystemen kann ab heute Abend direkt übermittelt werden.</p> <p>Bei Rückfragen von KH können diese sich an ihre KISS-Softwarehersteller wenden. Die Voraussetzung, dass KH elektronisch melden können, sind nun gegeben, es erfolgt noch die organisatorische und technische Umsetzung.</p>	FG32 (Diercke)
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
<b>15</b>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Deeskalation des Lagezentrums zu einer Koordinierungsstelle. Verschiedene Positionen wurden hierfür reduziert. Die internationale Kommunikation ist stark eingeschränkt, die KoNa zwischen Österreich und Bayern wird nicht weitergeführt.</p> <p>Interne KoNa ist eingestellt.</p> <p>Reduzierung der Presse Liaison Hotline.</p> <p>Es kommen weiterhin (auch sehr dringliche) Erlasse rein. Die Arbeitszeiten der Koordinierungsstelle wurden reduziert (10-16 Uhr), dies erschwert die zeitliche Beantwortung von Erlässen, die evtl. nach Dienstschluss eingehen.</p> <p>Morgen fehlt die Schichtleitung und Sichtung, Bitte um Kolleg:innen aus anderen Abteilungen, hier einzuspringen.</p> <p>Wird per Mail auch noch adressiert.</p> <p>FG34 und FG35 derzeit stark eingespannt aufgrund von Affenpocken.</p>	FG31 (Rexroth)
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Montag, 08.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:38 Uhr**

## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 08.06.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34			
!	Institutsleitung	o	Matthias an der Heiden		
	o	Lothar H. Wieler	!	FG36	
	o	Lars Schaade	o	Walter Haas	
	o	Esther-Maria Antão	o	Silke Buda	
!	Abt. 1	o	Stefan Kröger		
	o	Martin Mielke	o	Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 2	!	FG37		
	o	Michael Bosnjak	o	Julia Hermes	
!	Abt. 3		o	Tim Eckmanns	
	o	Osamah Hamouda	!	ZBS7	
	o	Tanja Jung-Sendzik	o	Michaela Niebank	
!	FG12	!	MF4		
	o	Annette Mankertz	o	Martina Fischer	
!	FG14	!	Presse		
	o	Melanie Brunke	o	Susanne Glasmacher	
!	FG17		o	Ronja Wenchel	
	o	Ralf Dürrwald	!	ZIG	
!	FG21		o	Johanna Hanefeld	
	o	Wolfgang Scheida	!	ZIG1	
!	FG31		o	Romy Kerber	
	o	Ute Rexroth	!	BZgA	
	o	Ariane Halm (Protokoll)	o	Miriam Dreesbach	





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 31.05.2022, Folien <a href="#">hier</a>            Abnehmendes globales Infektionsgeschehen (-11% Fälle,            -24% Todesfälle)            Aufgrund geänderter Teststrategien mit Vorsicht zu            interpretieren            Nach Kontinent</p> <p><b>Afrika</b>            Fallzahlen insgesamt -23% im Vergleich zur Vorwoche,            Anstieg in manchen Ländern            Todesfallzahlen: seitwärts-Trend, Fallzahl-Abstieg spiegelt            sich hier noch nicht wider</p> <p><b>Amerika</b>            Wenig Veränderung in Fallzahlen, doch sinkende            Todesfallzahlen (-29%)            Im Süden, z.B. in Chile und Argentinien, teilweise steigender            Trend, eventuell wegen der Wintersaison oder der            Verbreitung von BA.2.12.1</p> <p><b>Asien</b>            Generell sinkende Fallzahlen            Nur sehr leicht sinkende Todesfallzahlen            Anstiege in Indien, Katar und VAE</p> <p><b>Ozeanien</b>            Fall- und Todesfallzahlabstieg generell            Höchste Todesfallzahlen Australien und Neuseeland</p> <p><b>Europa</b>            Weiterhin sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-14% und            -30%)            Fallzahlanstiege in Frankreich, Österreich, dann Deutschland            Portugal mit einer Inzidenz von knapp 1500 aktuell am            stärksten betroffen            Anstieg in Frankreich und Österreich ggf. wegen Maßnahmen-            Stopp, in Österreich werden keine Masken mehr getragen</p> <p><b>Länderfokus China</b>            Sinkende Zahlen in Peking            Lockerung der COVID-19-Einschränkungen            Personen können wieder zur Arbeit            Restaurantbesuch möglich für jene, die 3 Tage in Folge negativ            getestet wurden            Schulen, Restaurants und Touristenattraktionen waren            geschlossen aber Schulen öffnen in den kommenden Tagen            Inzidenz 35/100 000 EW</p> <p><b>Virusvarianten, Quelle GISAid und WHO SitRep</b>            Zahl der eingereichten Sequenzen ist weiterhin rückläufig            Auch diese Daten sind mit Vorsicht zu interpretieren wegen            geänderter Surveillance- und Sequenzier- und            Probeentnahmestrategien            Omikron BA.2 dominiert aber entwickelt sich langsam zurück</p>	ZIG1





	<p>(aktuell 75%), BA.1 ist auch rückläufig                  BA.4 und BA.5 nehmen weiter zu, die BA.5-Zunahme ist am deutlichsten von 1 auf 2%                  Häufigste Variante nach BA.2 jetzt BA.2.12.1, nach US CDC hat sie einen Anteil von 62% in USA und von 80% in Region 2(?)                  Länderfokus USA                  Fallzahlanstieg seit Mitte April, seit Mai stabil                  Intensivbettenbelegung leicht ansteigend                  Kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere wegen BA.2.12.1</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet neu übermittelt 84.655, davon 145 Todesfälle                  Nach dem langen Wochenende weniger zuverlässig, vermutlich folgen noch Fall-Todesfall-Nachmeldungen                  7-Tage-Inzidenz                  Aktuell 240/100.000 Einw.                  Vor dem Wochenende ging der Anstieg in ein Plateau über, Daten der letzten 2-3 Tage sind unnatürlich niedrig                  Unklar, wie viele Nachmeldungen noch kommen und ob sich der Anstieg fortsetzen wird                  LK mit Inzidenzen &gt;500 im Westen von Nord bis Süd                  Inzidenz nach Altersgruppen: letzte Woche leichte Anstiege in vielen AG, besonders bei jüngeren Erwachsenen, bei 20-35-jährigen aktuell am höchsten                  Todesfälle                  Rückläufig, in den vergangenen 14 Tagen 928 Todesfälle                  Aktuell keine Übersterblichkeit, alles im „normal üblichen“ Bereich</p> <p>DIVI Intensivregister, Folien <a href="#">hier</a>                  644 COVID-19-Patienten auf IST der 1300 Akutkrankenhäuser in Behandlung, Belegung ist rückläufig, jedoch etwas abgebremst                  479 Neuaufnahmen auf IST in letzten 7 Tagen, leichte Zunahme                  Nach BL                  Insgesamt IST-Belegung-Rückgang (Gesamtbettenanzahl)                  In 3 BL (HB, Sachsen-Anhalt, HE) erneut leichter Anstieg                  In BW, BY in ein Plateau übergegangen, restlichen BL moderater Rückgang                  Behandlungsbelegung nach Schweregrad                  Anzahl schwerer Fälle mit invasiver Beatmung ist in ein Plateau übergegangen, diese liegen länger und werden länger behandelt                  Belegungs-Rückgang von Fällen mit leichter Behandlung                  Betriebssituation verbessert sich, weniger KKH-ITS melden eingeschränkte Situation, regulärer Betrieb nimmt stark zu und Personalmangel ist rückläufig aber bleibt angespannt                  Belegung nach AG                  In fast allen AG Rückgang bzw. Plateau                  Lediglich leichter Anstieg in absoluten Zahlen der Gruppe der</p>	<p>AL3</p> <p>MF4</p>
--	---	-----------------------



	<p>70-79-jährigen                  In Gruppe der 18-29-jährige leichter Anstieg in prozentualer Anzahl, insgesamt vor allen ältere Gruppen betroffen                  SPoCK Prognose nächste 20 Tage: es wird für alle 5 Kleeblätter eine Plateaubildung vorhergesagt                  Diskussion:                  Ist 2-wöchentliche Vorstellung der IST-Zahlen möglich?                  Ja, solange keine steigende Fallzahlen gerne</p> <p>Testkapazität und Testungen                  Diese Woche kein Bericht hierzu                  Folien <a href="#">hier</a> zu ARS-Daten von letzter Woche                  Es wurde mehr getestet als in der Vorwoche, aber davor war Himmelfahrt                  Bei mehr Testungen auch höherer Positivenanteil                  Nach BL stratifizierte Testanzahl                  Fast überall wurde etwas mehr getestet (in NRW deutlich mehr)                  Positivenanteil sinkt nicht mehr, sondern bleibt stabil bzw. leicht ansteigend, dies zieht sich durch alle BL                  Arztpraxen: deutlich mehr Testungen, Positivenanteil steigend                  In KKH ist beides eher gleichbleibend                  Nach AG                  Mittlere AG 15-59 Jahre werden mehr getestet                  Bei Kindern nicht mehr so viele Testungen                  Positivenanteil ist bei 5-14-jährigen mit weniger Testungen sinkend, bei Kindern mit gleich viel Testungen leichter Anstieg, Positivenanteil steigt vor allem wegen 15-59-jähriger                  Bei über 80-jährigen noch gleichbleibend                  Anstieg der Fälle von 15-59-jährigen und Positivenanteil                  Interpretation der Positivenanteile ist schwierig, da nur PCR-Tests gesehen werden und nicht mögliche vorher durchgeführte Antigentests                  Letzte Woche Publikation des letzten COVID-19 und Impfsituation-Monitoringberichts in                  Langzeitpflegeeinrichtungen, ab diesem Monat Meldepflicht                  Grundimmunisierung stagniert bei 93%</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  GrippeWeb                  Anstieg der ARE-Raten bezogen auf alle AG bis auf 0-4-jährige                  Raten liegen über dem Niveau der vorpandemischen Bevölkerungs-ARE, höher als die übliche Sommersenke                  AGI ambulanter Bereich                  Nachholeffekt der kurzen Himmelfahrtswoche sichtbar mit zu erwartendem Peak                  Relativ stabiles Niveau von ARE-Arztbesuchen mit knapp 900.000 in KW 22                  Niveau aller ARE insgesamt höher als im vorpandemischen Sommer                  Hypothese: durch Omikronmaßnahmen konnten andere Atemwegserreger nicht so zirkulieren und tun dies nun durch weggefallene Maßnahmen stärker                  ARE-Konsultationen wegen COVID-19 Diagnose: leichter</p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



	<p>Anstieg, eventuell auch Nachholeffekt kurzer KW 21                  ICOSARI                  Im stationären Bereich weiter sinkende Inzidenz schwerer Atemwegsinfektion inkl. ITS                  Nicht nur SARI, auch Anteil COVID-19 an SARI ist gesunken und liegt bei 13%, bei ITS bei 12%                  Influenzainzidenz im KKH ebenfalls                  Nach offizieller Definition ist die Influenzawelle seit 2 Wochen vorbei (2022 lediglich KW 17-20)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten                  SARS-CoV-2                  Nachweise sind generell rückläufig                  Im Vergleich zur Vorwoche leichter Anstieg auf 6% aber nach wie vor auf niedrigem Niveau                  SARS-CoV-2 dominiert unter Coronaviren                  Altersverteilung: hauptsächlich 34-60-jährige                  Influenza: hauptsächlich H3N2, Altersverteilung hauptsächlich Kinder und Jugendliche, keine älteren AG, Welle scheint vorbei zu sein                  ARE-Aktivität steigend, primär humane Rhinoviren, gefolgt von Parainfluenzaviren, ein paar humane Metapneumoviren (HMPV), keine RSV-Nachweise</p> <p>Molekulare Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  Anteil Omikron ist unverändert, alle Sublinien zsm. 100%, keine anderen Varianten wurden nachgewiesen                  BA.2 überwiegt mit 63%, gefolgt von BA.2.9 mit 15%                  BA.5 hat sich anteilig verdoppelt auf 10%, BA.2.12.1 ist auch angestiegen                  Rekombinantennachweise unverändert und gleichbleibende Zuwächse, keine Veränderung der wöchentlichen Anteile                  L452 Mutation: BA.4, BA.5, BA.2.12.2 sowie manche BA.2-Linien haben diese aufgewiesen, möglicher immune Escape (nicht bestätigt)                  BA.5 und BA.4-Eigenschaften                  Nach Meldedaten unverändert                  Fallzahl steigt bei beiden an                  Anteil hospitalisierter bei BA.5 (BA.4 keine Hospitalisierung) hat sich nicht vergrößert (eher verringert)                  Keine Verstorbenen für beide                  Expositionsorte: BA.5 verschiedene europäische Länder, Großteil aus/mit Infektionsort Deutschland, BA.4 ein Fall aus dem Ausland (Spanien)                  Wachstum BA.4 und BA.5 über die 180 Tage ab erster Sequenzierung ist vergleichbar                  Verhältnisse zwischen Gesamt- und Stichprobenzahl waren unterschiedlich zwischen beiden Varianten, für die Auswertung wird die Stichprobe genutzt da bei den anderen Zahlen der Grund für Sequenzierung nicht immer bekannt ist, dies wird sich mit der neuen Corona-VO ändern</p> <p>Modellierung Trend BA.4 und BA.5 (Ende Folien molekulare Surveillance)</p>	<p>FG17</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------



	<p>Inzidenz und Anteil von BA.5 steigend, bei BA.2 beides rückläufig                  Wenn aktueller Trend sich fortsetzt, wäre in KW 24 der Anteil der beiden (Summe BA.4 &amp; BA.5) über 50% und deren Dominanz erreicht, dann würde ein Fallzahlenanstieg folgen                  Modellierung basiert auf Sequenzdaten bis KW 21, durch die Feiertage gibt es noch keine aktuelleren belastbaren Daten                  Vorschlag einer Formulierung für den Wochenbericht (s. Folie 8), wird zirkuliert und abgestimmt</p> <p>Diskussion                  Gibt es Hinweise auf das serielle Intervall und R-Wert für die neuen Varianten?                  BA.1 (mit 3,3 Tagen) war schneller als BA.1 mit 3.8), zu BA.4 und BA.5 ist noch keine Aussage möglich                  R-Wert ist auch noch nicht quantifizierbar                  In KW 20 knapp 9.300 Sequenzen, reicht die Anzahl der sequenzierten Genome noch aus, um den Anteil repräsentativ erfassen zu können?                  Varianten BA.4 &amp; BA.5                  Ist Anstieg bei jungen Erwachsenen auf deren Verhalten oder auf neue Varianten zurückzuführen?                  Nur Gesamtzahl wurde genutzt, keine AG-Aufschlüsselung                  Sequenzenmapping ist nur für Meldedaten-Teil möglich                  Anzahl von BA.5 Anstieg ist sicher auch an das Verhalten gekoppelt, auch mögliche saisonale und andere Effekte                  Es sind kleine Zahlen, stimmt aber mit der Interpretation von Portugal und Österreich überein                  Es ist ein Wiederanstieg der Infektionszahlen zu erwarten, BA.4 und BA.5 werden dazu beitragen, wurde gestern auch bereits in BMG-Morgenlage erwähnt                  In der Schweiz sind BA.4 und BA.5 bereits dominant                  Anstieg ist nicht allein durch immune Escape erklärbar                  Dies sollte ggf. in der Zusammenfassung auf Seite 1 im Wochenbericht erwähnt werden                  BA.4 und BA.5 alleine werden nicht zur Sommerwelle führen, sondern zusammen mit anderen Aspekten                  Was soll die Botschaft der Modellierung sein?                  Ebene Empfehlungen: RKI hat COVID-19-Empfehlungen nicht fallengelassen, diese sind noch stets im Wochenbericht erwähnt                  Ebene politisch: macht ggf. auch andere Maßnahmen daraus, Ampel Koalition diskutiert dies gerade aktiv, Daten müssen Minister vorgelegt werden da relevant für die Diskussion                  Ferien: aktuell haben BY und BW Pfingstferien (diese Woche das Saarland), das wird Einfluss auf Meldezahlen haben, in KW 25 sind alle noch einmal in der Schule und dann beginnen nach und nach die Sommerferien                  Botschaft: wir können uns im Sommer ohne Vorsicht nicht sicher fühlen, Interpretation muss vorsichtig formuliert werden, die Extrapolation beruht auf Daten bis zur kurzen KW 21, eventuell Effekte der Feiertage und Schulschließung erwähnt werden                  Dies sollte in Form eines wissenschaftlichen Papiers diese</p>	<p>FG34</p> <p>Alle</p>
--	---	-------------------------



	<p>Woche an den Minister geschickt werden, lieber nicht länger warten um nicht (später/zu spät) das offensichtliche zu sagen</p> <p>Was ist RKI' s Meinung zu Auffrischungsimpfung?  Dies und Influenza werden Themen für den Herbst  Impfwirkung besser je näher sie zeitlich am maximalen Geschehen dran ist  Nach 3-maliger Impfung erneute Impfung im Sept/Okt sinnvoll, Nov aus logistischen Gesichtspunkten eventuell schwieriger  Besser frühere Auffrischung unter Berücksichtigung der Logistik und um Ärzten die Zeit zu geben (ab Ende August/Sept)  Lediglich 80% der Älteren hat eine Auffrischimpfung, diese wird im Herbst keinen bedeutenden Schutz mehr geben  Ist STIKO-Entscheidung, wird in diese Richtung gehen</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Keine Anpassung</p>	Abt. 3
<b>6</b>	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>Corona Expertenbeirat Stellungnahme  Langangekündigte Stellungnahme ist fertig  Sperrfrist heute 15 Uhr, es gibt eine PK mit Hr Grömer, Fr Betsch, Hr Sander usw. in der sie vorgestellt wird  Präs teilt finale Stellungnahme  RKI hat diese massiv mitgestaltet  Morgen kommen Staatssekretärin Fr Draheim und Fr Teichert ans RKI und wollen das Surveillancesystem sehen und ob dieses die zukünftigen Forderungen erfüllen kann  Zwischenbilanz zu gut/schlecht gelaufenem und wie die Zukunft aussieht ist in Vorbereitung</p>	Präs
<b>7</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Teaser auf Startseite soll angepasst werden an Sommersituation und neues Bild und andere Optik zu erhalten, wird zur Abstimmung geteilt  Perspektivisch: wann könnte COVID-19-Teaser entfernt</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>werden?                  Im Zuge einer allgemeinen Deeskalation ist dies zu überdenken – vielleicht bei Start der Sommerferien?                  Auch zu berücksichtigen, wie deeskalierend dies ankommt...                  Am 7. Juli beginnt die Sommerpause, dann sollte überlegt werden ob Anfang/Mitte Juli Teaser entfernt/ausgetauscht wird                  Minister will nicht deeskalieren, auch zu bedenken</p> <p><b>P1</b></p> <p>Nicht anwesend                  Verhaltenstipps für die Sommerzeit                  Frage von BMG zu in Bezug auf Empfehlungen für Reise, Ferien usw.                  Inhalte z.B. „wenn du auf Reisen gehst, kontrolliere deinen Impfstatus, usw.“, „auch im Sommer ist COVID-19 nicht weg, schütze dich so und so...“                  BZgA eruiert ob dies bei ihnen geplant ist                  Schule, KiTa, Nahverkehr sind (auch) Probleme, warum dies anders behandeln? Vergleichbar erwähnt BfR-Monitor noch stets Händewaschen vor/über Lüften                  Die Gewichtung sollte gut überdacht werden (auch anhand der Umfrageergebnisse von Fr Betsch)                  Letzten Sommer gab es einen Flyer, könnte angepasst werden</p> <p><i>ToDo: Aufgabe - P1 soll Sommerflyer von 2021 überarbeiten, in fachlicher Zusammenarbeit mit FG36</i></p>	<p>VPräs/alle</p>
--	--	-------------------



8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>FG36 hat heute einen Erlass bis morgen 15 Uhr erhalten          Auftrag: Konzept zuliefern inklusive          Interpretation/Empfehlung für Schulen und Kindergärten auf          Grundlage von Studien, welche in der Herbststrategie          umzusetzen sind          RKI Herbststrategie steht noch nicht, Stellungnahme existiert          Minister möchte Konzept in KW 25 öffentlich vorstellen          Mögliche Erwähnungen: Impfung, Masken weniger, Lüften          beschreiben analog Empfehlungen des Expertenbeirats          Testungen an Schulen          Testungen nicht prioritär erwähnen, dies hängt von genereller          Strategie zu Bevölkerungstestungen ab          Minister ist generell stark für Testungen, Bürgertestungen          werden vorerst weitergeführt          Schultestungen müssen auch mit anderen Ressorts          abgestimmt werden          RKI sollte den Eltern/Bevölkerung nicht vermitteln, dass die          Kinder ein Problem sind, andere Gruppen haben vermutlich          eine viel höhere Dunkelziffer da sie nie systematisch getestet          wurden          Testen an Schulen hat aus RKI-Sicht an Bedeutung verloren,          Alternativen z.B.          Möglichkeit stichprobenartiger Testung per PCR (1,5%)          Lollitesten bei Kapazitäten          Antigentesten 2-3-mal die Woche          beschreiben was jeweils mit diesen erreicht werden kann</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG36/alle
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG17/ZBS1
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG32



14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>Einreisende aus Portugal Anfrage aus GA zu Personenreinreise aus Portugal wurde durch Koordinierungsstelle an AL1 weitergeleitet Hilfslosigkeit wie mit Rückreisenden aus Portugal vorzugehen ist, wo BA.5 dominant ist Wie soll mit Personen, die im Kontext von Portugalreisen erkranken, umgegangen werden (zumal Sequenzierungsergebnisse erst später kommen), ist eine besondere Containment-Strategie notwendig? Variante zirkuliert bereits in relevantem Umfang in Deutschland, aktuell kein Beleg für Eigenschaften, die besondere Maßnahmen durch ÖGD erfordert Wird auch in Deutschland dominante Variante werden Rechtlich gesehen ist besondere Strategie bei Virusvariantengebieten zulässig, aktuell gibt es keine definierten Virusvariantengebiete</p>	FG31
15	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>BMG Generalerlass Wurde diese Woche geändert, theoretisch Rückkehr zum normalen Geschäft Es gibt jedoch diverse Ausnahmen hierzu, somit werden weiterhin sehr viele (oft dringende/kurzweilige) Anfragen ans RKI kommen Sehr kurzfristige Dinge können aufgrund der veränderten Dienstzeiten nicht mehr effektiv über die Koordinierungsstelle koordiniert werden Koordinierungsstelle ist aktuell vom 10-16 Uhr besetzt, automatische Abwesenheitsnotiz wird eingestellt um hierüber zu informieren</p>	FG31
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:58**





## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 15.06.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda / Ute Rexroth**

### Teilnehmende:

- |                                   |                      |
|-----------------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung                | ○ Walter Haas        |
| ○ Lothar H. Wieler                | ○ Silke Buda         |
| ! Abt. 3                          | ○ Stefan Kröger      |
| ○ Osamah Hamouda                  | ○ Kristin Tolksdorf  |
| ○ Tanja Jung-Sendzik              | ! FG37               |
| ! FG12                            | ○ Julia Hermes       |
| ○ Annette Mankertz                | ! Presse             |
| ! FG14                            | ○ Susanne Glasmacher |
| ○ Melanie Brunke                  | ○ Ronja Wenchel      |
| ! FG17                            | ○ Marieke Degen      |
| ○ Ralf Dürrwald                   | ! P1                 |
| ! FG21                            | ○ Ines Lein          |
| ○ Wolfgang Scheida                |                      |
| ○ Patrick Schmich                 |                      |
| ! FG31                            | ! ZBS7               |
| ○ Ute Rexroth                     | ○ Michaela Niebank   |
| ○ Christian Wittke<br>(Protokoll) |                      |
| ! FG32                            | ! ZIG1               |
| ○ Michaela Diercke                | ○ Anna Rohde         |
| ○ Justus Benzler                  | ! BZgA               |
|                                   | ○ Linda Seefeld      |
| ! FG36                            |                      |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 13.06.2022, Folien <a href="#">hier</a>                      Eher konstantes globales Infektionsgeschehen (+5% Fälle, +2% Todesfälle)                      Nach Kontinent                      Afrika                      Fallzahlen insgesamt -8% im Vergleich zur Vorwoche                      Todesfallzahlen: -29% im Vergleich zur Vorwoche                      Amerika                      Steigende Fallzahlen (+12%) und Todesfallzahlen (+29%)                      Vorrangig steigend auf dem südamerikanischen Kontinent                      Asien                      Leicht sinkende Fallzahlen (-1%)                      Leicht steigende Todesfallzahlen (+6%)                      Ozeanien                      Fall- und Todesfallzahlabstieg generell (-29% und -14%)                      Leichte Entspannung in Australien und Neuseeland                      Europa                      Steigende Fallzahlen (+12%) im Vergleich zur Vorwoche                      Sinkende Todesfallzahlen (-27%)                      Fallzahlenanstiege in Deutschland, Niederlande, Italien, Belgien, Frankreich                      Sinkende Inzidenzen in Portugal auf hohem Niveau                      Länderfokus Portugal                      Fallzahlsteigerung seit Anfang Mai 2022 (KW17/18)                      Positivenanteil steigt weiter (Stand 23.05.2022: 50%)                      R 7-Tage: 0,98 (Madeira 1,29)                      10% der Fälle hospitalisiert, stabil seit Jahresbeginn                      Stabile ITS Belegung, steigende Todesfälle                      BA.5:                      1. Erstaufreten KW13                      2. Dominanz KW19                      3. 79% (23.05.2022)                      4. 84% (KW22)                      5. Seit KW19 steigende Todesfallzahlen                      6. geschätzte Wachstumsrate 13% höher als BA.2                      7. Verdopplungszeit 6 Tage                      8. Bistlang kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere                      Umfrage im PHIRI Netzwerk 09.06.2022, international keine neuen Maßnahmen aufgrund von BA.4 und BA.5 in: Albanien, Bosnien und Herzegowina, Bulgarien, Estland, Finnland, Italien, Irland, Kroatien, Litauen, Niederlande, Rumänien, Slowakei, Slowenien, UK und Zypern                      9. Malta hat Deeskalation gestoppt und behält                      Maskenpflicht in vulnerablen Settings (Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime sowie Nachweispflicht bei Einreise (Negativer Test/Genesen/Geimpft) bei.</p>	<p>ZIG1 (Rohde)</p>



	<p>Overall Excess Mortality ist derzeit überhöht, aber ggf. auch auf andere Faktoren zurückzuführen u.a. Hitzewelle Weiterhin keine Anzeichen für erhöhte Krankheitsschwere bei BA.5</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet neu übermittelt 92.344, davon 112 Todesfälle 7-Tage-Inzidenz Aktuell 472/100.000 Einw. LK mit Inzidenzen &gt;500: + 17 (155/411) LK mit Inzidenzen &gt;1.000: + 1 (9/411) Bisher &gt;35 Mio. Meldungen über DEMIS SARS-CoV-2-DEMIS-Meldungen korrespondieren mit Anzahl an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer Anstiege in allen BL Höchste Inzidenzen in SH, NI, HE, HB, NRW Geringste Inzidenzen in: TH, SN, ST, BB, BE Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis Hohe 7-Tage- Inzidenzen vorrangig im Nordwesten 157/411 LK mit 7-Tage-Izendenz &gt; 500/ 100.000 Einw. Heatmap – Wöchentliche COVID-19-Inzidenz (pro 100.000 Einw.) Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige) Verdoppelung der Inzidenz in AG 25-29 Jahre von etwa 300/100.000 Einw. auf 600/100.000 Einw. im Vergleich zur Vorwoche COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum Rückgang seit KW12, Trend setzt sich weiterhin fort Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland In den vergangenen Wochen keine Beobachtung von Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren</p> <p>Testkapazität und Testungen, Folien <a href="#">hier</a> Es wurde mehr getestet als in der Vorwoche Anstieg der Anzahl Testungen auf 619.298 (Vorwoche: 596.741) Bei mehr Testungen auch höherer Positivenanteil Positivenanteil von 33% auf jetzt 42% gestiegen Nach BL stratifizierte Testanzahl Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und Woche 10. wenig Veränderung, geringe Zunahme im mittleren Alter (35-60-Jährige) Anzahl positive Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und Woche 11. Anstieg in allen Altersgruppen 12. Altersgruppe 5-14-Jährige dominierend Positivenanteile nach AG und Woche 13. 15 bis unter 60-Jährige dominierend und mit steilster Zunahme</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>Abt. 3 (Hamouda)</p>
--	---	---



	<p>Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  GrippeWeb                  Anstieg der ARE-Raten insbesondere in der AG 15-34-Jährige                  ARE gesamt eher stabil (Anstieg 3 %): 5,3 % (Vorwoche: 5,1 %)                  Raten liegen über dem Niveau der vorpandemischen                  Bevölkerungs-ARE, höher als die übliche Sommersenke                  AGI ambulanter Bereich                  Im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: eher stabil (Anstieg 4 %).                  Rückgang bei Kindern bis 14 Jahre, Anstieg bei den (jungen)                  Erwachsenen ab 15 Jahren (Anstieg zwischen 10-20%)                  in KW23: knapp 1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in D                  ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000                  Einwohner                  seit KW 22/2022 wird insgesamt ein Anstieg der                  Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet                  in etwa 240 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose pro                  100.000 Einw.                  z.T. deutlicher Anstieg in allen AG, mit Ausnahme der 80-                  Jährigen                  ICOSARI                  SARI-Fallzahlen in KW 22/2022 etwas gestiegen                  (ungewöhnlich viele Nachmeldungen), in KW 23 eher stabil                  auf Sommerniveau                  Anteil COVID-19 an SARI 18% (Vorwoche: 13%) wieder                  gestiegen, auch wieder einige Influenza-Fälle (v.a. in den AG 0-                  4 und 80+!)                  Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 13%                  (Vorwoche: 15%), keine Influenza-Fälle mit                  Intensivbehandlung                  Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI                  scheinbar Talsohle in KW 21/22, leichter Anstieg in KW                  23/2022 insgesamt und in allen Altersgruppen</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten                  SARS-CoV-2                  Anstieg in vergangenen 2 Wochen                  SARS-CoV-2 dominiert unter Coronaviren                  Altersverteilung: höchste Fallzahlen bei über 60-Jährigen und                  geringste Fallzahlen bei 0-4-Jährigen                  Influenza: hauptsächlich H3N2, Altersverteilung hauptsächlich                  5-34-Jährige, leichter Anstieg, insgesamt niedriges Niveau mit                  8% Positivenrate                  ARE-Aktivität steigend, primär humane Rhinoviren, gefolgt                  von Parainfluenzaviren, ein paar humane Metapneumoviren                  (HMPV) mit rückläufiger Tendenz, keine RSV-Nachweise</p> <p>Molekulare Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  Anteil Omikron ist unverändert, alle Sublinien zsm. 100%,                  keine anderen Varianten wurden nachgewiesen</p>	<p>FG36                  (Buda)</p> <p>FG17                  (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>BA.2 überwiegt mit 50%, gefolgt von BA.5 mit 24% und BA.2.9 mit 11%</p> <p>BA.5 hat sich anteilig verdoppelt auf knapp 24%</p> <p>Rekombinantennachweise: durch Re-Zuweisungen Sprünge bei XG auf 41 (+38) und XM auf 459 (+99)</p> <p>Ansonsten weiterhin stabil, unverändert und gleichbleibende Zuwächse</p> <p>L452 Mutation: BA.4, BA.5, BA.2.12.2 sowie manche BA.2-Linien haben diese aufgewiesen</p> <p>BA.5-Eigenschaften:</p> <p>2324 Fälle im Meldesystem seit KW 09/22 bis einschl. KW22/22</p> <p>Hospitalisiert: 23 (1.0 %); 1419 (61 %) NA</p> <p>Verstorben: 0 (106 NA)</p> <p>Fallzahl steigt bei beiden an</p> <p>Expositionsart: 29x EUR außer DE, Afrika (2), Amerika (2), Asien (3)</p> <p>Meldesystem: 26/1101 Verdachtsfälle</p> <p>BA.4-Eigenschaften:</p> <p>431 Fälle im Meldesystem seit KW 15/22 bis einschl. 22/22</p> <p>Hospitalisiert: 3 (0.7 %); 269 (62 %) NA</p> <p>Verstorben: 1 (13 NA)</p> <p>Expositionsart: 1x EUR außer DE, Afrika (2), Amerika (2)</p> <p>Meldesystem: 7/201 Verdachtsfälle</p> <p>Diskussion</p> <p>10% Hospitalisierungsrate in Portugal. Werden hier häufiger die schweren Fälle diagnostiziert?</p> <p>14. Vermutlich ja. Testung in Deutschland tendenziell eher sensitiv.</p>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>Alle</p>
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG 33
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>CWA – Ergebnisse der Privacy-Preserving Analytics (2021)</p> <p>Auswertung nach Device und Betriebssystem</p> <p>Täglich etwa 15 Mio. übermittelte Datensätze</p> <p>Erhöhter Risikostatus bei Personen, die sich für einen Test registriert haben</p> <p>Höhere Positivenrate bei jenen mit erhöhten Risikostatus;</p> <p>Unterschiede im Winter weniger ausgeprägt als ab Frühjahr.</p> <p>Grund ggf. strengere Corona-Regeln + mehr Awareness im</p>	<p>FG32 (Benzler)</p>



	<p>Winter.                      Anteil Positivenrate nach Risikostatus:                      1. Bei PCR-Tests Anstieg der Positivenrate über den Winter über alle Risikostatus hinweg; ab Frühjahr weiter Anstieg der Positivenrate bei erhöhten Risikostatus (bis zu 75%) und Rückgang bei allen anderen Risikostatus.                      2. Bei Antigen-Test gleiches Bild mit Positivenrate bis zu 13% bei hohem Risiko und unter 5% bei allen anderen Risikostatus.                      Schnelles Testen innerhalb von 1-2 Tagen nach Statusänderung in CWA                      Fazit: Jene mit einer roten Kachel haben eine deutlich höhere Positivenrate als jene mit einer grünen Kachel</p>	
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b>                      keine Anpassung</p>	Abt. 3
<b>6</b>	<p><b>Expertenbeirat</b>                      (nicht berichtet)</p>	Präs
<b>7</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>                      Merkblätter zur Corona-Schutzimpfung aktualisiert                      Merkblätter für Eltern zu einem zusammengefasst                      Neues Merkblatt für Risikogruppen                      Veröffentlichung Merkblatt für Genesene Ende der Woche</p> <p><b>Presse</b>                      Bundespressekonferenz am Freitag, 17.06. mit Hr. Schaade                      Kernaussagen für Lagebericht und BPK                      Orientierung an letzten Wochenbericht und Tweets                      Verhaltensregeln und Impfungen in den Vordergrund stellen</p> <p><b>P1</b>                      Aufgabe - P1 soll Sommerflyer von 2021 überarbeiten, in fachlicher Zusammenarbeit mit FG36                      In Auftrag, Deadline nächste Woche</p>	<p>BZgA                      (Seefeld)</p> <p>Presse                      (Wenchel / Degen)</p> <p>P1                      (Lein)</p>



<b>8</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>Allgemein</b> (nicht berichtet)  <b>RKI-intern</b> Sprechen wir aktuell von einer Sommerwelle? Begriff momentan eher vermeiden, da er vermutlich vom RKI auch nicht gefordert wird Fokus auf wissenschaftliche Definition der einzelnen Wellen Einigung: Begriff Sommerwelle vermeiden	Alle
<b>9</b>	<b>Dokumente</b> (nicht berichtet)	Alle
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b> (nicht berichtet)	FG17/ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> (nicht berichtet)	Alle
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  Verbesserung Hospitalisierungsmeldungen über DEMIS seit März 2022 können KH über das DEMIS-Meldeportal auch Hospitalisierungen in Bezug auf COVID-19 elektronisch an die GÄ melden Nutzung bisher gering, da manuelle Eingabe in DEMIS erforderlich Schnittstelle wurde zur Verfügung gestellt, sodass automatisierte Meldung aus den KIS an DEMIS erfolgen kann Problem derzeit: Nur wenige KIS-Anbieter haben diese Schnittstelle bisher umgesetzt Ggf. Vorbereitung Brief des RKI an die KH Treffen am Freitag, 17.06. mit KH und KIS-Anbietern Bereitstellung Adressatenliste Ansprechpartner der KIS-Anbieter	FG32 (Diercke)
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> (nicht berichtet)	FG31
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Generell ruhiger geworden, keine akuten Anliegen, vereinzelte Anfragen	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle





<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 22.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:16 Uhr**



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 06.07.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG35	
!	Institutsleitung	○	Christina Frank
	○ Lars Schaade	!	FG36
!	Abt.2	○	Walter Haas
	○ Michael Bosnjak	○	Silke Buda
!	Abt. 3	○	Stefan Kröger
	○ Osamah Hamouda	!	FG37
	○ Tanja Jung-Sendzik	○	Tim Eckmanns
!	FG12	!	Presse
	○ Annette Mankertz	○	Susanne Glasmacher
!	FG14	○	Ronja Wenchel
	○ Melanie Brunke		
!	FG17	!	P1
	○ Ralf Dürrwald	○	Ines Lein
!	FG23		
	○ Antje Gößwald	!	MF4
!	FG25		
	○ Christina Poethko-Müller	○	Janina Esins
!	FG31	!	ZBS7
	○ Ute Rexroth		
	○ Maria an der Heiden	○	Agata Mikolajewska
	○ Christian Wittke (Protokoll)	!	ZIG1
!	FG32	○	Anna Rohde
	○ Michaela Diercke	!	BZgA
!	FG33	○	Astrid Rose
	○ Thomas Harder		





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 06.07.2022, Folien <a href="#">hier</a>                      Steigendes globales Infektionsgeschehen (+13% Fälle, +3% Todesfälle)                      Mit Ausnahme von Afrika auf allen Kontinenten steigende Fallzahlen                      Nach Kontinent                      Afrika                      Fallzahlen insgesamt -19% im Vergleich zur Vorwoche                      Todesfallzahlen: -34% im Vergleich zur Vorwoche                      Amerika                      Steigende Fallzahlen (+5%) und Todesfallzahlen (+17%)                      Asien                      Steigende Fallzahlen (+13%)                      Sinkende Todesfallzahlen (-6%)                      Ozeanien                      Fall- und Todesfallzahlenanstieg generell (+17% und +7%)                      Europa                      Steigende Fallzahlen (+19%) im Vergleich zur Vorwoche                      Sinkende Todesfallzahlen (-11%)</p> <p>7-Tages-Inzidenz pro 100.000 EW in Europa                      22 Länder mit &gt;40% Anstieg der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche                      Höchste Inzidenz in Zypern (1.225), Frankreich (1.175), Luxemburg (917), Italien (916) und Österreich (817)                      BA.5 in EU                      Dominanz in den meisten EU Ländern in KW23                      Portugal: Dominanz KW19, sinkende Fallzahlen ab KW23                      BA.5 Welle: sinkende Fallzahlen ab ca. KW28 erwartet                      Europa – Anpassung Impfpfählung 2. Auffrischimpfung wegen BA.5                      Frankreich und die Niederlande empfehlen 2. Auffrischimpfung ab 60 Jahren, Norwegen ab 65 Jahren  <a href="#">Dänemark wird ab 01.10.2022 allen ab 50 Jahren eine Einladung zur 2. Auffrischimpfung schicken</a>                      Teststrategien international [ID5545]                      Kostenloses Selbsttests aktuell nur noch in den USA                      Kostenpflichtige Selbsttests mit starker Empfehlung in Niederlande, Portugal, Italien, Spanien                      PCR-Tests kostenlos <del>sehr unterschiedlich in</del> <a href="#">für eingeschränkte Personengruppen</a> verschiedenen Ländern  <a href="#">Österreich bietet der Allgemeinbevölkerung 5 kostenlose Selbsttests und 5 kostenlose PCR pro Person und Monat an</a>                      Omikron Sublinie BA.2.75                      Aus Medienberichten in Indien(<a href="#">fälle in 10 Bundesstaaten</a>), <a href="#">vereinzelte Fälle in</a> UK, Kanada, Neuseeland, Australien  <a href="#">Einzig verfügbares</a> Offizielles Statement aus Ministry of</p>	<p>ZIG1 (Rohde)</p>



	<p>Health in Neuseeland: Aktuell besteht keine Evidenz Maßnahmen anzupassen</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet neu übermittelt 130.728, davon 122 Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz                  Aktuell 678,8/100.000 Einw.                  LK mit Inzidenzen &gt;500: + 0 (305/411)                  LK mit Inzidenzen &gt;1.000: - 1 (38/411)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer                  Anstieg hat sich verlangsamt in allen BL                  Höchste Inzidenzen in SH, NI, SL, HB, NRW                  Geringste Inzidenzen in: TH, SN, ST, BB, BE                  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis                  Weiterhin hohe 7-Tage- Inzidenzen vorrangig im Nordwesten                  305/411 LK mit 7-Tage- Inzidenz &gt; 500/ 100.000 Einw.                  Heatmap – Wöchentliche COVID-19-Inzidenz (pro 100.000 Einw.)                  Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige)                  Geringste Inzidenz bei 0-4-Jährigen und 65+ Jährigen                  Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland                  Leichter Anstieg von Sterbefallzahlen ggf. aufgrund der Hitzewelle</p> <p>Intensivregister, SPoCK (Folien <a href="#">hier</a>)                  DIVI-Intensivregister                  Mit Stand 06.07.2022 werden 1.059 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.                  Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung                  ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +938 in den letzten 7 Tagen                  Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen</p> <p>Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten                  Relativ gleichmäßig über Deutschland verteilt (Ausreißer Hamburg und Bremen)</p> <p>Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad                  Zuwachs bei leichten und Rückgang bei schweren Behandlungen                  Anstieg in absoluten Zahlen durch die ältere Generation (60+ Jahre): 76% ist über 60 Jahre</p> <p>SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen                  Die Prognosen sagen einen Zuwachs der IST-Belegung in allen BL voraus.</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  GrippeWeb                  Der Wert (gesamt) lag in der                  26. KW 2022 bei 5.400 ARE (Vorwoche: 5.500) pro 100.000 Einwohner.</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	--	--



	<p>Entspricht einer Gesamtzahl von 4,5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (25. KW: ca. 4,6 Millionen). ARE gesamt: stabil 5,4 % (Vorwoche: 5,5 %); Vorwochenwert ist um 0,1 Prozentpunkte „gestiegen“ Trend bisher stabil, kein Rückgang zu erkennen Anstieg bei Kindern (von 9,3 % auf 10,7 %), bei Erwachsenen gesunken (von 4,9 % auf 4,5 %) Raten liegen deutlich über dem Niveau der vorpandemischen Bevölkerungs-ARE AGI ambulanter Bereich Im Vergleich zur 25. KW 2022: stabil, Rückgang in allen Alters-gruppen durch Nachmeldungen für KW25 ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW 26. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: gesunken. ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 26. KW 2022 Rund 420 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose /100.000 EW (=Gesamtzahl von rund 350.000 ARE-COVID-Arztbesuchen in D) ICOSARI SARI-Fallzahlen in KW 26 weiter eher stabil auf Sommerniveau SARI-ICU seit KW 24 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI 3,1 COVID-SARI pro 100.000 Entspricht ca. 2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D. Stabil im Vergleich zur Vorwoche Entwicklung COVID-SARI 16. KW bis 26. KW 2022 Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 abgeschwächt in KW 26 Wieder mehr Intensivbehandlungen in AG 60-79 (Nachmeldungen für KW 26 wahrscheinlich) Anstieg Todesfälle in AG 80+ (KW 24 und 25, Nachmeldungen für KW 26 wahrscheinlich)</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten SARS-CoV-2 Plateau in vergangenen Wochen In KW26 20% SARS-CoV-2 Nachweise SARS-CoV-2 dominiert unter Coronaviren Altersverteilung: höchste Fallzahlen bei über 60-Jährigen und geringste Fallzahlen bei 0-4-Jährigen Influenza: 5,3% Nachweise ausschließlich H3N2, Altersverteilung hauptsächlich 16-34-Jährige. ARE-Aktivität Anstieg bei Parainfluenzaviren. HRV leicht abnehmend, vereinzelt HMPV und kein RSV Nachweis.</p>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	--	---



	<p>Molekulare Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  Der Trend der letzten Wochen setzt sich fort                  BA.5 überwiegt nun deutlich mit 77%                  gefolgt von BA.2 (16,1%), BA.4 (6,7%) und BA.2.12.1 (3,6%)                  BA.5 wird aufgeteilt in in Sublinien (BE.1 26,7%, BA.5.1 25,3%,                  BA.5.2.1 8,5%, BA.5.2 6,3%)                  BA.5-Eigenschaften:                  Seqs: 21.938 davon 12.699 in Stichprobe                  8.191 Fälle im Meldesystem bis 05.07.2022                  Hospitalisiert: 144 (1.8 %); 6438 (79 %) NA                  Verstorben: 3 (3x 60-79; 1x 80+)                  BA.4-Eigenschaften:                  Seqs: 2.701 davon 1.541 in Stichprobe                  1.551 Fälle im Meldesystem bis 05.07.2022                  Hospitalisiert: 22 (1,4 %); 996 (64 %) NA                  Verstorben: 1                  Gesamtgenomsequenzierungen &amp; CorSurV 05.07.2022                  Knapp 1 Mio. Gesamtgenomsequenzen, davon 473.446 in                  Stichprobe</p> <p>Erste Ergebnisse von CoMobu 2: Seroprävalenz von                  Antikörpern gegen SARS-CoV-2, Anteil Geimpfter und                  Infizierter bis Ende Februar 2022 ( Folien <a href="#">hier</a>)                  Corona Monitoring bundesweit 2021 ist eine Kooperation                  zwischen RKI und SOEP                  Nettostichprobe von 11.162                  Themenspektrum in Fragebogen: Infektion, Impfung,                  Informiertheit, aktueller Gesundheitszustand,                  Gesundheitsverhalten                  Zeitraum vor allem bis Ende 2021                  Seroprävalenz von IgG-Antikörpern in erwachsener                  Bevölkerung wurde bundesweit auf 91 Prozent geschätzt                  (85% bei 14-17-Jährigen)                  10% der Erwachsenen in D hatte eine SARS-CoV-2 Infektion.                  (Bevölkerung 60+: 7%)                  Etwa ein Drittel der Bevölkerung wurde mit einem besonders                  guten Schutz vor einem schweren Verlauf eingeschätzt                  Limitationen: Nur Privathaushalte. Unterschätzung durch                  methodische Unsicherheiten, Selektions-Bias</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Gibt es eine Darstellung zu der Zahl der Betreibbaren ITS-                  Betten pro Tag, der Nenner der Kapazitätsauslastung dürfte                  sich aufgrund der Erkrankungssituation im Personal stark                  ändern -&gt; Möglicherweise unterschätzt die Zahl der belegten                  Betten die tatsächliche Situation?                  Die Zahl der betreibbaren Betten sind seit Januar um etwa 5%                  gesunken. Dafür spielt der Faktor Personal natürlich eine                  Rolle. MF4 informiert bei Auffälligkeiten.                  Situation SH: In der EpiLag wurde erwähnt, dass Anstieg der                  Fälle auf die Kieler Wochen zurückzuführen ist.</p>	<p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG23 (Gößwald)</p> <p>Alle</p>
--	---	--



	<p>Anregung die BA.5 Sublinien in den Grafiken farblich ähnlich zu gestalten, so dass sie erkennbar zusammengehören CoMiBu ist nur auf einer größeren Ebene regional stratifizierbar, nicht kleinräumig</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Morgen erscheint der neue Monatsbericht zum COVID-19 Impfgeschehen in Deutschland STIKO Tagung letzte Woche; Evidenz hinsichtlich einer möglichen Veränderung der Empfehlung einer 2. Auffrischimpfung wird bis zur nächsten Sitzung am 20. Juli umfassend aufbereitet</p>	<p>FG 33 (Harder)</p>
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21</p>
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Vorschlag Satz zu Long-COVID-19 (Folien <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>) Studienfrage: Einschätzung der Effektivität einer Impfung gegen COVID vor einer Infektion in Hinblick auf Long-COVID Systematisches Review – Methodik PICOS Abschlussbericht voraussichtlich im Herbst Nach Ein- und Ausschlusskriterien werden 69 Studien gesichtet Soll zunächst nicht mit in die aktuelle Risikobewertung einfließen bevor endgültige Ergebnisse da sind</p> <p>Keine Änderung bei aktueller Risikobewertung</p>	<p>FG25 (Poethko-Mueller)</p>
<b>5</b>	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>
<b>6</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Social Media Taskforce gibt morgen eine Einleitung für den Wochenbericht mit Fokus auf akute Atemwegserkrankungen.</p> <p><b>P1</b></p> <p>Verhaltenstipps für den Sommer sind online. Es wurde bereits dazu getwittert.</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>





7	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	Alle
8	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Zwischenbericht COVID-19 Datenstand vom 01.01.2022 wird zeitnah finalisiert Vorschlag: Absegnen durch Abteilungsleitungen Nicht finale, noch nicht vollständig im Haus abgestimmte Entwurfsvorlage sollte zeitgleich an Wissenschaftlichen Beirat und Abteilungen übermittelt werden (Zieldatum 15.07.22)</p>	FG31 (Rexroth)
9	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Lückenhafte Besetzung aufgrund von Krankheitsständen, Urlaub und anderen Prioritäten wie z.B. die Affenpocken-Lage keine eigene Kompensation möglich; es drohen Ausfälle</p> <p>Vorschläge Frequenzreduktion Berichterstattung Insbesondere Veränderung Frequenz des Wochenberichts; Texte und Inhalte ggf. kürzen Anregung Montagsberichterstattung zu hinterfragen, keine sinnvollen Daten Thema wird mit in den nächsten Jour Fixe genommen</p>	FG31 (Rexroth)
10	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	Alle

**Ende: 13:13 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“ Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 07.09.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- |                           |                      |
|---------------------------|----------------------|
| ! Institutsleitung        | ○ Miriam Beneragama  |
| ○ Lars Schaade            | ! FG36               |
| ○ Esther-Maria Antão      | ○ Walter Haas        |
| ! Abt. 1                  | ○ Silke Buda         |
| ○ Martin Mielke           | ○ Stefan Kröger      |
| ! Abt. 3                  | ○ Kristin Tolksdorf  |
| ○ Osamah Hamouda          | ○ Udo Buchholz       |
| ○ Tanja Jung-Sendzik      | ! FG37               |
| ! FG17                    | ○ Muna Abu Sin       |
| ○ Ralf Dürrwald           | ! ZBS7               |
| ! FG21                    | ○ Michaela Niebank   |
| ○ Wolfgang Scheida        | ! P1                 |
| ! FG25                    | ○ Christina Leuker   |
| ○ Christa Scheidt-Nave    | ! Presse             |
| ○ Rebekka Mumm            | ○ Susanne Glasmacher |
| ! FG31                    | ○ Marieke Degen      |
| ○ Ute Rexroth             | ! ZIG1               |
| ○ Ariane Halm (Protokoll) | ○ Anna Rohde         |
| ! FG32                    | ! BZgA               |
| ○ Jakob Schumacher        | ○ Andrea Rückle      |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> Weltweit: Fall- und Todesfallzahlabnahme (Datenstand: WHO, 06.09.2022) Todesfall-Zuwachs auf dem amerikanischen Kontinent (13%) 7-T-I in Russland, ein paar osteuropäischen Ländern, Australien, Südkorea und Japan hoch Europakarte mit 7-Tage-Inzidenz: Im Vergleich zur Vorwoche <u>leichte Entspannung</u><u>weitere Entspannung in den meisten europ. Ländern</u>, in DK und Schweden <u>auch durch hellere Kategorie auf Karte zu sehen</u>, Probleme mit Meldungen aus Griechenland und Schweiz Russland und Ukraine In beiden Ländern Fallzahlanstieg im Vergleich zur Vorwoche Russland: Anstieg lässt nach, Gipfel scheint sich abzuzeichnen Ukraine: 7-T-I zeigt einen 41% Anstieg im Vergleich zur Vorwoche, Datenstand <u>jedoch etwas unklar (KW-35?)</u><u>06.09.2022 (Der DS aus dem Report im WHO AEM meeting war unklar, vermutlich KW 35, dort Trend +26%)</u> Verfügbare Informationen zur Krankenhaus (KKH)-Belegung zeigen einen 20% Anstieg, 40% der PCR und 14% der durchgeführten Antigentests sind positiv ECDC Guidance: Projektion der Pandemie bis 2032 (29.08.2022) Berechnung von Langzeitszenarien basierend auf mehreren Einflüssen, Pathogeneigenschaften, Immunologie, Virologie, gesellschaftliche Faktoren, medizinische Interventionen Kontinuum mit Variationen der möglichen Szenarien Bestenfalls: Gefahr verringert, alle EU/EEA Länder können gut mit der Situation umgehen, bis schlimmstenfalls neue Pandemie <u>Daran anschließend</u> EMA und ECDC Empfehlungen, inkl. bezüglich des Einsatzes von adaptierten Impfstoffen: Sollten nach Prioritätsgruppen (mit erhöhtem Risiko eines schweren Verlaufs) verabreicht werden, immunsupprimierte, ältere Menschen, Bewohnende und Arbeitende in Einrichtungen, schwangere Frauen, etc.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> Parameter sind generell weiter rückläufig SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.344.032 (+46.495), davon 147.981 (+120) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 217,2/100.000 Einw. DIVI Intensivregister 741 (-25) Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.768.042 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.439.225 (76,3%),</p>	<p>ZIG1</p> <p>AL3</p>



	<p>Auffrischimpfungen 51.586.068 (62,0%)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Abnahme ist verlangsamt aber stetig, um ca. 10-12%                  Geografische 7-T-I Verteilung                  1 Kreis mit &gt;500 (aktuell keine weiteren Informationen verfügbar), 70% unter 250                  Aktuell möglicherweise Kreise mit hohen Inzidenzen aufgrund stattfindender Bierfeste                  Altersgruppen                  Rückgang in allen AG, einschließlich Schulkinder 5-15                  Anstieg nach Ferienende scheint vorbei zu sein                  Auch bei hochaltrigen (75+) Inzidenz deutlich rückläufig                  Todesfälle                  Rückgang der Zahlen                  Etwas erhöhte Werte in den letzten 2 Wochen aber insgesamt abnehmender Trend                  Wöchentliche Sterbefallzahlen immer noch leicht erhöht aber keine deutliche Übersterblichkeit                  ITS-Belegung und Spock (14-tägig) (nicht berichtet)                  Syndromische &amp; virologische ARE-Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>                  GrippeWeb                  Werte im Vergleich zu letzter Woche leicht angestiegen, aber im Bereich von früheren Saisons nach Ende der Ferienzeit und somit nicht unüblich                  Insbesondere bei Schulkindern Anstieg, dies ist ebenfalls vor dem/mit dem Herbst nicht unerwartet                  ARE-Konsultationen                  Zahlen insgesamt im Vergleich stabil                  ARE-Konsultationen mit COVID-19-Diagnose: in meisten AG COVID-19 spezifische Besuche rückläufig, entsprechend dem Rückgang in der generellen Welle                  ICOSARI                  Insgesamt aber auch intensivmedizinische SARI-Inzidenz stark zurückgegangen, etwas erhöhtes Sommerniveau, aber auch in früheren Saisons üblich                  Anteil COVID- an SARI Fällen zurückgegangen (-19%), bei Intensivpatienten -17%                  Zu Influenza noch nichts Bedeutsames zu erkennen                  SARI-Fälle nach AG                  In allen AG auf Sommerniveau                  Leichter Anstieg bei &lt;15-jährigen                  Bei 80-jährigen über den Werten der Vorjahre                  Anteil COVID-19-Diagnosen bei &gt;80-jährigen leicht gesunken                  Meldedatenvergleich mit Hospitalisierungsinzidenz                  Meldedaten- liegen oberhalb von COVID-19-SARI-Fällen                  Deutlicher Rückgang von COVID-19-Fällen bei AG 80+                  AGI virologische Surveillance                  Deutlicher Rückgang von SARI-Nachweisen auf 7%                  Dennoch SARS-CoV-2 in diesem Jahr stärkste Zirkulation im Sentinel                  In KW35 kein einziger Nachweis endemischer Coronaviren, generell überschaubare Anzahl dieser                  Influenzaviren:</p>	<p>FG36</p> <p>FG17</p>
--	---	-------------------------



	<p>leichter Rückgang von H3N2                  seit langem in KW35 1. Nachweis von H1N1                  bei Influenza eher unüblich, das ganze Jahr eine Zirkulation zu haben                  Rhinoviren am häufigsten nachgewiesene Viren (23%), dann Parainfluenza (~13%) dann SARS-CoV-2                  Insgesamt keine Besonderheiten                  Testkapazität, Testungen, ARS, Folien <a href="#">hier</a>                  Testzahlen                  In absoluten Zahlen leichter Rückgang (-3%)                  Positivenanteil von 34 auf 32% zurückgegangen                  Testkapazität bei 2,7 Mio. pro Woche, gleichbleibend                  Knapp halbe Mio. PCR-Tests in KW35                  Insgesamt seit Beginn &gt;140 Mio. PCR-Tests erfasst                  SARS in ARS                  Generell in den BL leichter Rückgang, mancherorts gleichbleibend                  Positivenanteil geringfügig rückläufig mit gewissen regionalen Unterschieden                  Nach Einrichtungen                  -In Arztpraxen seit ein paar Wochen deutliche Rückgänge                  -Langsamere Abnahme in KKH                  -Positivanteile in allen drei Bereichen rückläufig                  -Insgesamt rückläufiger Trend zu Testungen hat aber keinen Einfluss auf Turnaround-zeit (zwischen Abnahme und Test)                  Altersverteilung                  -In jüngeren AG (Kinder &amp; Jugendliche) Tests auf niedrigem Niveau aber stabil durchgeführt                  -In anderen AG leichter Rückgang                  - Positivanteile parallel in allen AG rückläufig                  Ausbrüche in Einrichtungen: Rückgang der aktiven Ausbrüche im Vergleich zur Vorwoche, ebenso Abnahme der Anzahl von übermittelten Todesfällen in beiden Einrichtungstypen                  Molekulare Surveillance, VOC, Folien <a href="#">hier</a>                  Gesamtbild ist unverändert                  Gleichbleibend hoher Anteil von BA.5 mit 96,4%, minimal gesunken, minimale Steigerung von BA.2 (0,9%)                  Nachgewiesene Hauptsublinien: BA.5.1 (26%) und BA.5.2 (25%), gefolgt von BA.5.2.1 (14%)                  Mutation S:R346X: siehe Folie zu BA.4 und BA.5 Sublinien, die diese Mutation aufwiesen haben</p> <p>Diskussion                  Bierfeste und LK-Inzidenzen                  Sollte dies vor Oktoberfest thematisiert werden?                  Nein, jede/r sollte wissen, dass Maske tragen sinnvoll ist, RKI empfiehlt Tragen von Masken in Innenräumen                  Bier trinken ist mit Maske nicht möglich, jede/r entscheidet aktiv, sich dem auszusetzen (oder nicht)                  Übergeordnetes Ziel ist, schwere Erkrankungen in der Bevölkerung zu verhindern                  Bei Ausbleiben von neuer, gefährlicherer Variante, besser nicht zu viel Aufregung produzieren</p>	<p>AL3</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	------------------------------------



	<p>Auftretende Todesfälle: wo treten diese auf, in Heimen oder im KKH? Kommen Patienten aus Heimen gar nicht mehr ins KKH?</p> <p>&gt;80-jährige generell deutlich höheres Risiko, versterben ggf. mit Verzug aber zum Großteil im KKH</p> <p>Zunahme von Todesfällen erscheint vergleichsweise hoch</p> <p>Eine deutliche Änderung würde registriert werden, so lange parallel (in Testungen und Ausbrüchen) ein Rückgang zu sehen ist, ist ein solcher nicht wahrscheinlich</p> <p><b>Präsentation „Veränderung der Symptomatik bei den verschiedenen SARS-CoV-2 Varianten, Folien <a href="#">hier</a></b></p> <p>Analyse der Angaben zu Symptomen in den Meldedaten bei unterschiedlichen Varianten von SARS-CoV-2</p> <p>Methode</p> <p>Vergleich von 3 Datenquellen mit einander</p> <p>IfSG-Meldedaten Deutschland</p> <p>CIS aus UK (Zufallsstichprobe von Personen von Adresslisten und frühere Umfragen, Selbstbeprobung)</p> <p>REACT-1 aus UK (Zufallsstichprobe NHS-Patientenregister, nicht dieselben Personen, die sich mehrmals beproben aber auch Selbstbeprobung)</p> <p>Analyse des Verlaufs des Anteils von berichteten Symptomen symptomatischer Fälle</p> <p>Ergebnisse der wichtigsten Symptome aus Meldedaten</p> <p>Allgemeinsymptome relativ stabil</p> <p>Halsschmerzen Anstieg bei Omikron</p> <p>Husten und Schnupfen Anstieg seit Pandemiebeginn</p> <p>Fieber Hoch während Alpha, bei Omikron ebenso höher</p> <p>Deutlicher Anstieg von Durchfall und Dyspnoe</p> <p>Rückgang von Pneumonien</p> <p>Deutlicher Abfall von Geschmacks- und Geruchsverlust mit Omikron</p> <p>Vergleich mit UK Daten</p> <p>Geruchs- und Geschmacksverlust hat mit Omikron deutlich nachgelassen, etwas unterschiedlich in verschiedenen AG</p> <p>Halsschmerzen: kontinuierlicher Anstieg auch in UK mit Omikron, gewisse Variationen nach AG</p> <p>Husten Anstieg über den Pandemieverlauf</p> <p>Fieber unterschiedlich: in DE Abfall, bei REACT-1 Anstieg, bei CIS eher gleichbleibend</p> <p>Zusammenfassung</p> <p>Meist Übereinstimmung in allen drei Erhebungssystemen, gegenseitige Validation über verschiedene Methoden hinweg</p> <p>Veränderte Symptomatik zwischen Varianten und unterschiedlich je nach AG</p> <p>Omikron: deutliche Abnahme von Geschmacks- und Geruchsverlust, jedoch Zunahme von Erkältungssymptomen</p> <p>Diskussion</p> <p>Ist hierzu eine Publikation vorgesehen? Eine short communication ist geplant</p> <p>Ist eine Zunahme von Dyspnoe bei Abnahme von Pneumonien</p>	FG36
--	--	------



	<p>plausibel? Ja, diese können dissoziiert werden (z.B. vaskulär bedingte Dyspnoe)                  Frage BZgA: Werden die dargestellten Ergebnisse zu den Symptomveränderungen im Verlauf auch in RKI-Dokumenten widergespiegelt werden, z.B. durch aktualisierten Erregersteckbrief?                  Steckbrief ist aktuell eingefroren (Ressourcenmangel), die Ergebnisse dieser Analyse sollen rasch der Fachöffentlichkeit präsentiert werden</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b>  (nicht berichtet)</p>	FG 33
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b>  (nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b>  (nicht berichtet)</p>	FG21
<b>5</b>	<p>Ziele: Evidenzsynthese von Häufigkeit, Dauer und Beeinträchtigungsgrad, Risiko- und Schutzfaktoren, Identifizierung von Forschungslücken, etc.                  Ergebnisse                  Meist unkontrollierte Kohortenstudien                  70% in high income countries                  10%/nur wenige der Studien enthielten Kinder und Jugendliche                  Ergebnisnutzung: Visualisierung durch Evidence Maps, Studienrepositorium                  Nutzung der Ergebnisse für Fachöffentlichkeit                  Systematisches Review Manuskript wurde eingereicht                  Höheres Risiko für gesundheitliche Langzeitfolgen im Vergleich zu Grippefällen oder test-negativen Kontrollen                  Nächste Schritte                  Folgeprojekt im Rahmen des 9PP Maßnahme 6 wurde beantragt und bewilligt, kontinuierliche Zusammenarbeit                  Vertiefendes Update, nun Fokus auf Erwachsene (WHO Falldefinition für Kinder ist noch in Arbeit): Häufigkeit, Dauer, Auswirkung von Long COVID-19, besonders betroffene Personen                  Diskussion                  Ergebnisse und Aktivitäten sollten sichtbar gemacht werden                  Variantenspezifischen Unterschiede                  Durchseuchung der Bevölkerung wurde bis zu Omikron verhindert, die meisten Menschen wurden mit Omikron infiziert                  Ergebnisse beziehen sich auf Varianten vor Omikron                  Bei Symptomgegenüberstellung scheint Omikron in mehreren Aspekten ganz anders zu sein                  Disclaimer hierzu ist in der Publikation enthalten und</p>	FG 25 (Rebekka Mumm)





	<p>diskutiert, ebenso in den FAQs                  Bisher gibt es wenige Studien, die zu Omikron und Long COVID-19 aussagekräftig sind                  Symptome scheinen sich zu ändern, auch bei Omikron gibt es Long COVID-19, angesichts der Massen von Infektionen bleibt dies ein Risiko und PH Problem                  Auch die Impfung bringt eine andere Dynamik mit hinein, auch hier zu dünne Evidenz/Studienlage, viel ist noch unklar                  Evidenzsynthesen sind sehr wichtig, trotz vorherrschender Ressourcenprobleme</p>	
6	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Kann das RKI eine Anpassung dieser, z.B. Herunterstufung der Gefährdung, entscheiden?                  Dies müsste mit dem BMG abgestimmt werden                  Eine Verlangsamung des Rückgangs ist sichtbar, erneuter Anstieg in 2-3 Wochen ist nicht ausgeschlossen, wird aktuell nicht angepasst</p>	Alle
7	<p><b>Expertenbeirat</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs
8	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Vorbereitung der Inhalte auf Impfempfehlung für angepasste Impfstoffe                  Frage: (wie) soll Möglichkeit der antiviralen Behandlung kommuniziert werden?                  RKI hat Empfehlungen hierzu veröffentlicht, diese werden regelmäßig überarbeitet, kein zusätzlicher, intensiver Kommunikationsbedarf                  Medizinische Gabe eines Antiinfektivums sollte nicht pauschal empfohlen oder beworben werden, Existenz der Medikamente jedoch bekannt sein, Klärung über Indikation liegt bei der Ärzteschaft                  Informationsmaterial für behandelnde Ärzte ist vorhanden, beinhaltet auch unterschiedliche Bewertungen, sollte allen zur Verfügung stehen                  Könnte ggf. erneut über die Ärztekammern kommuniziert werden, ZBS7 nimmt dies mit</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Hinweis A bis Z Seite zu COVID-19 ist aktuell in Überarbeitung, Dank an die Personen, die die unterstützen                  IT4 stellt Wochenenddienste ein, montags ist die Fallzahlentabelle aktuell leer (Nullen in der Tabelle), soll sich hier etwas ändern?                  Nein, bleibt wie gehabt erhalten                  Grund: Die meisten Gesundheitsämter übermitteln am Wochenende nicht mehr, bisher gab es einen IT4 Dienst am Sonntag um diese wenigen Daten einzufügen, dies wird nun nicht mehr der Fall sein</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



	<p>Tägliche Situationsberichte auf Deutsch und Englisch noch notwendig? Könnten diese abgeschafft werden? Nein</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer ist in Arbeit</p> <p><b>Anfragen/Aufgaben vom BMG</b></p> <p>Wie kann mit Aufträgen bzw. Beiträgen zur Kommunikation zwischen den verschiedenen Bereichen am Institut besser umgegangen werden? Beispiel von FG36: Von FG33 erhaltener, durch eine Agentur (Aufgabenstellung durch BMG an Agentur ist RKI unklar) vorbereiteter Beitrag zu COVID-19 zur Kommentierung Dieser beinhaltet gewisse problematische, jedoch keine infektionsepidemiologischen Aspekte, es geht mehr um die Kommunikationsart und Botschaftensteuerung (keine fachliche Frage) Sollten dieserart kommunikative Aufgaben zunächst an RKI-Kommunikationsexperten gehen? Wie kann dies in der Abstimmung verbessert werden? Marieke Degen bespricht mit Presse und Christina Leuker in P1, wie es anders organisiert werden könnte</p> <p><b>Wochenbericht</b></p> <p>Tenor Entspannung der Lage wird darin umgesetzt Risikoeinstufung ist jedoch im Bericht mitbeinhaltet und könnte ggf. als Diskrepanz in der Einschätzung wahrgenommen werden Inzidenz liegt noch stets bei 230, Infektionsdruck bleibt bestehen Absatz wird weggestrichen, auf Nachfrage folgt Erklärung, dass Betonung nicht erwünscht war, aber Risikobewertung bestehen bleibt</p>	<p>P1</p> <p>FG36/Presse /P1/VPräs</p>
<p>9</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Definition Reinfektion Definition der Reinfektion wurde vor einiger Zeit von FG36 mit FG32 abgestimmt Nachfrage in der EpiLag diese Woche weist auf, dass aktuell eine veraltete Definition online ist, diese sollte entfernt und durch eine fachlich besseren Definition ersetzt werden Sollte damals noch einmal an das BMG geschickt werden, unklar, wie weit dies gekommen ist damals FG32 und FG36 stimmen die Definition ab, muss diese vor Publikation ans BMG geschickt werden? (tut mir leid, Antwort habe ich nicht gehört)</p>	<p>Alle</p> <p>FG36</p>



	<p>Wunsch aus AGI am Dienstag an Abt. 2          Abt 2. soll am Freitag in einer Gruppe zur          Indikatorendiskussion und notwendigen Informationen, sowie          der technischen Umsetzung vertreten sein          Ute Rexroth schickt eine Email an AL2</p>	FG31
<b>10</b>	<p><b>Dokumente</b>          (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>          (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>          (nicht berichtet)</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b>  <b>Status Pandemieradar</b></p> <p>Wird seit Montag durch FG32 koordiniert, Folien <a href="#">hier</a>          Minister hat im 7-Punkte-Plan einen Pandemieradar          angekündigt und beworben          Identifizierte notwendige Schritte:          Auftrag existiert noch nicht          Bearbeitende OEs am RKI          Auswahl Indikatoren: Indikatoren-Vorschlag erstellt, Minister          hat noch nicht entschieden          Veröffentlichung als OpenData          Visualisierung wird als problematischster Schritt gesehen          Wahrscheinlich Nutzung der RKI-Trendseite          Anpassung von Indikatoren und Layout          Risiko, dass es nicht genau den Wünschen/Versprechungen          entspricht          Wissenschaftliche Aufbereitung im Wochenbericht          Journalistische Aufbereitung          2 Indikatoren sind noch zu klären          Viruslast im Abwasser, Datenfluss noch in Diskussion,          Abstimmung UBA und BMUV, Klärung von Datenschutz/-          weitergabe          Bettenbelegung, neues Gesetz erlaubt Erhebung über Konfort-          Client, genaue Kennzahlen noch nicht klar, Nenner nicht          bestimmbar          Diskussion          BMG hat offene Ausschreibung abgelehnt und das RKI          aufgefordert dies zu entwickeln          Einzige zeitnahe Alternative ist, den aktuellen Trendbericht          zum Pandemieradar zu erweitern, zunächst kein Widerspruch          vom BMG (auch angesichts der Zeitknappheit)          Abstimmung FG32 und AL3 was noch möglich ist in der          kurzen Zeit          Bei unspezifischen Vorgaben entwickelt RKI, was es für          sinnvoll hält, 80% des Pandemieradars ist bereits im RKI          Trendbericht beinhaltet</p>	FG32



14	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>Wegen Einreise-VO steht ein baldiger Austausch an</p>	FG31
15	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p><b>Koordinierungsstelle</b>                  Weiterhin sehr schwierig, die Schichten der KS zu besetzen, nicht genügend dauerhaftes Personal, um mehrere KS zu betreuen                  Unterstützung durch AL und FG ist wichtig                  Ggf. Abordnung von anderen Abteilungen?                  Solange die Aufgaben und Anfragen in so hoher Dichte kommen, wird dies ohne KS direkt in die fachlichen OEs einschlagen, möglicherweise erneut gesteigert im Herbst                  Dies ist Institutsaufgabe, viele sind überlastet, vom Grundsatz besteht Verständnis, aber Repriorisierung ist möglicherweise notwendig                  VPräs geht dies erneut an</p> <p><b>BMG Aufträge</b>                  Gespräch VPräs &amp; BMG letzte Woche (Rottmann und Teichert)                  Diskussion der Art wie aktuell Aufträge ans RKI erteilt werden                  Gewisses Verständnis am BMG vorhanden                  Wird sich nicht sofort ändern, aber Sorge ist angekommen</p> <p><b>Medienleak</b>                  2 Interne Vorgänge zwischen BMG und RKI wurden der Presse zugespielt (Bsp. Wörtliche Zitierung in der Süddeutschen)                  VPräs hat BMG gesagt, dass dies nicht ausschließlich vom RKI kommen muss                  Bitte alle zur Kenntnis nehmen, dass es nicht akzeptabel ist, dieserart Kommunikation an die Presse weiterzugeben                  RKI-MA sind der Verschwiegenheit verpflichtet und Leaks sind keine Bagatelle, sondern ein Verstoß gegen die Dienstpflicht</p>	<p>FG31/VPräs /FG36</p> <p>VPräs</p> <p>VPräs</p>
16	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
17	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.09.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:13**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 23.11.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - o Lothar H. Wieler
- ! Abt. 1
  - o Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - o Osamah Hamouda
- ! FG11
- ! FG12
- ! FG14
  - o Melanie Brunke
  - o Marc Thanheiser
- ! FG17
  - o Thorsten Wolff
  - o Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - o Patrick Schmich
  - o Wolfgang Scheida
- ! FG23
- ! FG24
- ! FG25
  - o Christina Poethko-Mueller
- ! FG31
  - o Ute Rexroth
  - o Antonia Hilbig
  - o Nadine Püschel (Protokoll)
- ! FG32
  - o Michaela Diercke
  - o Claudia Sievers
- ! FG33
  - o Ole Wichmann
- o Thomas Harder
- o Jonathan Fischer-Fels
- o Vanessa Piechotta
- ! FG34
- ! FG35
- ! FG36
  - o Walter Haas
  - o Udo Buchholz
  - o Stefan Kröger
  - o Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - o Tim Eckmanns
- ! ZBS1
- ! ZBS7
  - o Agata Mikolajewska
- ! MF2
- ! MF3
- ! MF4
  - o Janina Esins
- ! P1
  - o Ines Lein
- ! P4
- ! Presse
  - o Marieke Degen
  - o Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - o Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - o Sarah Esquevin
- ! ZIG2
- ! ZIG4
- ! BZgA
  - o Linda Seefeld
- ! BMG





	<p>Belegung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verstorbenen-Anteil nimmt ab</li> <li>○ In allen Altersgruppen Abwärtstrend zu erkennen</li> <li>○ Kinder-ITS: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anzahl der Patient*innen mit RSV stark angestiegen (neonatologische und pädiatrische Belegung)</li> <li>▪ Anzahl der Patient:innen mit Influenza auf pädiatrischen Stationen ebenfalls mit Zuwachs</li> </ul> </li> </ul> <p>! Diskussion, wie vergleicht sich der Anstieg RSV zu den Zahlen in den Vorjahren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Erst zu Beginn 2022 mit Erfassung der Daten begonnen, keine Datenquellen vorhanden</li> <li>○ <a href="https://dgpi.de/rsv-survey-update/">https://dgpi.de/rsv-survey-update/</a> Beginn Oktober 2021, keine großen Vergleichswerte</li> <li>○ SPoCK-Prognose: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wird Abwärtstrend vorhergesagt</li> <li>▪ <b>SPoCK-Prognosen werden zum Ende des Jahres eingestellt (keine weitere Förderung erhalten)</b></li> </ul> </li> </ul> <p>! <b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE gesamt: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wert (gesamt) lag in KW46 bei 8.300 ARE (Vorwoche: 6.700) pro 100.000 Einwohner</li> <li>2. Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg insbesondere bei Schulkindern (5-14 J.) und den ab 35-jährigen</li> </ol> </li> <li>○ Are-Konsultationen: <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Im Vergleich zur 45. KW 2022 insgesamt deutlich gesunken</li> <li>4. ca. 1.600 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</li> <li>5. Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg bei Kindern bis 14 Jahre; Rückgang bei den Erwachsenen ab 15 Jahre</li> </ol> </li> <li>○ SEED<sup>ARE</sup> mit COVID-19 Konsultationen bis zur 46. KW <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Rund 130 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose /100.000 EW</li> <li>7. Werte im Vergleich zur Vorwoche bei den 0-bis 14-jährigen Kindern stabil geblieben und in den anderen Altersgruppen gesunken</li> </ol> </li> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Inzidenz <ol style="list-style-type: none"> <li>8. SARI-Fallzahlen sind in der 46. KW 2022 insgesamt leicht gestiegen</li> <li>9. bleibt deutlich erhöhtes Niveau im Vergleich zu vorpandemischen Saisons</li> <li>10. SARI mit Intensivbehandlungen in der vergangenen Woche noch etwas erhöht, nähern sich den vorpandemischen Saisons an</li> <li>11. weiterer Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 0-4, und 5- 14 Jahre, hier bereits sehr hohe Fallzahlen;</li> </ol> </li> </ul>	<p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	-----------------------------



	<p>12. steigender Anteil RSV in der AG 0-4, aber auch in anderen Altersgruppen Nachweise; steigender Anteil Influenza vor allem in den AG 5-14 und 15-34, aber auch 35- 59 Jahre</p> <p>13. Weiterer Rückgang der SARI-Fälle in den AG 80+, deutlicher Rückgang des Anteils COVID-19 in den AG 60+ in den letzten Wochen (in KW 43: noch über 40%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen</li> </ul> <p>14. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vergleich zur Vorwoche weiter gesunken: 10 % (Vorwoche: 15 %)</p> <p>15. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung gesunken: 26 % (Vorwoche: 39 %),</p> <p>16. weiter relativ hoher Anteil an Intensivbehandlungen im Vgl. zum Anteil an SARI; keine Nebendiagnosen Influenza oder RSV</p> <p>17. Anteil Influenza an SARI 8% (Vorwoche 6 %), drei Influenza-Fälle (3%) unter SARI mit Intensivbehandlung</p> <p>! <b>Virulogische Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 247 Einsendungen (KW46), 69 Arztpraxen/13 BL</li> <li>○ Höchste Einsendezahl</li> <li>○ Coronazahlen rückläufig auf leichtem Niveau</li> <li>○ Starker Anstieg Influenza Virus, übersteigt 2019/2020</li> <li>○ Influenza Virus dominierend bei Altersgruppe 5-14 Jährigen</li> <li>○ Anstieg RSV</li> </ul> <p>! <b>Testkapazität und Testungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> <p>! <b>ARS-Daten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ (nicht berichtet)</li> </ul> <p>! <b>VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Entwicklung stabil</li> <li>○ Anteil von BA.5 inkl. aller Sublinien leicht gesunken</li> <li>○ Anteil BA.2. und Sublinien leicht gestiegen</li> <li>○ BQ1.1 zwar Vervierfachung über die letzten Wochen, aber relativ geringer Anteil unter 10%</li> <li>○ In Ländern mit Anteil von 30% von BQ.1.1 kein Anstieg der Intensivbehandlungen</li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>FG36 (Kröger)</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>! Änderungen VOC-Teil im Wochenbericht (Folie 5 <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Grund Verschlankung, Auslagerung bestimmter Abschnitte auf RKI-Webseite, Pandemieradar, Interpretation des aktuellen Geschehens im Wochenbericht eindämpfen</li> <li>○ Klare Zustimmung, wird im nächsten Jour-Fix dem BMG mitgeteilt, bei Zustimmung ab nächster Woche im Wochenbericht umgesetzt</li> </ul> <p>! Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Pandemieradar: ist für Wissenschaftler:innen sehr übersichtlich, sehr gut auf einen Blick zu interpretieren, aber</li> </ul>	<p>FG36 (Kröger, Haas), FG31, Presse, FG21 (Scheida)</p>

	<p>Darstellung der Kacheln überdenken, strukturierter nach Krankheitslast, Schwere, Dynamik, Varianten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verbesserungsvorschläge können gern ans Team gesendet werden</li> <li>○ Im Wochenbericht muss Zunahme und Grund der Atemwegserkrankungen durch andere Erreger, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen klar dargestellt werden</li> <li>○ Stärker auf ARE-Wochenbericht hinweisen -&gt; Tweet</li> <li>○ ARE-Wochenbericht ist unter dem Teaser auf der RKI-Webseite verlinkt</li> <li>○ ARE-Wochenbericht bisher nicht getweetet, allgemeine Zustimmung</li> <li>○ Grafik für ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 46. KW 2022 gut, aber nicht für Tweet geeignet</li> <li>○ FG21 sieht sich ARE-Wochenbericht an, gestaltet Vorschlag für Tweet, Thread, Rücksprache mit FGs</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>! <b>Impfmonitoring</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unklar, ob digitales Impfmonitoring 2023 weitergeführt wird; Corona-Virus-Impfverordnung wird nicht verlängert</li> </ul> <p><b>STIKO</b></p> <p>! 23. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ STIKO spricht eine COVID-19-Impfempfehlung für vorerkrankte Kinder im Alter von 6 Monaten bis 4 Jahren aus und aktualisiert ihre Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu vulnerablen Personen.</li> <li>○ 24. Aktualisierung noch vor Weihnachten geplant (u.a. Novavax als Booster Empfehlung)</li> </ul> <p>! Vorstellung Studie: Acute and postacute sequelae associated with SARS-CoV-2 reinfection und COVID-19 primary series and booster vaccination and immune imprinting, (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Studie: Welche zusätzlichen Risiken entstehen nach einer Reinfektion mit SARS-CoV-2 (<a href="https://www.nature.com/articles/s41591-022-02051-3">https://www.nature.com/articles/s41591-022-02051-3</a>)</li> <li>○ Diskussion: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Beide Studien gehen über Aussagen hinaus, was aus Daten ableitbar wäre</li> <li>2. Definition der Reinfektion, handelt es sich tatsächlich um Reinfektion oder Infektion nach erfolgter Impfung?</li> <li>3. Es handelt sich um Reinfektion Abstand von 6 Monaten</li> <li>4. Spekulatives Niveau</li> </ol> </li> </ul>	<p>FG 33 (Fischer-Fels)</p> <p>(Harder)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>

<b>5</b>	<b>Update digitale Projekte</b> (nicht berichtet)	FG21
<b>6</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b> ! <b>Anpassung der Risikobewertung der Gesamtbevölkerung durch COVID-19 von hoch auf moderat?</b> ! Diskussion: o Zeitlichen Vorlauf bedenken o Unklar, ob nach den Festtagen Situation wieder anders ist o Aktuelle Risikobewertung bildet nicht ganz aktuelle Situation dar o Vorschlag an BMG reichen und in nächster Lage-AG diskutieren o <i>ToDo</i> : Risikobewertung überarbeiten (Entwurf)	FG36 (Haas)/Alle
<b>7</b>	<b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b> ! <b>Evidenzsynthese zum Effekt der SARS-CoV-2 Schutzimpfung auf Long COVID im Vergleich von Personen mit und ohne Grundimmunisierung</b> , Folien <a href="#">hier</a>	(FG25) Christina poethko-mueller
<b>8</b>	<b>Expertenbeirat</b> ( <i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i> )  Herr Wieler konnte nicht teilnehmen Auch im Expertenbeiräte über aktuelle Krankheitsrisiko durch COVID-19 gesprochen; hier wird auch wahrgenommen, dass andere Atemwegserkrankungen dominieren Thema: Immunität, wie lang hält Immunität an, Biomarker fehlt Weitere Themen: Long COVID, Tests, wie kann zukünftig das Krankheitsgeschehen noch erfasst werden, Diskussion zu PCR-Test und Antigentests, Ergebnisse noch offen Präsenzsitzung am 11.12. und 12.12. in Schwerin Zukunft des Expertenbeirates ebenfalls noch unklar	Leitung
<b>9</b>	<b>Kommunikation</b> <b>BZgA</b> (nicht berichtet) <b>Presse</b> (nicht berichtet) <b>P1</b>  ARE Wintertipps Flyer wurde in weitere Sprachen übersetzt, sind seit letzter Woche auf Webseite verfügbar	BZgA (Linda Seefeld)  Presse  P1



<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> keine	FG31
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Berichterstattung zwischen den Feiertagen 2022 Initiativbericht ans BMG erfolgt, dass zwischen Weihnachten und Neujahr Berichterstattung runtergefahren wird; Daten sind nicht aussagekräftig RKI möchte ebenfalls zwischen den Feiertagen Berichterstattung einstellen, Ressourcen schonen Rückmeldung vom BMG vertagt auf 16.12.22, abhängig von der epidemiologischen Lage zu dem Zeitpunkt, Entscheidung steht weiter aus Wurde den Ländern in AGI und Epi-Lag mitgeteilt, diese entscheiden dann selbst	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.12.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:57 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 22.06.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade /

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34
! Institutsleitung	!	FG35
○ Lothar H. Wieler		○ Klaus Stark
○ Lars Schaade		○ Hendrik Wilking
○ Esther-Maria Antão	!	FG36
○		○ Walter Haas
! Abt. 1		○ Silke Buda
○ Martin Mielke		○ Stefan Kröger
! Abt. 2	!	FG37
○ Michael Bosnjak		○ Muna Abu Sin
! Abt. 3		○ Julia Hermes
○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS1
! FG11	!	ZBS7
! FG12		○ Michaela Niebank
○ Annette Mankertz	!	MF2
! FG14	!	MF3
○ Melanie Brunke	!	MF4
! FG17		○ Janina Esins
! FG21	!	P1
○ Wolfgang Scheida		○ Christina Leuker
! FG23	!	P4
○ Robin Houben	!	Presse
! FG 24		○ Ronja Wenchel
○ Thomas Ziese		○ Susanne Glasmacher
○ Anke Christine Saß		
! FG25	!	ZIG
○ Christa Scheidt-Nave		○ Johanna Hanefeld
! FG31		○ Mikheil Popkhadze
○ Ute Rexroth	!	ZIG1
○ Claudia Siffczyk		○ Sarah Esquevin
! FG32	!	ZIG2
○ Michaela Diercke	!	ZIG4
! FG33	!	BZgA
○ Ole Wichmann		○ Nina Horstkötter







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Datenstand: WHO, 20.06.2022                      Abnahme Fälle in Afrika, Amerika, Asien                      Anstieg in Ozeanien                      Leichte Anstieg der Fallzahlen in Europa: Überall Zunahme                      BA.5, Info DK: BA.5 dominierende Variante                      Portugal: Datenstand 13.06: insgesamt leicht abnehmende 7TI                      und Stabilisierung, Azoren und Madeira Plateau bzw. leichte                      Zunahme, Krankenhaus- und ITS-Belegung: Anfang Juni                      Stabilisierung bzw. leichte Abnahme; 10% der Fälle                      hospitalisiert, stabil seit Jahresbeginn; Todesfälle: leichte                      Zunahme; BA.5 88% aller sequenzierten Fälle. Positivenanteil                      steigt weiter (Stand 23.05.2022: 50%), allerdings                      Teststrategie angepasst: Fokus auf Symptomatische</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      Altersverteilung: Anstieg in allen Altersgruppen zu                      beobachten; allerdings keine Verdopplung. Höchste Inzidenz                      in Altersgruppe 20-50                      27.454.225 Fälle insgesamt (+119.232), Todesfälle 140.462                      (+104), bisher kein Anstieg bei den Todesfällen zu beobachten                      7-Tage-Inzidenz: 488,7/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: mit vollständiger Impfung 63.329.221                      (76,2%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Seltsam abgeflacht; verändertes Testverhalten muss                      berücksichtigt werden                      Geografische Verteilung: der hohen Fallzahlen v.a. im                      Nordwesten. Östliche und südöstliche BL bisher nicht so stark                      betroffen.                      Testkapazität und Testungen                      (nicht berichtet)                      ARS-Daten: Folie <a href="#">hier</a>                      Berichts-Rhythmus angepasst an Testzahlerfassung (14-                      tägig). Aktive Ausbrüche befinden sich auf einem niedrigen                      Niveau, aber leichte Zunahme zu beobachten. Alten- und                      Pflegeheime: 119 (Vorwoche 94); Med. Einrichtungen: 45                      (wie in Vorwoche).                      VOC-Bericht und mol. Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)                      Datenstand 20.06.2022: Delta weggelassen, da seit KW20                      kein Nachweis mehr. BA.1 und BA.3 werden ebenfalls nicht                      mehr nachgewiesen. BA.2 44,1%, BA.5 49,7 %; BA.4 5,8%.                      BA.4 und BA.5: kein so starker Anstieg mehr, keine                      Verdopplung in Anteilen im Vergleich zur Vorwoche zu                      beobachten. Es kann momentan von einem BA.5-75%                      ausgegangen werden.</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG31</p> <p>FG37</p> <p>FG36</p>

	<p>Nachweis Rekombinanten: Anteil, der in der Stichprobe gefunden Rekombinanten wird jetzt im Wochenbericht ausgewiesen. Bisher keine an BA.5-Verstorbene übermittelt. Eine Person mit BA.4 verstorben.</p> <p>Exposition/Infektionsorte werden nur in geringem Umfang erfasst. Eintrag von außen (Amerika, Asien Afrika) gering, Hauptinfektionsort: Deutschland.</p> <p>Wachstum scheint sich leicht abzuschwächen.</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p><u>Grippeweb</u>: ARE Raten leicht gestiegen bzw. stabil. Deutlich über den vorpandemischen Werten. Der Wert (gesamt) lag in der 24. KW 2022 bei 5.300 ARE (Vorwoche: 5.000) pro 100.000 Einwohner; Entspricht einer Gesamtzahl von 4,4 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (23. KW: 4,2 Millionen); Altersgruppe 0-4 und 5-14-Jährige machen den höchsten Anteil aus. Erwachsene: eher stabil geblieben bzw. leicht gesunken.</p> <p><u>AGI, Arztkonsultationen</u>: Im Vergleich zur 23. KW 2022: Rückgang bei den 0- bis 4-Jährigen, 5- bis 14-Jährige stabil, Rückgang bei den Erwachsenen ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW; ca. 800.000 Arztbesuche wegen ARE in Deutschland.</p> <p>Werte deutlich höher als zeitgleich in vorpandemischen Saisons. Es kann ein sensitiveres Arztbesuchsverhalten angenommen werden. <u>ICSARI, SARI Inzidenz</u>: keine großen Veränderungen; übliches Sommerniveau.</p> <p>Anteil COVID an SARI und ITS: leichter Anstieg</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>Anstieg SARS-CoV2 Positivenrate (22%), nur 65 Proben eingesandt, entspricht ziemlich genau Anteil COVID-bestätigter Diagnosen an allen ARE Besuchen. Andere humane Coronaviren spielen kaum eine Rolle. H3N2 Nachweise: leichter Rückgang. Kaum RSV, HMPV-Nachweis. Rhino und Parainfluenza beide detektierbar, aber niedriges Niveau.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>Anstieg zu verzeichnen, 780 PatientInnen (672 Vorwoche); Neuaufnahmen: 705 in den letzten 7 Tagen (Vorwoche 541, vor 2 Wochen: 479). Verstorbenenanzahl seit Anfang Juni stabil, bisher keine deutliche Zu- oder Abnahme. Anstieg eher bei leichten Behandlungen zu beobachten, nicht bei invasiven. Zunahme Personalmangel: evtl. indirekt durch Infektionen bedingt. Altersverteilung: Belegung hauptsächlich durch Altersgruppe Ü60. Prognosen für die nächsten 10 Tage: keine starke Weiterentwicklung des Trends für Gesamtdeutschland, aber Anstieg im Osten und Süden vorhergesagt.</p> <p>ITS-Daten werden auch nächste Woche im KS vorgestellt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psychische Gesundheit: (nicht berichtet)</li> </ul> <p>Fragen/Diskussion: leicht höherer Hospitalisierungsanteil bei BA.5 gegenüber früheren Zeiten - könnte das daran liegen, dass</p>	<p>FG36</p> <p>FG36 (Buda)</p> <p>MF4</p>
--	--	---

	<p>eher die schwereren Fälle diagnostiziert werden? – Eventuell ja. Portugal 10%: hier wohl auch hauptsächlich schwere Fälle. Vergleich COVID-SARI I mit /THI: eher MIT als AUFGRUND VON COVID-19 hospitalisiert.</p> <p>Es kann hier nicht nach Virus-Varianten differenziert werden. Trotz Zunahme BA.4 und BA.5 wird momentan keine höhere Pathogenität beobachtet.</p> <p>Hier wieder sehr gut zu beobachten, dass wir Systeme brauchen, die weitestgehend unabhängig von Testverhalten agieren</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen und STIKO</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. STIKO und ZBS 7: Positionierung zum Einsatz monoklonaler AK zur Prophylaxe und PeP geplant.</li> <li>2. COVID-19 Impfung für Kleinkinder: im Rolling Review-Verfahren bei EMA, ob Spikevax und Comirnaty auf U5 Altersgruppe ausgedehnt wird.</li> <li>3. Monatsbericht Impfen/Impfeffektivität. Freigabe durch BMG steht aus. Problematik mit Impfdaten vor allem auf Probleme mit SORMAS zurückzuführen. Gemeinsam mit HZI auf Fehlersuche; seit 8 Wochen wird keine Imfeffektivität mehr ausgewiesen; viele Anfragen hierzu. Entscheidung zur Publikation kommt wohl nicht vor nächster Woche.</li> <li>4. Frage: Effektivität von Impfungen gegen BA.5? – bisher nur Wirksamkeitsvergleich zwischen BA.1 und BA.2 Studien zeigen, dass BA.1 und BA.2- Infizierte Ungeimpfte wesentlich schlechter vor BA.5 geschützt sind als Geimpfte.</li> <li>5. Modellierung: Wann kann mit ersten Modellierungen für den Herbst gerechnet werden? Neuer Mitarbeiter Michael Höhle beginnt zum 01.07. Modelle mit sehr vielen Unsicherheiten im Vergleich zum letzten Jahr behaftet: werden durch komplexes immunologisches Geschehen immer komplizierter und es kann hier kaum noch differenziert werden zwischen (mehrfach) geimpft und genesen. Vergleiche zum Vorjahr sehr unsicher (LSHTM). WHO diskutiert komplett neue Modelle. Daten neuer Impfstoffe müssen zudem mit eingehen. Anfang Sept z.B. bivalenter Impfstoff von Moderna erwartet (indirekter Effekt auf Transmission?). Modellierungen müssten zudem über COVID-19 hinausgehen und Influenza und RSV miteinschließen: es müsste eher ein ARE- anstatt COVID-Szenario modelliert werden.</li> </ol>	FG 33
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21

<p><b>5</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung BA.4 und 5 nicht erwähnt; neutral formulieren „aktuell zirkulierende Omikron Varianten“ anstatt Varianten direkt zu benennen.                  Textliche Anpassungen werden zirkuliert zur Kommentierung bis nächste Woche</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Papier über Lessons Learned in Planung, in Taskforce zirkuliert                  Herr Karagiannidis stellte am 21.06. im Auftrag des BKamt Vertretungen der Länder die Stellungnahme Herbst/Winter vor. Klinische Perspektive standen stark im Fokus.                  Unterschiedliche Systeme zur Einschätzung der Dynamik bestehen bereits, werden aber oft nicht wahrgenommen. Zur Kritik, es lägen keine Info zu Ausbrüchen in KH oder Pflegeeinrichtungen vor, wurde von Länderseite auf RKI-Berichte verwiesen und darauf, dass Meldungen stark von Belastung der Ämter abhängen.                  Vorschlag (Präs) den ExpertInnenrat ins Haus einzuladen (gemeinsam mit Beirat pandemische Atemwegsinfektionen): Darstellung unserer Arbeit und Systeme, um Verständnis im Expertenrat für existierende Systeme, Strukturen und Prozesse zu verbessern.                  Geschäftsordnung liegt vor, Vertretungen der einzelnen Mitglieder bei Nicht-Teilnahmen nicht vorgesehen. Externe Experten/innen dürfen eingeladen werden.</p>	<p>Leitung, AL3, FG36</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Merkblatt für Genesene: COVID-Impfung nach überstandener Infektion?</li> <li>- Neue Themenseite zu Infektion und Impfung in Vorbereitung (wann und wie oft sollten Genesene sich impfen lassen?)</li> <li>- Impfbuch für alle: <a href="http://www.dasimpfbuch.de">www.dasimpfbuch.de</a> wird zum 01.07 deaktiviert und in infektionsschutz.de integriert.</li> </ul> <p><b>Presse</b></p> <p>Keine Themen                  Botschaft COVID Wochenbericht: Aufgreifen der wichtigsten Sätze aus der Zusammenfassung: Aktuell leichte Abflachung des Anstiegs zu beobachten, aber Inf.druck durch Omikron weiterhin sehr hoch. Twitter-Meldung soll sich auf Zusammenfassung des Wochenberichts beziehen – wird durch Social Media Taskforce bearbeitet</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer Verhaltenstipps für den Sommer (<a href="#">hier</a>): Kommentare bis</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

	<p>24.06. DS erbeten. „Wenn's eng wird – Maske“: In Innenräumen generell sollte MNS getragen werden, egal wieviel Abstand. Praktische Beispiel: evtl. ergänzen und auf Menschen ausdehnen, die sich kennen (Familienfeiern, Aufenthaltsräume), Smartes Lüften: Arbeitsplatz einschließen. Testen? Nur bei Besuch/Treffen mit Risikogruppen, nicht allgemein empfehlen, weil man sonst wieder in 2G/3G Bereich kommt.</p> <p>Symptome: sehr unterschiedliche Wahrnehmungen, was Symptome sind. Hier sollte nochmal sensibilisiert werden</p>	
<b>8</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Soll eine eigene RKI-Strategie für den Herbst geschrieben werden? Dokumente wurden vom RKI vorbereitet, aber nicht vom BMG freigegeben. Jetzt liegt Stellungnahme des Expertenrats liegt vor, zu der RKI beigetragen hat. BMG legt mit Bezug zur Stellungnahme des Expertenrates eigenen 7-Punkte-Plan vor. Inhaltlich würde durch RKI-Papier nichts Entscheidendes hinzukommen, was von der Stellungnahme des Expertenrates oder BMG-Papier abweicht. Wenn es Abweichungen gäbe, wäre das kommunikativ schwierig auffangbar. Modellierungen als Datengrundlage schwierig. – Entscheidung: dagegen.</p>	Alle
<b>9</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><a href="#">Regelmäßiges Screenen auf SARS-CoV-2 in Einrichtungen.</a>                  Anfrage des BMG zur Bewertung der Notwendigkeit zum Screening SARS-CoV-2 und Influenza wie in Herbst/Winter Papier des Expertenrates vorgeschlagen?                  Regelmäßige SARS-COV-2 Testung sollte beibehalten werden. Bei symptomatischen Personen, und sobald die Grippe-Welle offiziell begonnen hat, ebenfalls auf Influenza testen.</p>	FG37
<b>10</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17 nicht berichtet</b></p> <p><b>ZBS1 nicht berichtet</b></p>	
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>Kleinere Anpassungen bei COVRIIN-Empfehlungen</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>13</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Initiative von BMG SARS-COV-2-Negativtests in IfSG wieder mit aufzunehmen (wurde im Nov 2020 gestrichen). Vorschlag RKI auch Influenza hier zu berücksichtigen.</p>	FG 31
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p>	FG31

	nicht berichtet	
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Hinweis an alle, dass im KS besprochene Informationen vertraulich behandelt werden müssen.	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  Keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 29.06.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:30 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 29.06.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade/ Annette Mankertz

**Teilnehmende:**

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
- ! Abt. 2
- ! Abt. 3
- ! FG11
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG31
  - Maria an der Heiden
  - Christian Wittke (Protokoll)
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- ! FG34
- ! FG35
  - Christina Frank
- ! FG36
  - Walter Haas
- Silke Buda
- Stefan Kröger
- Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
  - Julia Hermes
- ! ZBS1
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
  - Christian Herzog
- ! MF2
- ! MF3
- ! MF4
  - Janina Esins
- ! P1
  - Christina Leuker
- ! P4
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
- Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Romy Kerber
- ! ZIG2
- ! ZIG4
- ! BZgA





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Datenstand: WHO, 28.06.2022                      Globaler Anstieg (+17% i. Vgl. zur Vorwoche); Todesfallzahlen bleiben stabil                      Abnahme Fälle in Afrika, Ozeanien, Asien                      Anstieg in Amerika, Europa                      7-Tages-Inzidenz in Europa: Deutlich steigende Fallzahlen (+35%) bei zeitgleich sinkenden Todesfällen (-10%): Höchste 7-T-Inzidenzen in Portugal, Luxemburg, Griechenland, Österreich, Malta, Deutschland, Italien und Frankreich (absteigende Reihenfolge; alle bei einer 7-T- Inzidenz zwischen 500 – 750 pro. 100.000 Einw.)                      Virusvarianten weltweit &amp; BA.2.12.1/BA.5                      BA.1: &lt; 1%, BA.2: 36%, BA.2.12.1: 31% ! 17% (69 Länder), BA.4: 6% ! 9% (58 Länder), BA.5: 16% ! 25% (62 Länder)                      Länderfokus USA: BA.2.12.1 hat Peak in KW21 erreicht, sinkt seitdem und ist aktuell bei 42%; BA.5 steigt seit Ende April und ist aktuell bei 37%                      USA: Fall- und Todesfallzahlen seit Ende Mai stabil; Zunahme bei Hospitalisierungen &amp; IST-Belegung seit Mitte April</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      7-Tages-Inzidenz weiter leicht steigend                      28.048.190 Fälle insgesamt (+133.950), Todesfälle 141.022 (+175),                      7-Tage-Inzidenz: 646/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: mit vollständiger Impfung 63.342.616 (76,2%)                      SARS-CoV-2-Meldungen zuletzt stärker gestiegen als an das RKI übermittelte COVID-19-Fälle                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Differenz zwischen BL geht sehr stark auseinander: in SH + NI 7-T-Inzidenzen von bis zu 1.000 / 100.000 Einw. während östliche BL deutlich geringer.                      Geografische Verteilung: Deutliches Ost-West-Gefälle sowie Nord-Süd-Gefälle. Weiterhin am stärksten betroffen sind die nördlichen BL/LK.                      Am stärksten betroffene AG: 25-29-Jährige mit Inzidenzen von bis zu 1.000                      Am geringsten betroffene AG: 0-4-Jährige; jedoch Anstieg in allen AG                      Sterbefälle in vergangenen Wochen auf ähnlichem Niveau; mit Anstieg der Fallzahlen ist auch ein Anstieg hier zu erwarten                      Destatis Sterbefallzahlen zeigen aktuell keine Übersterblichkeit</p>	<p>ZIG1 (Kerber)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>

	<p>Testkapazität und Testungen: Folien <a href="#">hier</a>                  Deutliche Zunahme um 200.000 in KW25 (insgesamt 888.500 Testungen). Positivenanteil mit steigender Tendenz bei aktuell 50%. Positivenanteile und Anzahl getesteter Personen in allen Altersgruppen ansteigend.                  Anzahl der aktiven Ausbrüche nehmen sowohl in den medizinischen Einrichtungen zu als auch in den Alten- und Pflegeheimen. Bericht zu Impfquoten in Pflegeeinrichtungen (9.395 übermittelte Einrichtungen) (April 2022): Regionale Unterschiede, im Osten geringer als im Westen. Sowohl bei Bewohnenden als auch Beschäftigten.</p> <p>VOC-Bericht und mol. Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)                  Datenstand 27.06.2022: VOC-Anteile von Omikron. KW24: BA.1 &lt;0,1%, BA.2 26,6%, BA.3 0%, BA.4 7,4% BA.5 65,7% und BA.2.12.1 3,9% (passend zum internationalen Bild). BA.5 wurde in den letzten 2 Wochen zur dominierenden Sublinie. Nachweise der Rekombinanten mit stabilem Bild. Die Daten zu Anzahl und Anteilen der Rekombinanten aus der Stichprobe sind nun als Tabelle zum Download aufgeführt und werden im Berichtstext nicht separat aufgeführt.                  BA.5: 8191 Fälle in KW25, Hospitalisiert: 92 (1%), 4732(58%) NA, Verstorben: 1, Infektionsort: Afrika (2), Amerika (2), Asien (4)                  BA.4: 1232 Fälle in KW25, Hospitalisiert: 15(1%), 784(59%) NA, Verstorben: 1, Infektionsort: Afrika (2), Amerika (2)                  25.06.2022: 983.331 Vollgenomsequenzierungen                  CorSurV verlängert ab 01.07.2022: Einschränkung der Anlässe, Einschränkung der Vergütung (150€), Abstufung des Umfangs angepasst.</p> <p>Syndromische Surveillance (Folien <a href="#">hier</a>)  <u>Grippeweb</u>: ARE Raten leicht gestiegen bzw. stabil. Deutlich über den vorpandemischen Werten. Der Wert (gesamt) lag in der 25. KW 2022 bei 5.400 ARE (Vorwoche: 5.400) pro 100.000 Einwohner; Entspricht einer Gesamtzahl von 4,5 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (24. KW: 4,5 Millionen); Altersgruppe 35-59-Jährige besonders starker Anstieg (4,4% auf 5,1%); Rückgang bei Kindern (von 11,1 % auf 8,6%), bei Erwachsenen insgesamt gestiegen (von 4,5 % auf 4,9 %)  <u>AGL, Arztkonsultationen</u>: Im Vergleich zur 24. KW 2022: Anstieg in allen Altersgruppen                  ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW; ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland.                  Werte deutlich höher als zeitgleich in vorpandemischen Saisons. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: deutlich gestiegen (Anstieg: 30 %).                  Liegt in KW 25 insgesamt mit 1.442 (Vorwoche: 1.112) über dem Bereich der Vorjahre zur 25. KW, aber auch in allen AGs deutlich höher.  <u>ARE mit COVID-19 Konsultationen</u>:                  in KW 25/2022 sind die Werte in allen Altersgruppen unter 80 Jahre deutlich gestiegen, bei den ab 80-Jährigen stabil</p>	<p>FG37 (Abu Sin)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	--	---

	<p>geblieben                  seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre  <u>ICSARI, SARI Inzidenz</u>: keine großen Veränderungen;                  SARI-Fallzahlen in KW 25 weiter eher stabil auf Sommerniveau.                  SARI-ICU nach Anstieg in Vorwoche etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau.                  Anteil COVID-19 an SARI 36% (Vorwoche: 24%) seit Tiefpunkt in KW 22 (13%) wieder deutlich gestiegen; Anstieg betrifft alle Altersgruppen                  Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 35% (Vorwoche: 32%), ebenfalls starker Anstieg ab KW 24/2022                  Anteil Influenza in den letzten Wochen zwischen 1 – 2% (SARI) bzw. unter 1% (SARI-Intensiv)                  COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz: deutlicher Anstieg in KW 25/2022 insgesamt; starker Anstieg insbes. in AG unter 15 und ab 60 Jahre.                  Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 gleichermaßen deutlich (auch mit Intensivbehandlung)                  Anstieg Todesfälle in AG 80+ (KW 24, Nachmeldungen für KW 25 wahrscheinlich)  <u>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</u>                  Anstieg SARS-CoV2 Positivenrate (64%), zwischen 80-90 Proben eingesandt. Meiste Einsendungen aus Kinderarztpraxen. Mit 19,5% sind SARS-Cov-2 Viren dominant (steigende Tendenz zuletzt).                  Andere humane Coronaviren spielen kaum eine Rolle. H3N2 Plateau auf einem Niveau von 8%. Nachweise: leichter Anstieg bei Parainfluenza-Viren (PIV), nur wenige HRV, HMPV-Nachweis. Kein RSV.                  Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien <a href="#">hier</a>)                  Anstieg zu verzeichnen, 980 PatientInnen (780 Vorwoche); Neuaufnahmen: 905 in den letzten 7 Tagen (Vorwoche 705).                  Inzwischen ist auch ein leichter Anstieg der verstorbenen ITS-PatientInnen zu verzeichnen. Anstieg des Anteils der COVID-19-Patient*innen ist relativ gleichmäßig über Deutschland verteilt. Inzwischen auch ein Anstieg bei Patient*innen mit schwerer Behandlung und invasiver Beatmung. Mit dem Anstieg der COVID-19 Zahlen steigt auch die Auslastung/Belastung sowie der Personalmangel. In den absoluten Zahlen wird der Anstieg durch die älteren Patient*innen (60+) vorangetrieben. 77% der aktuellen IST-Belegung sind Person mit 60+ Jahren. Der größte Zuwachs ist aktuell bei Personen im Alter 80+ zu verzeichnen. Die Prognosen sagen allgemeine einen Zuwachs der IST-Belegung im Kleeblatt Ost voraus.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Psychische Gesundheit:                      (nicht berichtet)</li> </ul> <p><b>Diskussion</b>                  Zunahme der Hospitalisierungen im Ost-Kleeblatt bei</p>	<p>FG17                  (Dürrwald)</p> <p>MF4                  (Esins)</p> <p>Alle</p>
--	---	---

	<p>zeitgleich geringeren Inzidenzen. Systematische Untererfassung?                  Systematische Verzerrungen nicht unwahrscheinlich                  Grenznahe Regionen im Osten zum Westen eher ähnlich                  die ARS-Zahlen scheinen auf geringere Testzahlen im Osten hinzuweisen, Thüringen z.B. hat deutlich höhere Positivrate                  Führt BA.5 zu einer erhöhten Anzahl von schweren Verläufen oder geht das mit der erhöhten Fallanzahl einher?                  Es wird zu einem großen Teil mit der Zunahme an Fällen begründet. Weiteres ist nicht bekannt.</p>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen und STIKO</b></p> <p>Treffen mit Moderna heute                  Vorstellung aktueller Daten zum Variantenimpfstoff                  Treffen mit BMG heute zu Impfdurchbruchdaten                  Geplante Publikation in einem Monatsbericht                  Treffen mit STIKO morgen                  Unter Einbezug von BMG, PEI                  Planung weiteres Vorgehen Themen bzgl. Zulassung Impfstoff                  Kinder im Alter von 6 Monaten bis 5 Jahren, Empfehlung Impfstoff 4. Dosis</p>	<p>FG 33                  (Wichmann)</p>
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>CWA Update heute 18 Uhr mit vorerst letzter Version 2.24                  Corona WarnApp wird fortgeführt bis Mai 2023</p>	<p>FG21                  (Scheida)</p>
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aktuelle Version zirkuliert <a href="#">hier</a>                  Änderungsvorschlag: Spezifische Omikronvarianten streichen                  Generische Formulierung erwünscht                  Redaktionelle Anpassungen</p>	<p>FG31                  (an der Heiden)</p>
<b>6</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>

7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Keine Themen</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Keine Themen</p> <p><b>P1</b></p> <p>Sommerflyer wurde über den Verteiler verschickt                  Kleinere Anpassungen, Anmerkungen bitte bis heute Abend                  Veröffentlichung morgen</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1 (Leuker)</p>
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>IfSG Entwurf                  Hinweis auf Möglichkeit der Kommentierung                  Sehr umfangreiche Änderungen, gehen weit über COVID-19                  hinaus                  RKI soll auch Bettenbelegung erfassen                  Krankenhäuser sollen bis Herbst verpflichtet werden, alle                  Hospitalisierungsmeldungen über DEMIS abzusetzen</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>
9	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG37</p>
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p>! Änderung TestVO <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Neuentwurf für die Coronavirus-Testverordnung sieht vor, dass die Bürgertests weitergeführt werden</li> </ul>	<p>FG36</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG14</p>

<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  Anweisung des BMG positive Antigen-Nachweise mit in Lageberichterstattung auszuwerten Erfüllen bei uns nicht die Referenzdefinition Konzept wird aktuell entwickelt Uns übermittelte Daten diesbezüglich sind unvollständig, lückenhaft und dementsprechend wenig aussagekräftig Bitte in die Berichterstattung die Anzahl der Antigentests übermittelnden GÄ mit erwähnen	FG 32 (Diercke)
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG31
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Erinnerung an RKI interne Befragung zum Lagemanagement Derzeit läuft eine hausinterne Befragung zum COVID-Lagemanagement. Bitte um Teilnahme und Weiterverbreitung im Team sowie unter Kolleg*innen Dauer etwa 10 – 15 Minuten Teilnahme noch bis 06.07.2022 möglich. Abrufbar unter folgenden Link: <a href="https://befragungen.rki.local/SE/1/Lagezentrum/">https://befragungen.rki.local/SE/1/Lagezentrum/</a>	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  Keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 06.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:30 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 13.07.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG35	
!	Institutsleitung	○ Christina Frank	
	○ Lars Schaade	!	FG36
	○ Esther-Maria Antao	○ Silke Buda	
!	Abt.2	○ Stefan Kröger	
	○ Michael Bosnjak	!	Presse
!	FG14	○ Susanne Glasmacher	
	○ Melanie Brunke	○ Ronja Wenchel	
!	FG17	○ Marieke Degen	
	○ Ralf Dürrwald		
!	FG21	!	P1
	○ Patrick Schmich	○ Christina Leuker	
	○ Wolfgang Scheida		
!	FG25	!	MFI
	○ Christa Scheidt-Nave	○ Martina Fischer	
	○ Maria Silva de Almeida		
!	FG31	!	ZBS7
	○ Maria an der Heiden	○ Agata Mikolajewska	
	○ Amrei Wolter (Protokoll)		
	○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
!	FG32	○ Sofie Gillesberg Raiser	
	○ Claudia Sievers	!	BZgA
		○ Andrea Rückle	
!	FG33		
	○ Thomas Harder		





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Weltweit, Datenstand: WHO, 12.07.2022, Folien <a href="#">hier</a>                      Mit Ausnahme von Afrika auf allen Kontinenten steigende Fallzahlen                      Europa berichtet die meisten Fälle (etwa 50%)                      Kleiner Rückgang der Todesfälle, die meisten gemeldeten Todesfälle aus Amerika                      Karte mit 7-Tage-Inzidenz:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 12 Länder mit &gt;40% Anstieg der Fallzahlen im Vergleich zur Vorwoche (Estland, Kosovo, Rumänien, Polen, Nordmazedonien, Montenegro, Serbien, Ungarn, Bulgarien, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Slowenien)</li> <li>2. 11 Länder mit Inzidenzen über 500/100.000 Einwohnern (Zypern, Frankreich, Italien, San Marino, Griechenland, Monaco, Luxemburg, Österreich, Malta, Deutschland, Andorra), davon nur Zypern, Italien und Andorra die gleichzeitig Fallveränderung &gt;20% haben</li> <li>3. Inzidenzen gehen in Portugal, England und Norwegen zurück</li> <li>4. BA.5 Dominanz in den meisten EU Ländern in KW23</li> <li>5. BA.5 Welle: sinkende Fallzahlen ab ca. KW28 erwartet</li> </ol> <p>Andere Berichte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Berechnungen aus Dänemark: Hybridimmunität (Omikron + Impfung) schützt besser als Impfung allein. Vergleich von Personen, die eine SARS-CoV-2 Infektion durchgemacht haben während Omikron dominant war mit Personen, die in der gleichen Periode keine bestätigte SARS-CoV-2 Infektion hatten mit einer Odds Ratio von 0,075</li> <li>7. Vorläufige Analysen deuten darauf hin, dass sich der Impfstatus der mit BA.4 und BA.5 infizierten Fälle nicht signifikant von dem der mit BA.2 infizierten Fälle unterscheidet, was darauf schließen lässt, dass der durch die Impfstoffe gewährte Schutz wahrscheinlich mit dem zuvor beobachteten vergleichbar ist.</li> <li>8. Länderfokus Indien: Omikron Subvariante 2.7.5 erstmals in Indien sequenziert (KW21), Verlauf in Indien seit 10.02.22, Fallzahlen steigen wieder an. BA.2 und BA.5 wurden in Indien sequenziert. Bisher liegen noch keine Sequenzen aus dem Juli vor, letzte Sequenzen aus dem Juni. Dort lagen 4.000 Sequenzen vor, 155 hiervon waren BA.2.7.5. Verteilung in 13 Regionen. 13.-27.6 war BA.2 dominant (78%), gefolgt von BA.5 (20%).</li> </ol> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: 29.308.100 (+127.611), davon 142.139</p>	<p>ZIG1                      (Gillesberg-Raiser)</p>

	<p>(+104) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 691,8/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.714.929 (77,8%),                  mit vollständiger Impfung 51.338.510 (61,7%)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  9. Effekt Kieler Woche mit hohen Fallzahlen in SH hat sich                  aufgelöst, Abnahme der Inzidenzen                  10. In allen Bundesländern stabile Entwicklung/Plateau Phase                  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis                  11. Ein Landkreis mit Inzidenz über 2.000                  12. Abnahme in SH                  Heatmaps                  13. Plateau, keine große Änderung zur Vorwoche                  14. Höchste Inzidenz bei jungen Erwachsenen (25-29-Jährige)                  COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum                  15. Plateau, keine Zuwächse                  Wöchentliche Sterbefallzahlen                  16. Starke Übersterblichkeit auf starke Hitze im Juni                  zurückzuführen, nicht auf COVID-19</p> <p><i>Diskussion</i>                  Niedersachsen hat aufgrund technischer Probleme zu wenig                  Fälle gemeldet (18.000 erwartet, 6.000 gemeldet). NS hat sich                  an Pressestelle RKI gewendet. NS hat PM abgegeben,                  technisches Problem wurde gelöst.</p> <p>VOC-Bericht                  17. BA.5 Anteil vergrößert sich auf 83%                  18. Andere Varianten nicht mehr nachgewiesen oder                  rückläufig                  19. Stagnation von BA.2.12.1 und BA.4                  20. BE.1 und BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5                  21. Aufgrund der hohen Anzahl an Sublinien werden Grafiken                  nun anders aufbereitet. Einführung von zwei Graphiken.                  Erste stellt eine grobe Übersicht über VOC dar                  (Obervarianten), genauere Darstellung in zweiter Grafik.                  Hier werden die aktuell dominierenden Varianten                  diversifiziert in Sublinien dargestellt                  22. Neue Linie BA.2.75 zunächst in Indien nachgewiesen. 5                  Sequenzen, davon 3 in Stichprobe. Probenentnahme fand                  Anfang Juni statt. Aufgrund geringen                  Sequenzierungsumfangs und starker Verbreitung in                  verschiedenen Regionen, wird vermutet, dass es sich um                  eine Untererfassung handelt. Fälle verbreiten sich über                  Bundesländer, keine Reiseanamnese/Zusammenhang                  erkennbar                  23. Keine Hospitalisierung der Fälle</p> <p>Syndromische Surveillance                  GrippeWeb                  Der Wert (gesamt) lag in der 27. KW 2022 bei 6.000 ARE                  (Vorwoche: 5.300) pro 100.000 Einwohner.                  Entspricht einer Gesamtzahl von 5,0 Mio. ARE in</p>	<p>FG32                  (Sievers)</p> <p>FG36                  (Kröger)</p>
--	--	--

	<p>Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (26. KW: ca. 4,4 Millionen).</p> <p>24. ARE gesamt: steigend 6 % (Vorwoche: 5,3 %); Vorwochenwert ist um 0,1 Prozentpunkte „gestiegen“</p> <p>25. Trend: kein Rückgang zu erkennen, nach stabiler Phase ansteigend</p> <p>26. Anstieg bei Kindern (von 10,5 % auf 12,1 %), bei Erwachsenen: 5,0 % (Vorwoche: 4,5 %)</p> <p>27. ILI gesamt: minimal gesunken (von 2,1 auf 1,9 %); (Wochenvorwert: 2,0 %);</p> <p>28. Rückgang bei den Kindern (bei Erwachsenen stabil)          ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>29. In der 27. KW wurden bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche; aber: es gab für die Vorwoche noch eine Reihe von Nachmeldungen, sodass der Trend eher stabil ist</p> <p>30. Ca. 1.500 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</p> <p>31. 27. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</p> <p>32. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: stabil, Liegt in KW 27 insgesamt mit 1.503 (Vorwoche: 1.554) minimal höher als in 26. KW          ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>33. seit KW 22/2022 wird insgesamt wieder ein Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet, KW 27/2022 weitestgehend stabil im Vergleich zur Vorwoche          SEED-ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppe bis zur 27. KW 2022</p> <p>34. in KW 27/2022 sind die Werte in den Altersgruppen der 5- bis 59-Jährigen im Vergleich zur Vorwoche weitestgehend stabil geblieben, in den anderen Altersgruppen gesunken</p> <p>35. seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre          ICOSARI</p> <p>36. SARI-Fallzahlen in KW 27 weiter eher stabil auf Sommerniveau</p> <p>37. SARI-ICU seit KW 24 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau</p> <p>38. Anteil COVID-19 an SARI ist in den letzten Wochen angestiegen, KW 27: 41 % (Vorwoche: 39 %)</p> <p>39. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 47 % (Vorwoche: 29 %), Anstieg im Vgl. zur Vorwoche          Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>40. 3,7 COVID-SARI pro 100.000</p> <p>41. Entspricht ca. 2.600 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D.          Entwicklung COVID-SARI 17. KW bis 27. KW 2022</p> <p>42. Seit KW 22 verzeichneter Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in den Altersgruppen 60-79 und 80 hat sich abgeschwächt</p> <p>43. Anstieg Todesfälle in KW 24/25 in AG 80+ hat sich aktuell</p>	<p>FG36          (Buda)</p>
--	--	---------------------------------

	<p>nicht fortgesetzt</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>44. SARS-CoV-2 auf 26% angestiegen (5.höchster Wert im Sentinel), auffällig.</p> <p>45. Kein Nachweis von endemischen Corona Viren</p> <p>46. Alle AG betroffen, ältere AG nach wie vor am stärksten</p> <p>47. Influenza Viren H3N2 rückläufig (4% Positivenrate)</p> <p>48. Andere respiratorische Viren: PIV hohes Niveau (20%), gefolgt von Rhinoviren (14%), kein Nachweis von RSV</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <p>DIVI-Intensivregister</p> <p>49. Mit Stand 136.07.2022 werden 1.232 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>50. Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung</p> <p>51. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.122 in den letzten 7 Tagen</p> <p>52. Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen</p> <p>53. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Der Anstieg der COVID-19-Patient:innen an den Betten liegt aktuell zwischen 3,5% und 7%</li> <li>2. In Bremen liegt der Anteil aktuell um die 12%, in Hamburg um die 9%</li> <li>3. SH Rückgang auf Plateau</li> <li>4. NRW ist mit 3% auf 6% verhältnismäßig stark angestiegen</li> </ol> <p>54. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anteil, die eine invasive Beatmung benötigen steigen an</li> <li>2. 33% mit invasiver Beatmung</li> <li>3. 43% unbekannte Behandlung, möglicherweise keine respiratorische Beatmung</li> <li>4. Bei allen Behandlungsgruppen (außer ECMO) ist ein Anstieg zu verzeichnen. Absolut steigen die Zahlen der verschiedenen Behandlungsgruppen, prozentual zeigt sich nun insgesamt ein Trend, dass vor allem die leichten Behandlungen anteilig zunehmen und die schweren Behandlungen anteilig abnehmen</li> <li>5. Der Zuwachs der Fallzahlen wird durch leichtere Behandlungs-Ebenen gesteuert</li> </ol> <p>55. Einschätzung Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belastung und Personalmangel steigt, 60% der MB melden ganze oder teilweise Einschränkung der Betriebssituation</li> <li>2. Personalmangel wird von 50% der Intensivstationen gemeldet</li> </ol> <p>56. Altersgruppen Entwicklung</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anstieg in absoluten Zahlen wird von 60+ getrieben</li> <li>2. Anteil der 60+ hat sich bei 75% eingependelt</li> </ol> <p>57. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MFI (Fischer)</p>
--	---	---

	<p>Patient*innen Die Prognosen sagen einen Zuwachs der ITS-Belegung in allen BL voraus.</p> <p><i>Projekt-Vorstellung</i> Long-Covid-Aktivitäten am RKI-Überblick</p> <ul style="list-style-type: none"><li>! Long COVID als Public Health Problem<ul style="list-style-type: none"><li>○ Sommer 2020: Erste Berichte in sozialen Medien zu „Long COVID“, zunehmend im Fokus von Wissenschaft und Politik</li><li>○ Frühjahr 2021: Initiativbericht und Etablierung einer Arbeitsgruppe zu Long COVID am RKI</li><li>○ Mai 2021: erste Inhalte zu Langzeitfolgen im SARS-CoV-2/COVID-19-Steckbrief, FAQs</li><li>○ Juni-Dezember 2021: Interministerielle Arbeitsgruppe Long COVID (IMA) unter Vorsitz des BMG</li><li>○ Dezember 2021: Projekt „Post-COVID-19“ BMG</li></ul></li><li>! Epidemiologie und Public Health zu Long COVID<ul style="list-style-type: none"><li>○ Regelmäßige Aktualisierung der wissenschaftlichen Evidenz, Literaturrecherche</li><li>○ Systematische Evidenzsynthesen zu Long COVID</li><li>○ Systematisches Review: schützt SARS-CoV-2 Schutzimpfung vor Long-COVID? (Zeitraum März-November 2022)</li></ul></li><li>! Primärdatenerhebung: Seroepidemiologische Studien<ul style="list-style-type: none"><li>○ CoMoLo-Follow-up und CoMoBu-Welle 2, Ergänzung von Befragungen für die Long Covid Forschung zu mittel- und langfristigen gesundheitlichen Folgen der Pandemie im Vergleich von Erwachsenen mit und ohne SARS-CoV-2-Infektion</li></ul></li><li>! Projekt: „Post-COVID-19“<ul style="list-style-type: none"><li>○ Dez.2021-Dez.2023, Analyse von Versorgungsdaten, Befragung Haus- und Kinderärzteschaft zu Long-COVID, Ausbau der Zusammenarbeit zwischen RKI und Partnern in Public Health und Gesundheitsversorgung, Selbsthilfeorganisation</li></ul></li></ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Akute Infektionslage<ul style="list-style-type: none"><li>○ Aus syndromischer Surveillance entsteht der Eindruck, dass die momentane Aktivität der Infektion/Verbreitung in der Bevölkerung ihren Höhepunkt erreicht hat. Wann zeichnet sich Rückgang ab? Es dauert, bis es bei sich Trend bei Älteren abzeichnet, kann dies an Hospitalisierung und tatsächlichen Todesfällen festgemacht werden?</li><li>○ Fallzahlen befinden sich derzeit auf einem Plateau. Zahlen auf Intensivstation und Hospitalisierung im Meldesystem verzeichnen noch Zunahmen. Daher kein Signal der Entspannung geben, sondern gleichbleibendes Niveau kommunizieren</li><li>○ Nach wie vor ist es eine Übertragung auf hohem</li></ul></li></ul>	<p>FG25 (Scheidt-Nave)</p>
--	---	--------------------------------

	<p>Niveau. Seitwärtsbewegung reicht nicht aus, um eine Lage zu entspannen. Tenor für Wochenbericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Syndromische Surveillance soll in den Vordergrund (und vor Inzidenz) gestellt werden. Gut angekommen im letzten Wochenbericht.</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Veröffentlichung des Monatsberichtes letzte Woche                  Bearbeitung von Pressearbeit im Nachgang, keine große Reflektion in Presse, Bericht wurde von dpa aufgenommen. Presseanfrage der WELT mit 26 Fragen, bereits beantwortet, wurde bisher noch nicht publiziert                  Vorbereitung STIKO Treffen nächste Woche. Themen:                  ECDC Verlautbarung zweiter Booster                  Tendenz, ob STIKO ab 60 Jahren empfiehlt noch unklar                  Hr. Mertens am Montag im Gespräch mit Minister                  Voraussichtlich keine 4. Impfung für alle, eher Präzisierung der Risikogruppe</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Soll 2. Booster mit angepasstem oder allgemeinem Impfstoff durchgeführt werden?</li> <li>! Ob 2. Booster mit angepasstem oder allgemeinem Impfstoff durchgeführt werden soll, wird im STIKO Treffen nächste Woche besprochen</li> <li>! Angepasste Impfstoffe werden vermutlich September/Okttober geliefert. Begrenzte Datenlage zum Nutzen der angepassten Impfstoffe beruht auf immunologischen Bridging Überlegungen. ECDC Verlautbarung wird so verstanden, dass nicht auf angepasste Impfstoffe gewartet werden soll</li> <li>! Frage nach Zeitpunkt/Wirksamkeit: bei anderen Impfstoffen werden Variationen nicht in großen Studien untersucht. Intensiver Teil der Diskussion ist das Risiko der Einschränkung der Immunantwort, wenn immer wieder mit dem gleichen Impfstoff geboostert wird</li> <li>! Frage zu anderen gebildeten Antikörpern: hierzu gibt es erste Daten von Moderna, werden in STIKO-Treffen nächste Woche vorgestellt. Erste Laborstudien (Klonalitätsfrage) werden dort ebenso diskutiert.</li> </ul>	<p>FG 33 (Harder)</p>
<b>3</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Verhandlungen/Prüfungen, wie lang CWA über den 31.12 hinaus noch aktiv sein kann (finanziell/rechtlich)                  Handlungsempfehlungen in CWA aktualisiert                  Bewertung beim BMG angesiedelt</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
<b>4</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Kein Aktualisierungsbedarf</p>	<p>FG31 (an der Heiden)</p>



	<p>Kontaktpersonen zu verschärfen?“                  Ist eine Empfehlung des Bundes, wird zu gegebenem Zeitpunkt aktualisiert. Mit Blick auf Herbst Absonderungsempfehlungen so lassen. Kein aktives eigenständiges Anfassens derzeit                  Umgang mit „Erlassen“ von Consulting Firmen, hier Scholz&amp;Friends                  Vermehrt Abstimmungsbegehren von Scholz&amp;Friends (vom BMG beauftragte Agentur für Informationskampagnen)                  Gespräch mit BMG und Bitte um Abbestellung der Antragsstellungen durch Firmen                  Rücksprache mit Herrn Kautz; läuft normalerweise über Steuerungsgruppe Impfkampagne, diese sind urlaubsbedingt nicht zu erreichen, da sie einen neuen Adressaten benötigen, ging es an die Koordinierungsstelle                  Bitte vom BMG ans RKI, sich bezüglich der Aufgabenübernahme zu organisieren                  Beantwortung erforderte enorme Ressourcen                  Erneutes Vortragen durch VPräs in Jour Fixe, bis dahin Bitte um weitere Bearbeitung</p>	
<b>8</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Zwischenbericht                  Übersendung der Entwurfsfassung an wissenschaftlichen Beirat am Freitag, 15.07.22                  Bericht geht an Abteilungsleitungen für Rückmeldung, Frist bis 01.08.</p>	<p>FG31                  (an der Heiden)</p>
<b>9</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.07.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:47 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 20.07.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Walter Haas**

### Teilnehmende:

- |                             |                       |                      |                    |
|-----------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| ! FG12                      | ○ Annette Mankertz    | ○ Silke Buda         | ○ Stefan Kröger    |
| ! FG14                      | ○ Mardjan Arvand      | ! FG37               | ○ Tim Eckmanns     |
| ! FG17                      | ○ Ralf Dürrwald       | ! ZBS7               | ○ Christian Herzog |
| ○ Susanne Duwe              |                       | ○ Agata Mikolajewska |                    |
| ! FG21                      | ○ Wolfgang Scheida    | ! MF4                | ○ Martina Fischer  |
| ! FG31                      | ○ Maria an der Heiden | ! P1                 | ○ Ines Lein        |
| ○ Ulrike Grote              |                       | ! Presse             | ○ Ronja Wenchel    |
| ○ Robert Caglar (Protokoll) |                       |                      |                    |
| ! FG32                      | ○ Claudia Sievers     | ! ZIG1               | ○ Romy Kerber      |
| ! FG33                      | ○ Thomas Harder       | ! BZgA               | ○ Andrea Rückle    |
| ! FG34                      | ○ C. Frank            |                      |                    |
| ! FG36                      | ○ Walter Haas         |                      |                    |







	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Weiterhin Abnahme der Fallzahlen in SH. Starker Rückgang in HH. Gesamtdeutsche Inzidenz im Seitwärtsverlauf auf hohem Niveau bei knapp unter 800</li><li>○ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis:<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Derzeit drei Landkreise mit Inzidenz über 2.000 (Vorwoche: 1)</li></ul></li><li>○ ARS-Daten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl der Testungen unverändert trotz des neues Selbstkostenanteils von €3.</li><li>▪ Zahl der positiven Tests leicht steigend</li></ul></li><li>○ VOC-Bericht<ul style="list-style-type: none"><li>▪ BA.5 Anteil vergrößert sich auf 86,5%</li><li>▪ Andere Varianten rückläufig oder nicht mehr nachgewiesen</li><li>▪ Stagnation von BA.2.12.1</li></ul></li> <li><i>Diskussion</i></li><li>○ <i>Frage ob die gegenwärtige Seitwärtsentwicklung der Zahlen in seinem Verlauf einem Plateau oder einem Anstieg entspricht wurde mit einem stabilen Stand auf allerdings sehr hohem Niveau beantwortet und sollte nicht als Entwarnung interpretiert werden.</i></li> <li>○ <i>Ebenfalls angesprochen wurde der weiterhin stark sinkende Verlauf in SH, welche auf den inzwischen stattgefundenen Genesungsprozess der Besucher der Kieler-Woche zurückzuführen ist (Drei Mio. Besucher bei sonst 300.000 Einwohnern).</i></li> <li>○ Syndromische Surveillance</li><li>○ GrippeWeb<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Der Gesamtwert in KW 28 lag bei 5.500 ARE (Vorwoche 5.800) pro 100.000 Einwohner. Entspricht einer Gesamtzahl von 4.6 Mio ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (27. KW: ca. 4,8 Mio.).</li><li>▪ Rückgang des Vorwochenwerts um 0,2%P; Trend leicht steigend bis stabil</li><li>▪ Aktuell (5,5%) deutlich höher als in den Jahren 2006-2019</li></ul></li><li>○ Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Am meisten nachgewiesene</li><li>▪ Generell im Sentinel rückläufige Zahlen, da eingesandte Probenzahl aufgrund von vermehrtem Urlaubsgeschehen der Ärzt*innen zurückgeht</li><li>▪ SARS-CoV-2 bei 21% von eingesandten Proben</li><li>▪ RSV nach langer Zeit wieder ansteigend</li><li>▪ Influenza Viren H3N2 rückläufig (3% Positivenrate)</li></ul></li><li>○ Zahlen zum DIVI-Intensivregister<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Stand 20.07.2022 werden 1.330 COVID-19</li></ul></li></ul>	
--	---	--

	<p>Patient*innen auf Intensivstationen behandelt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COVID-ITS-Belegung weiterhin steigend</li> <li>▪ 1.324 ITS-COVID-Neuaufnahmen in den letzten sieben Tagen (Vorwoche: 1.122)</li> <li>▪ In allen BL (Ausnahme: Hamburg) steigt der Anteil der COVID-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten! Besonders in Berlin, Rheinland-Pfalz und dem Saarland</li> <li>▪ Todesfälle mit positivem Test steigen an. Zahlen korrelieren mit Altersgruppen</li> <li>▪ Fälle mit respiratorischem Unterstützungsbedarf steigen zuletzt wieder an. ECMO-Behandlungen weiter rückläufig! Zunahme leichter Behandlungsebenen; Rückgang schwerer Behandlungsmaßnahmen</li> <li>▪ Steigende Fallzahlen führen zu einer zunehmenden Einschränkung (fast 60% teilweise oder vollständig) des Regelbetriebs von Meldebereichen! Ursächlich hauptsächlich Personalmangel</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute Diskussion: 4. Impfung ab 60 statt 70?                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Niedriger als 60 derzeit unwahrscheinlich</li> <li>▪ 4. Impfung derzeit noch unter 40%</li> </ul> </li> <li>○ Impfmeldepflicht Altenheime                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 17 Berichte vom RKI über das BMG an die Gesundheitsminister der BL weitergeleitet. Gelten im Grunde ab morgen als veröffentlicht. An die AGI durch die Koordinierungsstelle schicken.</li> <li>▪ Pressestelle wendet sich an BMG bzgl. Textvorschlag für Ankündigung der 17 Berichte</li> </ul> </li> </ul>	FG 33
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nächste Woche kommt CWA Version 2.25</li> <li>▪ BMG arbeitet an Projekt zur Hotline</li> </ul>	FG21
<b>5</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aktuell kein Handlungsbedarf; wird in einer der kommenden Sitzungen nochmal besprochen</p>	Abt. 3

6	<p><b>Expertenbeirat</b>                  (nicht berichtet)</p>	
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b>                  ! Heute fand ein Hintergrundgespräch zur CoMoBu-Studie statt, es waren sieben Journalisten anwesend, das Gespräch ist gut verlaufen. Morgen wird zum Thema eine Pressemitteilung verschickt und ein Factsheet mit den ersten Ergebnissen online gestellt.</p> <p><b>P1</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
8	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
9	<p><b>Dokumente</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
10	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>ZBS1</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>

<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> (nicht berichtet)	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b> (nicht berichtet)	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> (nicht berichtet)	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b> (nicht berichtet)  ToDo: Weiterhin massive Probleme die Schichten zu besetzen – Bitte bereits eingearbeitete Freiwillige vor und auch Abteilungsübergreifend aktiv nachfragen. In 2 Wochen sieht es sehr schlecht aus und unter derzeitigen Voraussetzungen lassen sich neue Kräfte nur schlecht einarbeiten!	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>Wissenschaftlicher Beirat, 20. + 21.07.2022</b><ul style="list-style-type: none"><li>▪ Vorstellung COVID-19 Zwischenbericht, Vorstellung COVID-19 – Perspektive auf Herbst und Winter</li></ul></li></ul>	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: <b>Mittwoch, 27.07.2022, 11:00</b> Uhr, via Webex	

Ende: **12:16 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 27.07.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Ute Rexroth

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG35	
!	Institutsleitung	○ Christina Frank	
○	Lothar Wieler	!	FG36
○	Esther-Maria Antao	○	Stefan Kröger
!	Abt. 1	○	Kristin Tolksdorf
○	Martin Mielke	○	Udo Buchholz
!	Abt.2	!	FG37
○	Michael Bosnjak	○	Tim Eckmanns
!	FG14	!	Presse
○	Melanie Brunke	○	Ronja Wenchel
!	FG17	!	P1
○	Susanne Duwe	○	Ines Lein
!	FG21	!	MF4
○	Wolfgang Scheida	○	Janina Esins
!	FG26	!	ZBS7
○	Lena Walther	○	Agata Mikolajewska
!	FG31	○	Christian Herzog
○	Ute Rexroth	!	ZIG1
○	Ulrike Grote	○	Sarah Esquevin
○	Christian Wittke (Protokoll)	!	BZgA
○	Juliane Seidel	○	Oliver Ommen
!	FG32		
○	Claudia Sievers		
○	Justus Benzler		
!	FG33		
○	Ole Wichmann		









	<p>Hospitalisierten ab 60+.</p> <p>Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p> <p>8. Leichter Rückgang in nahezu allen BL; Peak scheint erreicht</p> <p>Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis</p> <p>9. Ein Landkreis mit Inzidenz über 2.000</p> <p>10. Anzahl der LK mit höheren Inzidenzen ist abnehmend</p> <p>11. Leichter Rückgang im Westen</p> <p>Heatmaps</p> <p>12. In der Gruppe der Hochaltrigen (80+) leichte zunehmende Inzidenz</p> <p>13. Leichter Rückgang in allen anderen AG</p> <p>COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum</p> <p>14. Todesfälle nehmen leicht zu</p> <p>15. Mit Nachmeldungen ist zu rechnen</p> <p>Wöchentliche Sterbefallzahlen</p> <p>16. Leichte Zunahme der Übersterblichkeit ggf. auf Hitzetage zurückzuführen</p> <p>Meldung von Antigentests</p> <p>17. Anhand der Meldungen von Antigentests keine Auswirkungen in Zusammenhang mit Änderung der Teststrategie erkennbar</p> <p>18. Anteil der COVID-Fälle mit Antigennachweis geht bereits seit KW21 zurück und nicht erst seit der Umstellung der Teststrategie</p> <p>Anzahl DEMIS Meldungen aus Testzentren</p> <p>19. Meldungen aus Testzentren zeigen ebenfalls keine Veränderungen im Zusammenhang mit Änderung der Teststrategie</p> <p>○ Testzahlerfassung Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anzahl der durchgeführten Tests sinkend im Vergleich zur Vorwoche (aufgrund der Ferienzeit)</li><li>▪ Positivenanteil bei 55% (steigende Entwicklung)</li><li>▪ Kein nennenswerter Unterschied zwischen den BL, leichter Rückgang in allen BL</li><li>▪ Rückgang Anzahl der Testungen pro 100.000 EW in allen Altersgruppen</li><li>▪ Positivenanteil Anstieg nur in AG 80+</li><li>▪ Meldepflicht stationärer Pflegeeinrichtungen gemäß §20a Abs. 7<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Knapp 10% der Bewohnenden ist nicht geimpft, im Vergleich zu Beschäftigten und Gästen jedoch am besten durchgeimpft</li><li>▪ Deutliche Unterschiede zwischen den BL: 11% der Bewohnenden in SN haben keine Impfung, während es in SH nur 3% sind</li></ul></li></ul> <p>VOC-Bericht Folien <a href="#">hier</a></p> <p>20. BA.5 Anteil vergrößert sich um 2% auf insgesamt 88,8%</p> <p>21. Andere Varianten nicht mehr nachgewiesen oder rückläufig</p> <p>22. BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5 mit 26,9%, danach</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36</p>
--	---	--

	<p>BE.1.1 mit 23,1%</p> <p>23. Neue Linie BA.2.75 sehr schwach in D vertreten (insgesamt 6 Fälle)</p> <p>Syndromische Surveillance Folien <a href="#">hier</a></p> <p>GrippeWeb</p> <p>Der Wert (gesamt) lag in der 29. KW 2022 bei 4.600 ARE (Vorwoche: 5.800) pro 100.000 Einwohner. Entspricht einer Gesamtzahl von 3,8 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (28. KW: ca. 4,8 Millionen)</p> <p>24. ARE gesamt: Rückgang 4,6 % (Vorwoche: 5,8 %); Vorwochenwert ist um 0,3 Prozentpunkte „gestiegen“</p> <p>25. Trend: in den letzten Wochen stabil oder sinkend</p> <p>26. Rückgang bei Kindern (von 9,2 % auf 8,0 %), bei Erwachsenen: 4,1 % (Vorwoche: 5,2 %)</p> <p>27. ILI gesamt: gesunken (von 2,0 auf 1,7 %); (Wochenvorwert: 2,0 %);</p> <p>28. Rückgang bei den Kindern und Erwachsenen ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>29. In der 29. KW wurden bundesweit etwas weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche.</p> <p>30. Ca. 1.400 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</p> <p>31. 29. KW 2022: ca. 1,1 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</p> <p>32. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: rückläufig. Liegt in KW 29 insgesamt mit 1.357 (Vorwoche: 1.630). Liegt erstmals seit 4 Wochen insgesamt bei 1.400</p> <p>33. über dem Bereich der Vorjahre zur 29. KW, aber auch in allen AGs deutlich höher</p> <p>34. Rückgang in allen AGs zur Vorwoche (zwischen 6 und 26 %)</p> <p>35. - KI (insgesamt) in 12 von 12 Regionen zur stabil oder gesunken; bei 0-4-Jährigen: 10 von 12 Regionen gesunken oder stabil; Schulkinder: 9 von 12 Regionen gesunken; 11 von 16 Bundesländern haben Ferien ARE-Konsultationen mit COVID-Diagnose / 100.000 Einwohner</p> <p>36. seit KW 22/2022 wird insgesamt wieder ein Anstieg der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE beobachtet, KW 29/2022 im Vergleich zur Vorwoche gesunken SEED-ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppe bis zur 29. KW 2022</p> <p>37. in KW 29/2022 sind die Werte in den Altersgruppen der 5- bis 59-Jährigen im Vergleich zur Vorwoche gesunken, in den anderen Altersgruppen weitestgehend stabil geblieben</p> <p>38. seit KW 22/2022 z.T. deutlicher Anstieg der Werte, insbesondere in den Altersgruppen 15-79 Jahre, Trend jetzt eher stabil</p> <p>ICOSARI</p> <p>39. SARI-Fallzahlen in KW 29 weiter eher stabil auf niedrigem Niveau, aber seit KW25 etwas über den sonst üblichen</p>	<p>(Kröger)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	--	---

	<p>Zahlen während der Sommer-/Ferienzeit</p> <p>40. SARI-ICU seit KW 25 etwas über den üblichen Werten, aber weiter auf Sommerniveau</p> <p>41. Anteil COVID-19 an SARI ist aktuell nicht weiter angestiegen, KW 29: 42 % (Vorwoche: 44 %)</p> <p>42. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung 51 % (Vorwoche 53%).</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI</p> <p>43. 4,7 COVID-SARI pro 100.000</p> <p>44. Entspricht ca. 3.900 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D.</p> <p>Entwicklung COVID-SARI 17. KW bis 29. KW 2022</p> <p>45. Seit KW 25 abgeschwächter Anstieg der COVID-SARI-Fälle insbesondere in der Altersgruppe 80+</p> <p>46. In AG 60-79 weiterer Anstieg der COVID-SARi Fälle mit Intensivbehandlung ab KW28</p> <p>47. Anstieg Todesfälle in KW 24/25 in AG 80+ hat sich aktuell nicht fortgesetzt</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>48. Gleichbleibend niedriger Probeneingang in vergangener Woche (etwa 60 Proben insgesamt). Davon:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SARS-CoV-2 16%</li> <li>2. PIV 18%</li> <li>3. HRV 16%</li> <li>4. H3N2 5%</li> </ol> <p>49. 55% der Proben waren positiv für Viren</p> <p>50. Kein Nachweis von endemischen Corona Viren</p> <p>51. Kein Nachweis von RSV und HMPV</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister Folien <a href="#">hier</a></p> <p>DIVI-Intensivregister</p> <p>52. Mit Stand 27.07.2022 werden 1.561 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>53. Weiterhin Anstieg der COVID-ITS-Belegung</p> <p>54. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.443 in den letzten 7 Tagen; weiterhin Anstieg</p> <p>55. Weiterhin Anstieg der verstorbenen ITS-Patient Innen zu verzeichnen. Aktuell bei etwa 40 pro Tag,</p> <p>56. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Weiterhin steigend</li> <li>2. Am geringsten in MV mit 4%</li> <li>3. Hauptteil der BL hat einen Anteil zwischen 6 – 9%</li> <li>4. Top 3 der BL: Bremen (12%) Saarland (11%) und Bayern (10%)</li> </ol> <p>57. Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Anstieg in allen Behandlungsgruppen</li> <li>2. Prozentual ist der tägliche Anteil der Behandlungsschwere der COVID-Patient:innen relativ stabil</li> </ol> <p>58. Einschätzung Betriebssituation</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belastung und Personalmangel steigt weiterhin</li> </ol>	<p>FG17 (Duwe)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	---	---

	<p>59. Altersgruppen Entwicklung</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Anstieg in absoluten Zahlen wird von 60+ getrieben</li><li>2. Anteil der 60+ hat sich bei 80% eingependelt</li><li>3. Leichte Zunahme bei den unter 40-Jährigen</li></ol> <p>60. SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen</p> <p>Die Prognosen sagen einen Zuwachs der ITS-Belegung in allen BL voraus.</p> <p>○ Psychische Gesundheit (alle 4 Wochen) Folien <a href="#">hier</a></p> <p>"Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Allgemeinbevölkerung - Update der engmaschigen Mental Health Surveillance auf der Grundlage von RKI Surveydaten"</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Update depressive Symptome &amp; weitere Indikatoren</li><li>▪ Engmaschige Mental Health Surveillance. Datengrundlage: GEDA/COVIMO</li><li>▪ Berücksichtigte Indikatoren:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Subjektive psychische Gesundheit</li><li>○ Depressive Symptome</li><li>○ Angstsymptome</li><li>○ Einsamkeit</li><li>○ Soziale Unterstützung</li></ul></li><li>▪ Datenauswertung: Graphische Zeitreihen, Predictive Margins aus linearen und logistischen Regressionen, gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region, standardisiert nach Alter, Geschlecht und Bildung</li><li>▪ Ergebnisse:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Wahrgenommene soziale Unterstützung in Pandemiezeiten geringfügig zugenommen</li><li>○ Depressive Symptome nach Rückgang zu Pandemiebeginn mehrfach zugenommen</li><li>○ Zunahme des Anteils mit auffälligem Niveau an depressiven Symptomen</li><li>○ Einsamkeit nahm tendenziell ab</li><li>○ Angstsymptome nahmen zu</li><li>○ Subjektive psychische Gesundheit verschlechterte sich</li></ul></li><li>▪ Fazit:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Während das Erleben von Einsamkeit eher abnahm, verschlechterte sich die subjektive psychische Gesundheit. Zugleich deutete sich ein vermehrtes Auftreten von Angstsymptomen an (2021-2022)</li><li>○ Die Stratifizierung der Ergebnisse nach Bevölkerungsgruppen zeigt teilweise Risikogruppen und resiliente Gruppen auf.</li><li>○ Auffällig ist eine sprunghafte Dynamik seit Anfang 2022. Es wird sich zeigen, ob diese Entwicklungen vorübergehend waren.</li><li>○ Die Entwicklungen finden im Kontext multipler kollektiver Krisen statt.</li></ul></li></ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gibt es Hinweise aus Verbrauchsdaten von Psychopharmaka</li></ul>	<p>FG26 (Walther)</p>
--	---	---------------------------

	<p>die mit diesen Ergebnissen korrelieren?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Solche Ergebnisse sind bisher nicht bekannt und werden aktuell in der Mental Health Surveillance nicht beobachtet</li> <li>▪ Inwieweit sind die Erhebungsinstrumente validiert und wie robust gegenüber einer im Verlauf der Pandemie externen ansteigenden Thematisierung welche Selbstwahrnehmung beeinflusst?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Messvarianz der Instrumente ist ein großes Thema das genauer untersucht werden sollte und wird mitberücksichtigt.</li> </ul> </li> <li>▪ Wann und wie werden diese Daten publiziert? Bitte um weite, öffentliche Verbreitung dieses Themas mit Hintergrundgespräch der Presse. Vorschlag einer Vorstellung in Verbindung mit BPK. Bestärkung um Wichtigkeit.             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Öffentliche Veröffentlichung ist für den Herbst angedacht</li> <li>○ Pre-Print steht unmittelbar bevor</li> </ul> </li> </ul> <p>Vorstellung zur BA.5 Schwere Folien <a href="#">hier</a></p> <p>! WHO Überblick der Omikron VOC</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Informationen legen nicht nahe, dass BA.5 mehr schwere Verläufe verursacht oder schwerwiegender ist als BA.2 oder BA.4</li> </ul> <p>! BA.5 Schwere international – ausgewählte Studien (Pre-Prints)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Südafrika: Keine erhöhte Schwere von BA.4/BA.5 im Vergleich zu BA.1/BA.2</li> <li>○ Dänemark: Erhöhtes Risiko einer Hospitalisierung bei BA.5, Impfeffektivität gegen BA.5 vergleichbar mit BA.2</li> <li>○ Portugal: BA.5 Fälle mit Booster-Impfung hatten ein um 3,4 höheres OR einer Hospitalisierung im Vergleich zu BA.2 Fällen. Zeitgleich keine Evidenz für eine reduzierte vaccine effectiveness. Fazit: COVID-19 Boosterimpfung bietet substanzialen Schutz gegen schwerwiegende Outcomes</li> </ul> <p>! BA.5 in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beginn seit KW 17/18, Mehrheit seit KW23</li> </ul> <p>! Veränderung der Situation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Saisonale Faktoren sind zu beachten</li> <li>○ Weitere Faktoren: Allgemeine Seroprävalenz, Maßnahmen-Compliance in Zusammenhang mit Verhaltensregel, Immunität durch Impfung seit Impfzeitpunkt</li> </ul> <p>! BA.5 vs. BA.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ansatz: Fälle mit Variantennachweis mittels Sequenzierung und vollständigen Angaben</li> <li>○ Aktuell: Vergleich und Diskussion verschiedener Modelle inkl. Adjustierung für Meldewoche</li> <li>○ Modelle in Diskussion, aber gemein ist bisher allen:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BA.5 führt nicht weniger zu schweren</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Kröger)</p>
--	--	--------------------------

	<p>Verläufen als BA.2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisherige Ergebnisse:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sehr hohes Risiko für Hospitalisierung für Alte und hochaltrige Menschen</li> <li>▪ Geringeres Risiko für Hospitalisierung für „Geboosterte“ vs. Grundimmunisierte</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Studien zu BA.5 vs. BA.2 aus Portugal und Dänemark: Höhere OR BA.5 bei Hospitalisierungsrate ohne Rückführung auf ggf. höhere Virulenz bei BA.5             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es fehlen Informationen darüber, inwiefern der Faktor Seroprävalenz in die Berechnungen mit eingeflossen ist. In keinen der bisherigen Modelle zeigt sich ein geringeres Risiko für Hospitalisierungen oder schwerwiegenden Verläufen für BA.5</li> </ul> </li> <li>▪ Anmerkung zur Änderung der Virulenz. Einbezug von Faktoren sinnvoller, die weniger abhängig von einer Blackbox wie z.B. das Testverhalten sind. Zuverlässiger Parameter für die Virulenz ist eine Vollerhebung jeden Patienten im Krankenhaus zu testen. Entsprechende Daten könnten zur Rate gezogen werden. Ein weiterer Aspekt eines qualitativen Parameters: Hospitalisierung bei Altersgruppen unter 60 Jahren.</li> <li>▪ Bericht Impfquoten bei Beschäftigten, Betreuten und Gäste: Haben die Ergebnisse Konsequenzen bzw. gab es bisher schon Rückmeldungen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine konkreten Erwartungen an das RKI formuliert. Keinerlei Rückmeldungen bisher.</li> <li>○ In der Presse wird über Forderungen berichtet, die Impfpflicht zurückzunehmen. Die Berichterstattung des RKI spielte dabei keine Rolle.</li> </ul> </li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>STIKO Update Treffen heute Nachmittag. Themen: Monoklonale Antikörper als Prophylaxe, Novavax Ausdehnung der Zulassung auf Jugendliche, Ausdehnung der zweiten Boosterimpfung auf welche Bevölkerungsgruppe              Bevorstehende Sommerimpfkampagne koordiniert durch das BMG              Vorbereitung des zweiten Monatsberichts. Publikation nächste Woche.              Publikation im EpiBull nächste Woche zum Thema: Review zum Schutz nach durchgemachter Infektion              Publikation eines Systematic Reviews in Bezug auf die Wirksamkeit der Impfungen vor Omikron-Infektionen wurde angenommen</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wie ist der aktuelle Stand zu nasalen lokalen Impfstoffen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisher keine weiteren Informationen. In diesem Jahr ist damit nicht mehr zu rechnen.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG 33              (Wichmann)</p>



<p><b>3</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Version 2.25 CWA ab heute 18:00 Uhr – Update Anpassung Handlungsempfehlungen nach grüner/roter Kachel                  Mental Health auch für Social Media wichtig. Austausch mit Frau Walther</p> <p>Es steht im Raum, dass die Krankenhäuser ab Mitte September (sofern das Gesetz verabschiedet wird) die Hospitalisierungen verpflichtend per DEMIS-Schnittstelle melden sollen. Das würde die Depriorisierung der Anbindung von Testzentren bedeuten.</p>	<p>FG21 (Scheida)</p> <p>FG31 (Rexroth)</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Formulierungen in Hinblick bei Erwähnung eines Anstieges kritisch betrachten bzw. ggf. streichen, da derzeit Plateau/Rückgang.</p>	<p>Alle</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Message für den Wochenbericht                  Syndromische Surveillance über Sommerniveau                  ITS-Belegung, Hospitalisierungsinzidenz</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel, Degen)</p> <p>P1 (Leuker)</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Allgemein (nicht berichtet)</p> <p>RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hinweis: Absprachen mit BMG werden von BMG-Seite aus häufig nicht in Protokollform formuliert. Bitte um Anfertigung kurzer Gesprächsnotizen</li> </ul>	<p>Alle</p>

<b>9</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b>  AG Labor beim BMG, hat durch den Weggang von Fr. Korr vorübergehend eine Pause eingelegt, die jetzt vorbei ist. Frau Schlager vom Referat 614 führt die AG weiter.	Abt.1 (Mielke)
<b>11</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:44 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 03.08.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Martin Mielke

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG36	
!	Institutsleitung	o	Silke Buda
o	Lothar Wieler	!	FG37
!	Abt. 1	o	Tim Eckmanns
o	Martin Mielke	!	Presse
!	FG14	o	Ronja Wenchel
o	Melanie Brunke		
!	FG17	!	P1
o	Susanne Duwe	o	Christina Leuker
!	FG21		
o	Wolfgang Scheida	!	MF4
!	FG27	o	Martina Fischer
o	Julika Loss	o	Janina Esins
!	FG31		
o	Ulrike Grote	!	ZBS7
o	Ariane Halm	o	Iris Hunger
!	FG32		
o	Claudia Sievers	!	ZIG1
!	FG34	o	Carlos Correa-Martinez
o	Andrea Sailer (Protokoll)	!	BZgA
!	FG35	o	Oliver Ommen
o	Christina Frank		





	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ 7-Tage-Inzidenz: 477,9/100.000 Einw.</li><li>▪ Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.734.266 (77,8%), mit vollständiger Impfung 51.449.110 (61,9%)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Zuwachs an Fällen hat sich im Vergleich zur letzten Woche verringert, dennoch 210 neue Todesfälle.</li><li>○ Abnahme der Anzahl Hospitalisierter/ 100.000 EW</li></ul></li><li>▪ Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:<ul style="list-style-type: none"><li>○ In allen BL Rückgang der Gesamtzahlen</li></ul></li><li>▪ Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis<ul style="list-style-type: none"><li>○ Deutliche Besserung der Lage, im Osten sowie im Westen.</li><li>○ Keine LK mehr mit Inzidenz &gt; 2000.</li></ul></li><li>▪ Heatmaps<ul style="list-style-type: none"><li>○ In allen AG Rückgang der Inzidenzen</li></ul></li><li>▪ COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum<ul style="list-style-type: none"><li>○ Nachklingen der Welle zu sehen.</li></ul></li><li>▪ Wöchentliche Sterbefallzahlen<ul style="list-style-type: none"><li>○ Übersterblichkeit, scheint nicht in Zusammenhang mit COVID-19 Fällen zu stehen.</li><li>○ Vermutung Zusammenhang mit Hitzetagen</li></ul></li><li>▪ Meldungen mit Hospitalisierungsgrund<ul style="list-style-type: none"><li>○ Rote Balken: Hospitalisierung aufgrund von COVID</li><li>○ Grüne Balken: Hospitalisierung aufgrund einer anderen Ursache; ganzer Pandemiezeitraum abgebildet.</li><li>○ DEMIS-Meldeportal steht zur Verfügung, demnächst Übermittlung auch auf elektronischem Weg.</li><li>○ Keine Meldepflicht für Hospitalisierungsgrund, nicht Teil des Arztemeldebogens für §6, damit nicht Teil der DEMIS Meldungen.</li><li>○ Zurzeit individuelle Handhabung in GAs (Abfragebogen für KH, nachrecherchiert)</li></ul></li><li>▪ DIVI-Intensivregister Folien <a href="#">hier</a><ul style="list-style-type: none"><li>○ Mit Stand 03.08.2022 werden 1.397 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen behandelt.</li><li>○ Belegung hat sich in letzten Tagen reduziert, noch fraglich, ob Rückgang.</li><li>○ Im Vergleich zur Vorwoche 250 weniger Neuaufnahmen.</li><li>○ Bei Verstorbenen eher Plateau</li><li>○ Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Weiterhin hohes Niveau in Hamburg und Bremen</li><li>▪ Klarer Rückgang in SH, Rückgang in NRW</li><li>▪ Seitwärtsbewegung in Nord-Ost</li><li>▪ Noch Zuwachs in Hessen und Sachsen</li></ul></li><li>○ Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anstieg bei invasiver Beatmung, bisher kein Rückgang zu sehen.</li><li>▪ Rückgang bei unbekanntem Behandlungen ohne respiratorische Unterstützung</li></ul></li><li>○ Einschätzung Betriebssituation<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Verbesserung, evtl. aufgrund von Rückgang der Neuaufnahmen?</li></ul></li></ul></li></ul>	<p>MF4 (Fischer)</p>
--	--	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Altersgruppen Entwicklung           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 70+ Jährigen: Trend nach unten</li> <li>▪ Mittlere Altersgruppe: Plateau</li> <li>▪ 0-17-Jährige: Rückgang</li> <li>▪ Belegung: Gruppe der Hochaltrige dominiert.</li> </ul> </li> <li>○ SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Seitwärtsbewegung für Deutschland insgesamt</li> <li>▪ Reduktion für Westen, Norden</li> <li>▪ Osten, Süd-Westen: Seitwärtsbewegung oder leichter Anstieg</li> </ul> </li> <li>▪ Syndromische Surveillance Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ GrippeWeb           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der Wert (gesamt) lag in der 30. KW 2022 bei 4.000 ARE (Vorwoche: 4.400) pro 100.000 Einwohner.</li> <li>○ Entspricht einer Gesamtzahl von 3,3 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</li> <li>○ Sinkende Zahlen, auch bei 60+ Jährigen hat sich steigender Trend nicht fortgesetzt.</li> </ul> </li> <li>▪ ARE-Konsultationen / 100.000 Einwohner           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückgang schon in dritter Woche, insgesamt und in allen AG zu beobachten.</li> <li>○ Seit dieser Woche in allen BL Schulferien.</li> </ul> </li> <li>▪ SEED-ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppe           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückgang in allen AG, auch in älteren</li> <li>○ Nachmeldungen noch möglich</li> </ul> </li> <li>▪ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Inzidenz           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutlicher Rückgang bei Hospitalisierung und Intensivbehandlung</li> <li>○ 0-4 -Jährige: 22% COVID-19</li> <li>○ Auch bei ab 80-Jährigen scheint sich Anzahl nicht weiter nach oben zu entwickeln.</li> </ul> </li> <li>▪ ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutliches Absinken der SARI-Fallzahlen, Anteil COVID-Diagnosen zurückgegangen</li> </ul> </li> <li>▪ Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei Omikron sind Hospitalisierungen mit und wegen COVID in Meldedaten höher.</li> <li>○ Eher rückläufiger Trend.</li> </ul> </li> <li>▪ Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ In der 30. KW/2022 verzeichnete das NRZ für Influenzaviren 105 Probeneingänge, davon 102 aus dem Sentinel.</li> <li>○ In 64% der Proben wurden respiratorische Viren nachgewiesen, davon SARS-CoV-2: 18 (17,1%).</li> <li>○ Saisonalen Coronaviren 229E, NL63 und OC43 wurden nicht nachgewiesen.</li> <li>○ HKU1 war in 2 Proben enthalten (ein Kind, ein junger Erwachsener).</li> <li>○ Influenzaviren wurden in rund 5% der Proben</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>FG17 (Duwe)</p>
--	---	---

	<p>nachgewiesen, davon 4x A(H3N2) und eine non-sentinel Probe von einer &lt;60jährigen Person mit A(H1N1)pdm09.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Die sonstigen respiratorischen Viren waren mit 15% HRV, 21% PIV, 3% HMPV und 1% RSV vertreten.</li></ul> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Testkapazität, Testungen, ARS<ul style="list-style-type: none"><li>○ (nicht berichtet)</li></ul></li><li>▪ VOC-Bericht Folien <a href="#">hier</a><ul style="list-style-type: none"><li>○ Leichter Zuwachs von BA.5, Anteil vergrößert sich um auf 92,1%</li><li>○ BA.5.1 stärkste Sublinien von BA.5 mit 29,3%, danach BE.1.1 mit 19,3%.</li><li>○ Neue Linie BA.2.75 sehr schwach in D vertreten seit KW25 (insgesamt 8 Fälle), keine starke Ausbreitung dieser Sublinie bisher.</li></ul></li><li>▪ KIDA – Kindergesundheit in Deutschland Folien <a href="#">hier</a></li><li>▪ Studiendesign<ul style="list-style-type: none"><li>○ Einflussfaktoren auf Kindergesundheit: Infektionen mit SARS-CoV-2, Eindämmungsmaßnahmen, Familiäre Situation (beeinflusst von Eindämmungsmaßnahmen)</li><li>○ Unterteilung Kindergesundheit in körperliche, psychische Gesundheit und Gesundheitsverhalten.</li><li>○ Mitte 2021 gab es dazu keine gute Datenlage, deshalb Initiierung von KIDA, einer populationsbasierten Erhebung bei Kindern und Jugendlichen.</li></ul></li><li>▪ KIDA - Rahmendaten<ul style="list-style-type: none"><li>○ Laufzeit 12/2021 – 05/2023: prospektive Querschnittserhebung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen von 3-17 Jahren, kontinuierliche Befragung über 12 Monate</li></ul></li><li>▪ Themen<ul style="list-style-type: none"><li>○ Körperliche und psychische Gesundheit; Veränderung von Gesundheit und Gesundheitsverhalten; Veränderungen über die Zeit; individuelle, soziale und strukturelle Belastungen und Ressourcen.</li></ul></li><li>▪ Stichprobe<ul style="list-style-type: none"><li>○ Befragung der Eltern von 3-15-Jährigen und Befragung von 16-17-Jährigen Jugendlichen</li><li>○ Telefonische Befragung ca. 700/Monat: Kernfragebogen (15 min) + Basis-Items (5 min); Start 15.02.2022</li><li>○ Zusätzlich Online-Befragung von ca. 350/Monat: Vertiefende Befragung (20 min); ab 20.04.2022</li></ul></li><li>▪ Quartalsberichte (quartalsweiser Bericht der Ergebnisse)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Der 1.Bericht wird nächste Woche online geschaltet. Nur Ergebnisse der telefonischen Befragung der Eltern von 1.189 Kindern.</li></ul></li><li>▪ Kernergebnisse des 1. Quartals<ul style="list-style-type: none"><li>○ 41% wurden jemals positiv getestet (PCR).</li><li>○ Masken- und Testpflicht in Schulen noch sehr häufig.</li></ul></li></ul>	<p>FG36 (Sievers)</p> <p>FG27 (Loss)</p>
--	---	--



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Guter Gesundheitszustand der überwiegenden Mehrheit der Kinder. Lebensqualität im Mittel im Normbereich.</li> <li>○ Aber in letzten 2 Jahren Verschlechterung: bei 18% der körperlichen Gesundheit, bei 25% der subjektiven psychischen Gesundheit, bei 11% erhöhter Versorgungs- und Unterstützungsbedarf.</li> <li>○ Bewegungsverhalten: Angebote fielen aus oder wurden seltener genutzt.</li> <li>▪ Ausblick: Zeitreihen sind geplant, kumulativ sollen vulnerable Gruppen und Unterschiede je nach Alter und Geschlecht identifiziert werden.</li> </ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gibt es genügend Informationen aus der molekularen Surveillance, um Situation einschätzen zu können? Können neue Varianten rechtzeitig erkannt werden?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Keine Veränderung seit letzter Woche, in KW 28: ca. 1,8% der Gesamtfälle, vergleichbarer Anteil seit Anfang des Jahres.</li> </ul> </li> <li>▪ In welchem Verhältnis steht die gesamte Übersterblichkeit zu der auf die Pandemie zurückzuführender Übersterblichkeit?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sehr viel geringerer Anstieg als im letzten Jahr. -&gt; Vergleich zum letzten Jahr kann nächste Woche gezeigt werden.</li> <li>○ Selektive Wahrnehmung: bei Corona sehr dramatische Reaktionen, bei anderen Ursachen nicht.</li> <li>○ Gibt es eine Übersicht, wie viele Menschen an welcher Krankheit in welcher Woche sterben? Andere Todesursachen sind nicht gleichermaßen im Blick wie Corona.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Recherche, ob Daten vorliegen, FF Claudia Sievers</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Todesursachenstatistik für Vorjahre verfügbar, Auflösung monatsweise.</li> <li>○ AP für Exzess-Mortalitätsberechnungen ist Matthias an der Heiden. Übersterblichkeit im Winter bei starken Grippewellen, im Sommer durch Hitzewellen meist kürzer und steiler.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bisher wurde der Begriff Sommerwelle nicht verwendet, welche Formulierung soll im Wochenbericht verwendet werden? Weiterhin keine Sommerwelle benennen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Im Wochenbericht von Plateau sprechen.</li> <li>○ Phaseneinteilung der Pandemie wird retrospektiv vorgenommen.</li> <li>○ Die Omikronwelle wurde bisher als 1 Welle mit 3 Gipfeln betrachtet.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Wieler</p> <p>Mielke</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (nicht berichtet)</li> </ul>	<p>FG 33</p>

3	<p><b>Internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ (nicht berichtet)</li> </ul>	ZIG
4	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Corona-Warn-App: warten auf Entscheidung, ob App im nächsten Jahr fortgesetzt wird.                  CovPass App und CovPass Check-App kann hilfreiches Instrument in nächsten Wintermonaten sein.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Noch keine Entscheidung, mit welchem Tool weitergemacht wird.</li> </ul>	FG21 (Scheida)
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aufnahmedaten (KH) zur Bewertung COVID-19 – Schwere (Varianten)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beinhaltet mehrere Aspekte. Aufpassen, was an Schwerebewertung exklusiv einer Variante zugeschrieben wird oder anderen Einflussfaktoren, z.B. zunehmende Immunität, Impfungen. -&gt; Bei Schwereeinschätzung bei von und mit WHO entwickelten Kriterien bleiben.</li> <li>○ Flächendeckende Testungen in KH wird in nationaler Teststrategie empfohlen, ist jedoch keine Verpflichtung.</li> <li>○ Virologische Kriterien sind leichter zu fassen. Schwieriger und multifaktorieller ist Auswirkung von Veränderungen auf klinische Parameter.</li> <li>○ Wäre es möglich, den Messparameter SARS-CoV-2 bei Aufnahme mit dem Parameter Sauerstoffapplikation zu verknüpfen? Welche Information könnten wir geben? Wie hat sich der Sauerstoffbedarf bei Einweisung im Jahr 2020 und den Folgejahren verändert?</li> <li>○ Kann diese Frage mit Daten der syndromischen Surveillance, bzw. aus Intensivregister beantwortet werden?</li> <li>○ Dies wäre eine Aufgabe für das Netzwerk Universitätsmedizin. Es könnte eine offizielle Anfrage gestellt werden, ob sie diese Daten haben.</li> <li>○ Im Intensivregister Unterteilung nach Schweregrad, ITS ist harter Indikator.</li> <li>○ Im Krankenhaussentinel muss Labornachweis zusammen mit krankheitsspezifischer Diagnose kodiert werden. COVID kann Haupt- oder Nebendiagnose sein. Aufnahmedaten sind sehr schwierig auszuwerten, mit großem Vorbehalt möglich. Einen Index für Unterschiede zwischen im Jahr 2020 zu im Jahr 2021 Eingewiesenen zu berechnen, ließe sich sicher machen. Verschiedene Kriterien wären möglich, z.B. Dauer der Behandlung. -&gt; Für Auswertung wäre Vorlauf und Zeit nötig!</li> <li>○ Beim Auftreten einer neuer Variante, wird die Frage immer wieder gestellt werden. Was ist die Bedeutung für Krankheitslast? Es wird erwartet, dass das RKI in der Lage ist, rechtzeitig ein Signal zu geben, wenn das Gesundheitssystem in eine Problematik läuft.</li> </ul>	<p>FG36 (Buda)</p> <p>Mielke</p> <p>Wieler</p> <p>Fischer</p> <p>Buda</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anhand der reinen Inzidenzen können keine Aussagen über die Krankheitsschwere getroffen werden.</li> <li>○ Sind Aussagen aufgrund von Daten aus anderen Ländern möglich?</li> </ul> <p>Erllass, Anpassung Quarantäne/Isolation (Antwortentwurf FG-36)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vorschlag wurde als Initiativbericht bereits formuliert: Empfehlung von mehr Eigenverantwortung der Bürger. Aufgabe der Absonderungsregelungen zu Gunsten einer Aufforderung, dass alle Symptomatischen eigenverantwortlich 3-5 Tage zu Hause bleiben sollen.</li> <li>○ Wurde dann anders entschieden. 5 tägige Isolationspflicht hat sich durchgesetzt.</li> <li>○ Im Zuge der Aufgabe der Absonderungsmaßnahmen in den Nachbarländern soll Regelung nun angepasst werden.</li> <li>○ Recherche zur Ausscheidungskinetik: Seit Aktualisierung der Entlasskriterien wurden 2-3 neue Arbeiten publiziert, diese sind im Einklang mit Entlasskriterien.</li> <li>○ Beim CDC gibt es Hinweise, dass bei gesunden Personen die Ausscheidung nach 6 Tagen sistiert. -&gt; Empfehlung 5 Tage Isolierung und 5 Tage Tragen einer Maske</li> <li>○ Dass die Politik bestimmte Maßnahmen nicht mehr vorschreibt, ist nicht gleichbedeutend damit, dass sie nicht mehr erforderlich sind.</li> <li>○ Hinsichtlich Maßnahmen ist die Phase des Übergangs schwierig: Wenn sich viele infizieren, aber nur noch sehr wenige Menschen schwer erkranken.</li> <li>○ Antwortentwurf unterscheidet zwischen allgemeiner Bevölkerung und nosokomialen Bereich.</li> <li>○ In Antwort ans BMG wird auf Bericht verwiesen. Dieser beinhaltet Aspekt der Kommunikation und Aufklärung der Bürger durch Hausärzte.</li> </ul> <p>Zusammenfassung der Diskussion: Bericht macht den Aspekt der Aufklärung deutlicher als in Mail. Antwortvorschlag wurde angenommen.</p> <p>Erllass, Anzahl v. Kindern und Jugendlichen mit Risiko für schweren COVID-Verlauf (und ggf. deshalb kein Schulbesuch möglich), FG-25</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bei welchen Vorerkrankungen könnte ein Schulbesuch nicht möglich sein? Wie viele Kinder könnten davon betroffen sein?</li> <li>○ Ansatz soll sein: Welche Erkrankungen könnten von Bedeutung sein. Wie viele Kinder betroffen sind, kann nicht angegeben werden.</li> <li>○ Nachtrag: Der Erlass zu Kindern mit erhöhtem Risiko für schwere COVID-19-Verläufe wurde gestern von FG25 beantwortet.</li> </ul>	<p>Loss</p>
--	--	-------------





## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 10.08.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Martin Mielke**

### Teilnehmende:

- |                      |                      |                |
|----------------------|----------------------|----------------|
| ! Institutsleitung   | ! FG33               | o Timo Greiner |
| o M. Mielke i.V.     | o Ole Wichmann       |                |
| o                    | ! FG34               |                |
| ! Abt. 1             | ! FG35               |                |
| o Martin Mielke      | o Christina Frank    |                |
| ! Abt. 2             | ! FG36               |                |
| ! Abt. 3             | o Walter Haas        |                |
| o Osamah Hamouda     | o Kristin Tolksdorf  |                |
| o Tanja Jung-Sendzik | ! FG37               |                |
| o Janna Seifried     | o Julia Hermes       |                |
| ! FG11               | ! ZBS1               |                |
| ! FG12               | ! ZBS7               |                |
| ! FG15               | ! MF2                |                |
| o Sindy Böttcher     | ! MF3                |                |
|                      | ! MF4                |                |
| ! FG14               | o Martina Fischer    |                |
| o Melanie Brunke     | ! P1                 |                |
| ! FG17               | o Sonia Boender      |                |
| o Barbara Biere      | o Christina Leuker   |                |
| ! FG21               | ! P4                 |                |
| o Patrick Schmich    | ! Presse             |                |
| o Wolfgang Scheida   | o Susanne Glasmacher |                |
| ! FG22               | o Ronja Wenchel      |                |
| o Martin Schlaud     | ! ZIG                |                |
| o Cănă Kußmaul       | o Johanna Hanefeld   |                |
| ! FG23               | ! ZIG1               |                |
| ! FG 24              | o Anna Rohde         |                |
| ! FG25               | ! ZIG2               |                |
| ! FG31               | ! ZIG4               |                |
| o Ulrike Grote       | ! BZgA               |                |
| o Ariane Halm        | o Andrea Rückle      |                |
| ! FG32               | !                    |                |
| o Claudia Sievers    |                      |                |







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      WHO Datenstand 09.08.22                      Stagnation bzw. Rückgang der Fallzahlen weltweit (mit Ausnahme Asien). Weiterhin die meisten Fälle in Western Pacific und European Region. Todesfälle ebenfalls (mit Ausnahme Asien) fallend;                      7TI/100T EinwohnerInnen: mit wenigen Ausnahmen (Japan, Südkorea, Russland) Abschwächung, noch hohe 7TI/100T in Neuseeland, Australien, Südkorea und Japan zu beobachten. Russland: 85/100T, wenn auch insgesamt als niedrig anzusehen, handelt es sich hier aufgrund der hohen Bevölkerungszahl um eine relevante Anzahl an Infektionen. + 62% im Vergleich zur Vorwoche. Info über ECDC, dass Hospitalisierungen um 27% gestiegen sind im Vergleich zur Vorwoche. Dominanz BA.5 seit Ende Juni.                      Europa: Daten über Sommer werden nicht sehr zuverlässig gemeldet, Verzögerungen u.A. bei Griechenland und Finnland.</p> <p>ToDo: Für nächste Woche vorbereiten: Übersicht über aktuelle Maßnahmen innerhalb der EU.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      Im Vergleich zur Vorwoche überall Rückgang in Infektionszahlen zu beobachten.                      SurvNet übermittelt: 31.379.757 (+72.737), davon 145.241 (+213) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 366,8/100.000 Einw.                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Überall deutlicher Rückgang zu beobachten;                      Nur noch 2 LK mit einer 7TI höher als 1000. Anhand der Heatmap ist ebenfalls zu sehen, dass der Peak der Welle überschritten ist.                      Todesfälle: Nachmeldungen erwartet.                      Sterbefallzahlen/Übersterblichkeit Destatis:                      Momentaner Anstieg der Übersterblichkeit KW29/30 vermutlich auf Hitzetage zurückzuführen, da es nicht einher geht mit deutlichem Anstieg der COVID-bedingten Todesfälle.                      Sonderauswertung Todesfälle Destatis (Folien 8 und 9):                      Januar 2020-August 2021: 20 Todesfallkategorien wurden zusammengefasst, und in den Vergleich zu COVID-Todesfällen gesetzt. Anteil der jeweiligen Todesfälle an der Gesamtzahl abgebildet.</p> <p>Testkapazität und Testungen, Folien <a href="#">hier</a>                      15% Rückgang bei Testungen (knapp über 600T in KW31).                      Positivquote Rückgang von 54% (KW29) auf 45% (KW31);</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



	<p>etwas weniger Labore berichteten. KVen vergüten momentan Antigentests nicht, da sie Problem mit Abrechnungen sehen aufgrund möglichen Betrugs.</p> <p>ARS-Daten, Folien <a href="#">hier</a> Testungen und Anteil der pos. Testungen auch hier rückläufig. Regional überall ähnliches Bild; keine Ausreißer in bestimmten Altersgruppen zu beobachten. Ausbrüche: Kein deutlicher Anstieg zu beobachten. Im Vergleich zur Vorwoche 104 Ausbrüche med. Einrichtungen (150 in Vorwoche), 290 in Alten-/Pflegeheimen (370 Vorwoche). Todesfallzahlen ähnliches Bild: Plateau</p> <p>VOC-Bericht und molekulare Surveillance, Folien <a href="#">hier</a> Keine große Änderung. Leichter Zuwachs BA.5 auf 94%. Abnahme BA.2 und BA.4 Fälle. BA2.75 leichter Zuwachs von 5 auf 17 Proben.</p> <p>Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ ARE: Rückgang in den letzten Wochen. Etwa 2.8 Mio ARE unabhängig von Arztbesuchen. In allen Altersgruppen U60 Rückgang zu beobachten. Ü60 Plateau.</li><li>○ Ambulanter Bereich ebenfalls Rückgang (in allen Altersgruppen). Unter 1 Mio. Arztbesuche aufgrund von ARE. Kinder bis 14 wieder auf vorpandemischem Niveau. Erwachsene (ab 15) sehr viel höhere Konsultationsinzidenz, bis zu 3x erhöht im Vergleich zu den Vorjahren.</li><li>○ ARE mit COVID Diagnose: in jüngeren Altersgruppen deutlicher Rückgang, ab 35 Rückgang etwas abgeschwächt, Ü80 leichter Anstieg.</li><li>○ Stationär: SARI insgesamt und SARI auf ITS: Rückgang aber stabil, mit vorpandemischen Jahren vergleichbar. Erhöhung der Fallzahlen aus Vorwochen: Ü60 hauptsächlich betroffen, aber hier auch wieder Rückgang. Ü80: über 40% der COVID- Diagnosen bei SARI Patienten/innen.</li><li>○ Vergleich Hosp-Inzidenzen Meldedaten und COVID SARI: starker Rückgang in KW30 hat sich etwas abgeschwächt. Stabile Zahlen vor allem in älteren Altersgruppen.</li></ul> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten, Folien <a href="#">hier</a> (Folien 13 und 14) Ausschließlich SARS-CoV-2 Nachweise, keine anderen Coronaviren. 30% SARS-COV-2 (deutlicher Anstieg). Keine Influenza Viren nachgewiesen. Sonstige Atemwegsviren: insgesamt Rückgang. PIV und Rhino mit sinkenden Anteilen. RSV und hMPV nicht nachweisbar.</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ 1250 Patienten auf ITS. Rückgang in Belegung.</li><li>○ 1060 COVID Neuaufnahmen; hier eher Plateau zu beobachten.</li><li>○ Verstorbenezahlen: Seitwärtsbewegung in den meisten BL.</li></ul>	
--	---	--



	<p>ST, BB Anstieg. Rückgang: NRW, SN, SH, BE und SL. Andere BL Plateau bzw. Seitwärtsbewegung.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Alle Behandlungsgruppen: Belegungen gehen zurück.</li> <li>○ Gesamtblick belegte ITS-Betten (COVID und Non-COVID) – Vergleich Januar 2021: Gesamte Behandlungs- und Belegungszahlen von knapp 21T auf knapp 18T gefallen. Abfall freier Kapazitäten vor allem im High-Care-Bereich; Stark korreliert mit Betriebseinschränkungen aufgrund von Personalmangel.</li> <li>○ Prognose: Eher weiter Seitwärtsbewegung bzw. leichter Rückgang zu erwarten.</li> </ul> <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p> <p>Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personalmangel: Hat die seit März 2022 geltende einrichtungsbezogenen Impfpflicht hier einen Einfluss? – Nein, hier wird kein Einfluss beobachtet. Betriebssituation is generell eingeschränkt und diese Einschränkung verstärkt sich nach IST-Belegungsspeak, d.h. COVID-Belastung vermutlich der Haupteinflussfaktor</li> </ul>	
--	---	--

<p><b>2</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Donnerstag oder Freitag dieser Woche: nächste Erhebung KROCO-Studie (Krankenhausbasierte Online Befragung): Impfquote Personal. Stand Ende Mai 2022: 9% des Klinikpersonals bisher 4. Impfung. Von bisher Ungeimpften sagen 95%, dass sie sich nicht impfen lassen werden.</li> </ul> <p><b>STIKO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Heute findet ein Treffen statt;</li> <li>○ Themen: Novavax- Impfpfempfehlung, Ausdehnung auf 12-17-Jährige. Monoklonaler AK als PrEp; Beschlussentwurf zur Empfehlung der 4. Impfung für Ü60 Jährige; Ausweitung auf andere Altersgruppen? Entwurf wird morgen an 25 Fachgesellschaften versandt,</li> <li>○ Voraussichtlich werden Empfehlungen nächste Woche im EpiDBull veröffentlicht, begleitet von Pressemitteilung.</li> <li>○ In 2 Wochen soll PEIKO-AG konstituiert werden. (AG für COVID-Impfpfempfehlungen gab es bei STIKO bereits seit Beginn der Pandemie, also keine wirkliche Neuerung); Externe ExpertInnen werden eingeladen (Hr Sander, Fr Priesemann, Fr Falk, Hr Berner). Minister möchte auch teilnehmen.</li> </ul> <p>Fragen: wie sieht die momentane Dauer Impfschutz gegen schwere Infektionen aus? - Eigene Daten zeigen sehr konstanten Schutz nach 3 Impfungen im Bezug auf Hosp. (85%). WHO hat ähnliches vorgestellt - Review mit 96 Studien, alle Studien zeigen auch hier, dass 3 Dosen in Bezug auf schwere Infektionen weiterhin wirksam. Rückgang bei Omikron im niedrigen Prozentbereich.</p> <p>Wirksamkeit Varianten -adaptierter Impfstoffe? Bisher keine Daten; ob Transmission verhindert wird, ist nicht bekannt.</p>	<p>FG 33</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>FG21</p>
<p><b>5</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Allgemein: Zwischenerhebungen: deutlicher Rückgang der AK</li> <li>○ AK-Konz. nach Anzahl der Antigenkontakte? – 3 AG-Kontakte: höchste AK-Konz.</li> <li>○ Welche Variablen hängen mit AK-Konz nach Impfung/Infektion zusammen? –Anzahl der AG-Kontakte; einmal geimpft höhere AK-Konz als nie geimpft und einmal</li> </ul>	<p>FG22</p>

	<p>infiziert. Je mehr Impfungen bzw. AG-Kontakte desto höhere AK-Konz.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impfungen und AK-Konz: Moderna am effektivsten, AZ am schlechtesten</li> <li>○ Einflussfaktoren auf AK-Konz: Zeit seit letzter Infektion/Impfung: je länger zurückliegend, desto niedrigere AK-Konz, höheres Lebensalter niedriger AK-Konz., Frauen erhöhte Konz. Im Vergleich zu Männern.</li> <li>○ T-Zell Aktivität/Reaktion: ähnliches Bild.</li> </ul> <p>Fragen:                  Wie werden die Daten zeitnah kommuniziert werden? Haben sie einen Einfluss auf bereits bestehende Empfehlungen? - Factsheet diesen Monat publizieren in Abstimmung mit BMG.                  Wichtig hierbei: Es werden Fragen kommen, WAS diese Daten im Hinblick auf den Schutz vor einer Reinfektion aussagen. Höhe der AK sagt nach wie vor nichts über Schwere der Infektion oder Schutz vor Reinfektion aus.                  Ergebnisse werden in Übereinstimmung mit bereits bestehenden Empfehlungen gesehen. Keine Anpassungen notwendig.</p>	
6	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  Kein Änderungsbedarf</p>	Abt. 3
7	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)                  (nicht berichtet)</p>	Präs.
8	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Nochmal aufgegriffen und aktualisiert: Korrektes Verhalten bei häuslicher Isolation nach SARS-CoV-2-Infektion, sowie Verhalten bei pos. Testergebnis. (Merkblatt und FAQ in Überarbeitung)                  Überarbeitung Erregersteckbrief                  Haas: Bitte nochmals darauf achten, dass der Begriff „Quarantäne“ nicht mehr in der Kommunikation verwendet wird!                  Änderungen an Empfehlungen für Herbst/Winter? – Fr Leuker</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Nicht berichtet</p> <p><b>P1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hinweise für die Bevölkerung: Was ist jetzt wichtig? Flyer Stand 05.07 „sicher durch den Sommer“- noch aktuell</li> <li>○ Hinweise für Herbst/Winter: Anpassung vorgestellt:</li> <li>○ Es ist geplant, den Flyer Ende Sept online zustellen.</li> <li>○ Änderungen: Nicht auf COVID-19 alleine, sondern auf</li> </ul>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

	<p>Atemwegserkrankungen allg. eingehen. – Wird einstimmig als sinnvoll angesehen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Themen des Flyers:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- bei Symptomen zu Hause bleiben und an eigenes Umfeld denken (Risikokontakte),</li> <li>- Smartes Lüften in Innenräumen,</li> <li>- MNS in Innenräumen – sollte Maskenart benannt werden? – Nein, keine Einmischung in pol. Diskussionen, allgemein weiterhin bleiben mit „medizinischem MNS“;</li> <li>- Impfungen schützen vor schweren Erkrankungen (Verlinkung auf BMG Impf-Guide);</li> <li>- Infektionen behandeln und wissen wo es Hilfe gibt.</li> </ul> </li> <li>○ Weitere Begleittexte mit Details können optional erstellt werden (z.B. Wie genau lüften)</li> </ul> <p>Thema im Herbst (Energie sparen und gleichzeitig Lüften): Smart Lüften wird als gute Wortwahl angesehen                  Frage: Testen vor Treffen mit Anderen aufnehmen? Oder vor Treffen mit Risikogruppen im privaten Umfeld? Hier müsste ergänzt werden „auf COVID“; Für Influenza sind Testangebote nicht verfügbar. In einem Flyer evtl kein triviales Problem                  Beim Lüften auf UBA hinweisen.</p>	
<p>9</p>	<p>RKI Kommunikationsstrategie: Es sollten keine Schreckensszenarien für Bevölkerung herbeigeredet werden. Flexible Anpassung je nach Infektionslage und Einsatz präventiver Maßnahmen sollten klar kommuniziert werden</p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! "Pandemieradar": Verständnis, dass neben den bereits vorhandenen Meldedaten Minister damit zusätzlich Hospitalisierung aufgrund von COVID, Bettenbelegung und Abwassersurveillance meint.</li> <li>! "Krankenhauspanel" (Begriffe des BMG im Rahmen der IfSG-Novelle und der Surveillance); „Panel“ wird nicht als geeignetes Wording angesehen; Krankenhaussentinel wäre der geeignete Begriff; Syndr. Surveillance (und hier auch ICOSARI) sollte ausgebaut werden; bisher weder Hausmittel noch Mittel vom BMG erhalten.</li> <li>! Abwassersurveillance: BMG hat deutlich gemacht, dass neben dem bereits laufenden Pilot, die Surveillance ausgeweitet werden soll. Erwartungen sind hoch; ob es ein geeignetes System zur Früherkennung ist, sollte im Rahmen des Pilot evaluiert werden. Verknüpfung der Abwasser- mit Ges. daten läuft (neue Softwarelösung). Standardisierung, Harmonisierung, Bewertbarkeit, Aussagekraft - diese Infos können noch nicht geliefert werden. Aber Umstellung in Realmodus soll bereits jetzt erfolgen. Personelle Ressourcen benötigt; RKI hat momentan den Auftrag die Architektur für das Monitoring zu liefern. UBA stark involviert.                  Wo sollen Daten generiert, wo gesammelt und ausgewertet werden? Noch nicht geklärt. Wichtig, das hier offen und klar mit dem BMG kommuniziert wird, was das Pilotprojekt bisher</li> </ul>	<p>FG33, Alle</p> <p>Alle                  FG32, 36, 37</p>

	liefern kann.	
<b>9</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>10</b>	<b>Labordiagnostik</b>  DGAM-Teilnahme an AG Diagnostik am BMG; Klärung: Rolle der Labordiagnostik z.B. bei Indikation Paxlovid  <b>ZBS1</b>  Nicht berichtet	FG17  ZBS1
<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  Stellungnahmen: DGKH zum Lüften in Schulen. Inhaltlich deckt sich Empfehlung prinzipiell mit der des RKI und des UBA, die Herleitung ist nur etwas speziell. <a href="https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2022_07_11_Stellungnahme-Luftreinigung-COVID-V2.pdf">https://www.krankenhaushygiene.de/pdfdata/2022_07_11_Stellungnahme-Luftreinigung-COVID-V2.pdf</a>  Entspricht Diskussionen um Leitlinien: gegen alleinige Lüftungsgeräte in Räumen - Additives nicht exklusives Einsetzen von Raumlüftungsgeräten. Techniken sehr unterschiedlich, daher RKI immer zurückhaltend geäußert. Technik nicht immer validierbar. RKI empfiehlt generell keine Lüftungsgeräte, hat sich aber auch nie explizit dagegen ausgesprochen.	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  Es wird von pol. Seite erwartet, dass eine stärkere Aussage zur Frage: „Hospitalisierung mit oder aufgrund von SARS-CoV-2?“ getroffen werden kann. Frage: sind Ausführungen dazu im jetzigen Entwurf des IfSG ausreichend, damit Daten von RKI Seite erhoben werden dürfen?	AL3
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG31
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  nicht berichtet	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	



**Ende: 12:57 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 16.08.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade /

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG33		
!	Institutsleitung	o	Thomas Harder	
	o	Lars Schaade	!	FG34
!	Abt. 1	!	FG35	
!	Abt. 2	!	FG36	
!	Abt. 3	o	Walter Haas	
	o	Tanja Jung-Sendzik	o	Kristin Tolksdorf
!	FG11	!	FG37	
!	FG12	o	Tim Eckmanns	
	o	Annette Mankertz	o	Julia Hermes
!	FG14	!	ZBS1	
	o	Melanie Brunke	!	ZBS7
!	FG17	o	Michaela Niebank	
	o	Barbara Biere	!	MF2
!	FG21	!	MF3	
	o	Patrick Schmich	!	MF4
	o	Wolfgang Scheida	o	Martina Fischer
!	FG23	!	P1	
!	FG 24	!	P4	
!	FG25	!	Presse	
	o	Christa Scheidt-Nave	o	Susanne Glasmacher
!	FG28	o	Marieke Degen	
	o	Susanne Bartig	o	Ronja Wenchel
	o	Claudia Hövener	!	ZIG
!	FG31	o	Johanna Hanefeld	
	o	Maria an der Heiden	!	ZIG1
	o	Renke Biallas	o	Sarah Esquevin
!	FG32	o	Carlos Correa-Martinez	
	o	Claudia Sievers	!	ZIG2
	o	Claudia Siffczyk	!	ZIG4
			!	BZgA
			o	Astrid Rose



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Negativer Fallzahlentrend innerhalb Europas, und auch auf anderen Kontinenten setzt sich fort, Ausreißer in Asien; Vergleich unter den Ländern kaum noch möglich, da Teststrategien angepasst, bzw. in den meisten Ländern runtergefahren.                      Höchste Fallzahl in Asien mit 53% der Fälle der letzten Woche. Todesfallzahlen nehmen generell weltweit ab, außer Asien und Ozeanien.                      Europäische Länder: verzögerte Meldungen aus Albanien, Schweiz, Griechenland; Finnland meldet wieder regelmäßig; Europa- Maßnahmen-Maßnahmen im Vergleich: Maskenpflicht, Isolationspflicht, Impfung; Maskenpflicht gibt es nur noch in wenigen Ländern im ÖPVN oder im med. Bereich; Der Großteil der Nachbarländer empfiehlt den 2. Booster für bestimmte Risiko/Altersgruppen; Schweden und Irland ab Sept: 3. Booster; Isolationspflicht nur noch in F, I NL; Kanada und USA: hier sind Maßnahmen noch schwieriger zu vergleichen aufgrund der unterschiedlichen Regelungen in den Provinzen/Bundesstaaten; Teststrategien in Europa im Vergleich: eine Erlassantwort ans BMG wird im Protokoll verlinkt.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      Rückgang setzt sich fort bzw. momentan Einpendelung auf Plateau; 10x geringere 7TI im Vergleich zu vor einem Jahr (37/100T im August 2021)                      Heatmap: in allen Altersgruppen Rückgang                      Todesfälle: Peak scheint noch nicht erreicht, mit Nachmeldungen ist zu rechnen                      Destatis Daten: keine Besonderheiten im Vergleich zur Vorwoche.                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelte aktive Fälle: 31.666.475 (+67.390), davon 146.030 (+192) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 311,8/100.000 Einw.</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b>                      (nicht berichtet)</p> <p><b>ARS-Daten</b>                      (nicht berichtet)</p> <p><b>VOC-Bericht</b>                      (nicht berichtet)</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b>, Folien <a href="#">hier</a>                      Leichter Anstieg von BA.5 auf 95%, Rückgang von BA.2 und BA.4</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>FG32</p>

	<p>BA.5 Sublinien-Anteile haben sich nur wenig verändert. Leichte Zunahme BA.2.75: 23 in Stichprobe; nicht auffällig</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b>, Folien <a href="#">hier</a></p> <p>ARE auf Bevölkerungsebene/GrippeWeb: leichter Anstieg; 3.700 ARE/100T; Anstieg in allen Altersgruppen, Niveau vergleichbar mit denen der vorpandemischen Jahre</p> <p>Ambulanten Arztkonsultationen aufgrund von ARE: Rückgang, aber erhöhtes Niveau im Vergleich zu vorpandemischen Jahren; bei Erwachsenen 2- 3x Erhöhung. Bei Kinder wieder Normalisierung. 0.8 Mio. Konsultationen aufgrund von ARE. In NRW sind Ferien bereits zu Ende: leichter Anstieg in Altersgruppe 5-14-Jährige zu beobachten.</p> <p>ARE mit COVID19 im ambulanten Bereich: insgesamt setzt sich der Rückgang aus den letzten Wochen fort, aber Stabilisierung bei 5-14-Jährigen, leichter Anstieg 60-79, Ü 80 stabil.</p> <p>ICOSARI: Rückgang deutlich zu sehen. Vergleichbar zu den vorpandemischen Jahren; Ab 80 leicht erhöhte Werte im Vergleich zu Vorjahren. ITS-Behandlung ebenfalls vergleichbare Zahlen zu Vorjahren.</p> <p>Anteil COVID-Diagnosen an SARI Fällen: Rückgang (27% alle Altersgruppen), auch Rückgang bei Ü80 (von 40% auf 30%); Influenza spielt keine Rolle momentan; SARI mit ITS: ebenfalls rückläufig.</p> <p>Hosp.-Inzidenzen: Auch hier Rückgang deutlich zu sehen und setzt sich fort. 2.1 COVID-SARI/100T. 1800 neue KH-Aufnahmen.</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b>, Folien <a href="#">hier</a>, Folien 13 und 14</p> <p>Keine Coronaviren außer SARS-CoV-2 nachgewiesen; Seitwärtsbewegung zu beobachten,</p> <p>Influenza: Sporadisch nachgewiesen A(H3N2), Andere Atemwegserreger: PIC aller 4 Typen, Rhino (jeweils etwa 11%), hMpV sporadisch nachgewiesen, kein RSV, bei allen ist eine Seitwärtsbewegung zu beobachten.</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b>, Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1096 COVID-PatientInnen auf der ITS.</li> <li>○ Plateau der ITS-COVID-Neuaufnahmen (911 innerhalb der letzten 7 Tage),</li> <li>○ Plateau Anzahl der Verstorbenen mit positivem SARS-CoV-2 Test; Tendenz Rückgang,</li> <li>○ BL: in den meisten Rückgang zu sehen. Trend zeigt allgemein nach unten oder Plateau.</li> <li>○ Behandlungsbelegung/-gruppen. Starker Rückgang bei leichter Unterstützung, Rückgang bei invasiv-beatmeten PatientInnen etwas geringer. ECMO Behandlung kaum in der letzten Welle.</li> <li>○ Verfügbarkeit Behandlungskapazitäten: High Care: Berg baut sich langsam ab, Belastung aber nach wie vor hoch, 62% der Meldenden melden begrenzte oder keine Verfügbarkeit;</li> <li>○ Altersgruppen: Rückgang und Plateau außer bei Ü80, hier leichter Anstieg. Großer Teil der ITS wird dominiert von Ü70.</li> <li>○ Prognosen: deutschlandweiter</li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG17</p> <p>MF4</p>
--	--	------------------------------------

	<p><b>Modellierungen</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>Diskussion/Info:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- FG37: Ausbrüche in Altenheimen gehen zurück</li> <li>- Steigen COVID-Todesfälle weiterhin? Übersterblichkeitsdaten von Destatis zeigen weiteren Anstieg. Destatis ist noch in Woche 29, wir zeigen Daten aus KW32. Graphiken passen zueinander, Destatis zeitverzögert.</li> <li>- Abb. Folie 7, Lage National: Obere Kurve: Gesamtsterblichkeit warum in letzten 9 Wochen gestrichelt? – Projektion. COVID Fälle aus System darunter abgebildet. Kann es deutlicher dargestellt werden? Wochenbericht: Angabe, dass auch bei Todesfällen leicht sinkende Tendenz? – Nein, aufgrund möglicher Nachmeldungen noch keine Entwarnung bei Todesfällen geben.</li> <li>- Gesamtfallzahlen: wie beschreiben? – Beschreibung durch „Infektionsdruck ist weiterhin hoch. Risikobewertung auch noch auf hoch.</li> </ul>	Alle
2	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Heute findet eine Sitzung der STIKO statt; Hauptthemen: - Auswertung der Ergebnisse des Stellungnahmeverfahrens. Indikation 2. Booster. Hier liegt der Vorschlag vor, die Altersgrenze auf 60+ abzusenken und Indikationsgruppen auszuweiten über Immundefiziente auf andere Risikogruppen hinaus. Änderung Intervall 1 und 2. Booster regelhaft 6 Monate. Nachfrage der BL wie mit vorbestehenden Infektionen umgegangen werden soll (Ersetzt eine Infektion den Booster?); Bisher gibt es hierzu keine klare Positionierung der STIKO.</p> <p>22.08: konstituierende Sitzung der PEIKO (AG Covid-19-Impfungen) unter Beteiligung von externen Sachverständigen sowie BMG (Hr Rottmann, Fr Korr)</p> <p>Frage:                  3. Auffrischimpfung bei Risikogruppen, die sich bereits relativ früh im Jahr das 4. Mal haben impfen lassen? – bisher nicht diskutiert</p>	FG 33
3	<p><b>Internationales</b> (nicht berichtet)</p>	ZIG
4	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CWA soll bis Mai 2023 verlängert werden; bisher liegt hierzu noch keine schriftliche Aussage vor.</li> <li>- Minister hat unterschiedliche Ideen, wie CWA zusätzlich genutzt werden soll: Kernidee: Nutzung zur Befreiung von der Maskenpflicht im Herbst z.B. in Restaurants bei frischer Impfung/Testung.</li> <li>- Effekte sind hier auch auf CovPass App zu erwarten.</li> <li>- Unterstützung bei Unregelmäßigkeiten bei Abrechnungen in Testzentren/Ärzten/Kliniken: hierzu fanden mehrere Treffen statt. GA Köln stellt einen Testdatensatz zur Analyse zur</li> </ul>	FG21

	<p>Verfügung; Ziel: Anomalien im Datensatz aufgedeckt und beschreiben</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CWA BackendDaten zur externen Validierung nutzbar</li> <li>- Bericht hierzu in Bearbeitung (Deadline von Seiten des BMG: 18.08)</li> <li>- Am 20.9 sollen dann über KBV Daten aus dem ganzen Bundesgebiet geliefert werde; Datenqualität nicht klar;</li> <li>- Aufwand auf unserer Seite wird geprüft, da Konzept in eine neue VO einfließen soll;</li> </ul> <p>Fragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presseanfrage NDR/WDR/SZ mit Frist heute:</li> <li>- Welche Expertise hat das RKI in diesem Bereich? Hat das RKI die nötige Erfahrung? – Antwort: Ja, Anomalien in Datensätzen aufdecken ist tägliche Arbeit, wichtig ist hier: wir finden nicht heraus, wer betrügt, sondern liefern die technische Unterstützung. Unsere Aufgabe: Datenauswertung zur Prävention; Meldungen der Daten erfolgen and KVen Gesundheitsbehörden vor Ort, Was mit den Daten dort geschieht wird in VO geregelt.</li> <li>- Wieviele MA werden sich in Zukunft damit beschäftigen – Antwort: noch in Diskussionen mit BMG, aktuell befindet sich die Struktur noch im Aufbau, abhg. von Ergebnissen;</li> </ul> <p>To Do: Fr Glasmacher bereitet eine Antwort zur Anfrage NDR/WDR/SZ vor, und zirkuliert diese an Leitung und P. Schmich.</p>	
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soziale Determinanten Einfluss Auf COVID- Impfstatus: Befragung bundesweit, telefonisch, Juli – Dez 2021. 87% der Befragten gaben an, geimpft zu sein; Quote variiert mit Alter. – niedrigste Quote bei Anfang-30-Jährigen, steigendes Alter- steigende Quote;</li> <li>- Indikatoren: Bildungsniveau, Netto äqu. Einkommen, Wohnregion, Stadt vs. Land, Migrationsgeschichte</li> <li>- Impfquote nimmt mit steigender Bildung und steigendem Einkommen zu; Unterschiede Impfquote Bildung hoch zu Bildung niedrig: 9% höhere Impfquote, hohes vs. Niedriges Einkommen 15% höhere. Unterschied West-Ost: 10% höhere Impfquote; Auf dem Land sind Menschen weniger geimpft als in der Stadt. Migrationshintergrund: bei Zugewanderten liegt die Impfquote um 10% niedriger.</li> <li>- Altersdifferenziert: bei Ü60-Impfquote sind soziale Unterschiede deutlich geringer ausgeprägt; Impfquote kaum abhängig von Bildungsniveau in dieser Altersgruppe im Vergleich zu jüngeren Generationen.</li> <li>- Fazit: Impfinanspruchnahme variiert in Abhängigkeit von verschiedenen sozialen Determinanten.</li> <li>- Probleme bei Menschen mit Migrationshintergrund sind nicht notwendigerweise auf Deprivation zurückzuführen, sondern</li> </ul>	FG28

	<p>können auch in Sprachbarrieren oder im Zugang zur Versorgung begründet liegen. Tiefergehende Analysen sind hier wichtig. COVIMO Anhaltspunkte: Sprachkenntnisse und Vertrauen wichtig für Impfinanspruchnahme. Daten von GEDA Fokus (Menschen mit Migrationshintergrund) sollen diese Daten ergänzen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Höhere Mortalität bei höherer Deprivation: in diesen Gruppen besteht eine höhere Prävalenz von Vorerkrankungen, die Risiko eines schweren Verlaufs erhöhen.</li> <li>- Maßnahmen: wir brauchen zielgerichtete, niedrighschwellige Angebote für bestimmte Gruppen und u.a. Sensibilisierung der Ärzteschaft/des med. Personals. Politikübergreifende Anstrengungen notwendig.</li> </ul> <p>Fragen/Kommentare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In diesen Gruppen wegen weniger PCR Tests durchgeführt. Kernbotschafteb für Minister und Leitung. (es wurde zum Thema bereits ein Initiativbericht zur 4. Welle verfasst; wenig Feedback von Seiten des BMG).</li> <li>- Internationale Publikation geplant? Journal of Health Monitoring: auf D und EN; nochmal Bericht zum Thema ans BMG? -Feedback: ja</li> <li>- Feedback ZIG:; Akzentuierung der deutschen Daten im Rahmen internationaler Zusammenarbeit möglich. WHO plant einen Report zu COVID-19 und sozialen Ungleichheiten (2023) mit Länder-Konsultationen. ZIG verfasst im 2-Wochen Rhythmus einen Bericht ans BMG, in dem u.a. wichtige Fachpublikationen erwähnt werden: Thema hier aufgreifen.</li> </ul>	
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Kein Änderungsbedarf</p>	Abt. 3
6	<p><b>Expertenbeirat</b> (montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs
7	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>FAQ zu der neuen STIKO Empfehlungen in Vorbereitung?          Welche Änderungen?? - Pressestelle meldet sich bei BzGA</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Nicht berichtet</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>

<p><b>8</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Dokumente</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b>                  Siehe virol. Surveillance</p> <p><b>ZBS1</b>                  Nicht berichtet</p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>                  nicht berichtet</p>	<p>FG14</p>
<p><b>13</b></p>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Frage Herr Mielke: Bewertung der Untererfassung und des Krankenstandes <a href="https://www.deutschlandfunk.de/zahl-der-krankschreibungen-wegen-covid-19-steigt-weiter-100.html">https://www.deutschlandfunk.de/zahl-der-krankschreibungen-wegen-covid-19-steigt-weiter-100.html</a>                  Barmer: steigende Zahlen bei Krankmeldungen während wir angeben, dass der Gipfel überschritten ist; Evtl. begründet in telefonischen Krankschreibungen? Dikrepanz?                  Untererfassung Infektionen anhand der Datenspende-App (Gruppe Brockmann)</p> <p>To Do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nCoV-Lage für nächste Woche als Aufgabe an Herrn Brockmann vergeben vergeben –Darstellung der Untererfassung von Infektionszahlen über Datenspende-App</li> <li>- Hr Mielke bitte bei der nächsten Lage-AG präzisiert, was hier diskutiert werden soll</li> </ul>	<p>FG 32</p>
<p><b>14</b></p>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>                  nicht berichtet</p>	<p>FG31</p>
<p><b>15</b></p>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Es gibt wieder mehr zu tun, einige Erlasse gingen ein, Lageberichtschrift morgen nicht besetzt. Nach wie vor ist es sehr schwierig einige Positionen langfristig und permanent zu besetzen.</p>	<p>FG31</p>
<p><b>16</b></p>	<p><b>Wichtige Termine</b>                  keine</p>	<p>Alle</p>



<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Wochentag, 24.08.2022, 11:00 Uhr, via Webex	
-----------	--	--

**Ende: 12:24 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Montag, 24.08.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade / Ute Rexroth

- Teilnehmende:**
- ! Institutsleitung
    - Lars Schaade
    -
  - ! Abt. 3
    - Osamah Hamouda
    - Tanja Jung-Sendzik
  - ! FG12
    - Annette Mankertz
  - ! FG14
    - Melanie Brunke
  - ! FG17
    - Thorsten Wolff
    - Barbara Biere
  - ! FG21
    - Patrick Schmich
  - ! FG 24
    - Martin Thißen
  - ! FG31
    - Ute Rexroth
    - Maria an der Heiden
    - Amrei Wolter (Protokoll)
    - Alexandra Hofmann
  - ! FG32
    - Claudia Sievers
    - Michaela Diercke
  - ! FG33
    - Ole Wichmann
  - ! FG34
    - Matthias an der Heiden
    - Claudia Winklmayr
  - ! FG36
    - Udo Buchholz
    - Stefan Kröger
    - Kristin Tolksdorf
  - ! FG37
    - Tim Eckmanns
  - ! ZBS7
    - Michaela Niebank
  - ! MF4
    - Janina Esins
  - ! P1
    - Ines Lein
  - ! P4
    - Dirk Brockmann
    - Jakob Kolb
    - Robert Bruckmann
  - ! Presse
    - Susanne Glasmacher
    - Marieke Degen
  - ! ZIG1
    - Romy Kerber
    - Carlos Correa-Martinez
  - ! BZgA
    - Nina Horstkötter







	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a> SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 30.598.385 (+121.780), davon 143.545 (+181) Todesfälle 7-Tage-Inzidenz: 652,0/100.000 Einw. Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.728.212 (77,8%), mit vollständiger Impfung 51.415.743 (61,8%) Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Abnahme der Fallzahlen, Einpendeln auf Plateau Geografische Verteilung: im Osten Verbesserung Heatmap: Abnahme in AG über 15, 0-14 Jahre gleichbleibend KW30 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum Destatis Übersterblichkeit weist keine Änderungen zur Vorwoche auf <i>Diskussion</i> ! Wie erklärt sich der Anstieg im Saarland?<ul style="list-style-type: none"><li>o BL übermitteln am WE nicht, führt dazu, dass Bremen und Saarland zackiger Verlauf ist, Saarland hat mehr Nachmeldungen, keine außergewöhnliche Beobachtung</li></ul></p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>8. Mit Stand 24.08.2022 werden 951 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt</li><li>9. Weiterhin Reduktion der COVID-ITS-Belegung</li><li>10. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +768 in den letzten 7 Tagen im Plateau</li><li>11. Anzahl der auf ITS-Verstorbenen fällt</li><li>12. Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten<ol style="list-style-type: none"><li>1. Hamburg als Ausreißer (über 7%)</li><li>2. Nord-Ost (SA niedrig 2%)</li><li>3. Mittlere BL um etwa 5%</li><li>4. Süden 3%</li><li>5. Hauptteil BL 3-6%</li><li>6. Abfall der absoluten Fallzahlen in allen Behandlungsgruppen</li><li>7. Seit Mitte Juli Anstieg der schweren Behandlungsmethoden, hängt vermutlich damit zusammen, dass beatmete Patient:innen eine längere Liegedauer haben</li><li>8. Einschätzung der Betriebssituation: Belastung fällt, Betriebssituation erholt sich, eingeschränkte Meldungen fallen, reguläre Einschätzungen stiegen</li><li>9. Gründe der Betriebssituation Personalmangel-Rückgang</li><li>10. Rückgang in allen AG</li><li>11. Über 60-Jährige haben einen Anteil von über 80% an Intensivstationen</li><li>12. SPoCK-Prognose: Rückgang in allen Kleeblättern</li></ol></li></ol>	<p>(Sievers)</p> <p>MF4 (Esins)</p>
--	--	---

	<p><b>Testkapazitäten</b></p> <p>13. Anzahl der Tests haben um 6% im Vergleich zur Vorwoche abgenommen</p> <p>14. Positivenanteil abgenommen (38,4%)</p> <p>15. Kapazität auf hohem Niveau: 2,7 Mio. Test</p> <p>16. 533.000 PCR-Test durchgeführt, Positivenanteil 38,4%</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b></p> <p>17. Keinen Drop bei Sequenzierungen</p> <p>18. Dominanz durch BA.5 mit 95%, BA.4 stabil</p> <p>19. Seit ein paar Wochen Stabilität von BA.4 und BA.5</p> <p>20. Anteil der älteren Linie ist stabil, innerhalb Sublinie Veränderungen</p> <p>21. BA.2.12.1 Anteile fallen ab</p> <p>22. BA.2: BA.2.7.5 steigt leicht an, kleine Zahlen (wird in Indien angenommen, in DE bei 0,2%)</p> <p>23. Innerhalb BA.5 BA.5.1 und BA.5.2</p> <p><b>ARS-Daten</b></p> <p>24. Test stabil in BE und BB und MPV</p> <p>25. Andere BL Rückgang (BY, TH, SH)</p> <p>26. KH testen stabil, Arztpraxen halbieren Testungen in den letzten 5 Wochen; hängt vermutlich mit Ferien zusammen</p> <p>27. Prozentualer Anteil der Positiven geht leicht zurück, in KH und Arztpraxen gleichbleibend</p> <p>28. Mehr Testungen, mehr Positiv, weniger Testungen weniger positiv</p> <p>29. Kein Ausreißer in den Altersgruppen, gleichmäßige Testungen aber insgesamt weniger</p> <p>30. Positivenanteil der 5-14-Jährigen steigt an, 0-4-Jährige steigt ebenfalls an</p> <p>31. Leichter Abfall Ausbrüche Altersheim</p> <p><b>Syndromische Surveillance (Tolksdorf)</b></p> <p>32. ARE gesamt: gesunken 3,0 % (Vorwoche: 3,6 %); Vorwochenwert lag bei 3,7 %</p> <p>33. Trend: in den letzten Wochen (seit 28. KW) bis 31. KW ein rückläufiger Trend, erstmals wieder Anstieg in KW 32, hat sich aber in KW 33 nicht fortgesetzt.</p> <p>34. liegt mit 3,0 % im Bereich der Vorjahre zur 33. KW</p> <p>35. Anstieg bei den Kindern: 5,9 % (Vorwoche: 5,4 %); Rückgang bei den Erwachsenen: (2,6 %; Vorwoche: 3,3 %)</p> <p>36. ARE 5 AG: Anstieg bei den 0- bis 4-Jährigen (Anstieg um 42 %), in allen anderen AGs gesunken</p> <p>37. Ambulanter Bereich entspannt sich</p> <p>38. In der 33. KW wurden bundesweit weniger Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche</p> <p>39. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: rückläufig in KW 33 insgesamt mit 775 (Vorwoche: 937) liegt bei ca.800; seit KW 28 rückläufig</p> <p>40. Insgesamt über dem Bereich der Vorjahre zur 33. KW, aber auch in allen der ab 15-Jährigen höher (nicht mehr ganz so deutlich wie in den Vorwochen); bei den 0-4-Jährigen ähnlich der vorpandemischen Werte</p> <p>41. Rückgang in allen AGs zur Vorwoche (zwischen 16 % und 27 %)</p> <p>42. 70 % der BL noch in den Sommerferien (in NW, MV und</p>	<p>Abt.3 (Hamouda)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG37 (Eckmanns)</p> <p>FG36 (Tolksdorf)</p>
--	---	--

	<p>SH hat Schule wieder begonnen in KWW 33 dort bereits Anstieg bei den Schulkindern erkennbar, besonders in NW)</p> <p>43. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE ab KW 22/2022 deutlich angestiegen war, wird seit KW 29/2022 insgesamt ein Rückgang der Werte beobachtet</p> <p>44. SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen in AG bis zur 33. KW 2022 sind die Werte in allen AG gesunken, seit KW 29/2022 setzt sich der rückläufige Trend fort</p> <p>45. SARI-Fallzahlen sind in der 33. KW 2022 insgesamt nur leicht gesunken, SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil geblieben im Vergleich zur Vorwoche, Weiterhin auf üblichem Sommerniveau</p> <p>46. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 33 stabil: 28 % (Vorwoche: 30 %)</p> <p>47. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung ebenfalls stabil: 28 % (Vorwoche: 27 %),</p> <p>48. Anteil Influenza seit KW 25 unter 1%</p> <p>49. SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen auf Sommerniveau</p> <p>50. AG ab 80 Jahre bleibt weiterhin etwas über den Werten der Vorjahre</p> <p>51. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 35+ ist stabil im Vgl. zur Vorwoche</p> <p>52. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI bis zur 33. KW 2022: Gesamt: 2,6 COVID-SARI pro 100.000 (entspricht ca. 2.200 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <p>53. Wenig Änderungen, leichter Rückgang SARS-CoV-2 (16%)</p> <p>54. Sporadische Infektionen HKU1</p> <p>55. Nachweis von AH3N2</p> <p>56. Andere Coronaviren oder Influenzaviren waren nicht nachweisbar</p> <p>57. Rhinoviren und Parainfluenzaviren in gleichen Anteilen nachweisbar, untergeordnete Rolle RSV</p>	<p>FG17 (Biere)</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Am Montag Sitzung der PEIKO-AG                  Teilnahme externer Expert:innen und BMG                  Besprechung der Arbeitsweise und Themenpriorisierung                  3 Themen</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>

	<p>6. Variantenimpfstoff</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Steht kurz vor Zulassung, Unklarheiten bzgl. Timelines, 60 Mio. vorbestellt</li> <li>2. BA.1-Impfstoffe kommen voraussichtlich September, BA.5-angepasster Impfstoff kommt voraussichtlich im Oktober</li> <li>3. Impfstoff Valneva wird kommen, angeblich nächste Woche. Impfstoff wird ausgeliefert, aber nicht verteilt, dauert vermutlich noch 2 Wochen. Hiervon wurde nicht viel eingekauft. Ist ein Totimpfstoff, Empfehlung von PEIKO folgt, nur für Grundimmunisierung und für 18-50-Jährige</li> <li>4. Wunsch Ärzteschaft: Nachschärfung Algorithmen der Konstellationen (Geimpft/Genesen): wird in 4-6 Wochen auf die Agenda gesetzt, PEIKO derzeit an Review mit WHO und Kanada zur Wirksamkeit der verschiedenen Konstellationen</li> <li>5. Nachrangig: Zulassung Kleinkinder (unter 4 Jahre) und Auffrischimpfung</li> </ol> <p><i>Diskussion</i></p> <p>! In IfSG-Novelle: Geplant: 3 Monate nach letzter Impfung gilt man als geimpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Es geht nicht darum, dass man als geimpft gilt, sondern es gibt eine Ausnahme der Maskenpflicht für bestimmte Räume in der Öffentlichkeit für die 3 Monate</li> <li>o Höhere Impfabstände werden empfohlen (STIKO alle 6 Monate), für den Zeitraum nach der Impfung wird eine Erleichterung geschaffen. Ob es verabschiedet wird ist offen</li> </ul> <p>! Algorithmus: wer gilt als ausreichend geimpft?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o STIKO: Verhinderung schwerer Fälle im Fokus</li> <li>o Transmission und neuer Impfstoff: Hoffnung, dass durch adaptierte Impfstoffe besser in Verhinderung auf Transmission</li> <li>o Herkömmlicher wirkt gut vor schweren Infektionen/Erkrankungen</li> </ul> <p>! Variantenangepasster Impfstoff der Transmission verhindert; wird neuer Selektionsdruck geschafft?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Transmissionsblockierend wird nicht erwartet. Höhere AK-Level, wird eher von nasalen Impfstoffen erwartet, diese sind noch in Entwicklungspipeline</li> </ul> <p>! Sind die Impfstoffe bivalent oder monovalent?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Erstmal bivalente Impfstoffe (BA.1, BA.4, BA.5-Impfstoffe), andere Hersteller haben monovalente Impfstoffe in der Pipeline, moving target, Einreichung bei EMA ist unklar, Diskussion läuft auf europäischer Ebene</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>



<p>4</p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Plausibilitätsprüfung              Nicht „Betrug“ sondern „Auffälligkeiten“              Meeting mit Köln, Datenabgleich              CWA              Wird bis Mai 2023 weiterbetrieben werden              Verhandlungen mit Industriepartnern              CWA und Maske ist in Umsetzung              Gelder vom BMG stark gekürzt              Prognose daher schwer abzugeben  <i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Personelle Ressourcen werden weiterhin aus dem Haus getragen, vermutlich wird eine neue Ausschreibung ab Mai 2023 geschrieben</li> </ul>	<p>FG21              (Schmich)</p>
<p>5</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2. Bereitstellung von Daten und Forschungsergebnissen in einem Webportal nach den FAIR-Prinzipien: findable, accessible, interoperable, re-usable</li> <li>3. Bereitstellung eines strukturierten Austauschs zwischen den Ländern über bewährte COVID-19-Verfahren und Fachwissen.</li> <li>4. Förderung der Interoperabilität und Bekämpfung von Ungleichheiten bei Gesundheitsinformationen.</li> </ul> <p>60. 4 Kleinstudien:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Direkte und indirekte Folgen der COVID-19-Infektion in vulnerablen Bevölkerungsgruppen unter Bezugnahme auf Ungleichheiten</li> <li>2. Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen</li> <li>3. Auswirkungen auf die Gesundheit von Müttern und Neugeborenen</li> <li>4. Veränderungen in der psychischen Gesundheit der Bevölkerung</li> </ul> <p>61. <b>Erforschung</b> der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die Gesundheit der europäischen Bevölkerung</p> <p>62. <b>Pilotaktivitäten</b> für den Nutzen und Mehrwert der Forschungsinfrastruktur, indem Daten aus verschiedenen europäischen Ländern zusammengeführt und die Ergebnisse in die förderierte Forschungsinfrastruktur eingespeist werden</p> <p>Hat die COVID-19-Pandemie die bestehenden Muster der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung außerhalb von COVID-19 verändert?</p> <p>63. Wales: Rate der Herzinfarkte pro 100.000 Einwohnern 2020 im Vergleich zu 2018/2019 hin zum Lockdown (mit steigenden Infektionszahlen) stark gesunken! Weniger Inanspruchnahme, weniger Diagnosen</p> <p>64. Danach sprunghaft auf ein Niveau über 2018/2019 angestiegen! verzögerte Diagnosen</p> <p>65. Bei einem Ländervergleich mit mehreren Outcomes sieht man bei der Veränderung der Inzidenz:</p> <p>66. Den gleichen starken Rückgang von Herzinfarkten zu Zeiten des Lockdowns in 2020 (März/April)! Ende 2021 auf einem vorpandemischen Niveau; bei Schlaganfällen</p>	<p>FG24              (Thißen)</p>

	<p>liegen wir unter diesem Niveau von 2019</p> <p>67. Bei Hüft- und Knieersatz sind die Entwicklungen eindeutiger! März/April 2020 starker Abfall der Inzidenzen und bis heute nicht wieder auf vorpandemisches Niveau</p> <p>Verzögerte Behandlung von Brustkrebspatientinnen verbunden mit der Pandemie?</p> <p>68. Absolute Zahlen: 2017-2020! Zu Beginn 2020 in allen Ländern zurückgehende Zahlen (in Italien eklatant); insgesamt aber in Belgien, Spanien und Wales anschließend ein steigender Trend zu verzeichnen</p> <p>69. Starke Zunahme der Zeitintervalle von der Diagnose bis zur operativen Behandlung nach dem Lockdown 2020</p> <p>Frühgeburtenrate während der Pandemie:</p> <p>70. In mehreren Ländern kam es während der Pandemie zu einem deutlichen und kontinuierlichen Rückgang der Frühgeburtenraten: Italien, Portugal und das Vereinigte Königreich.</p> <p>Fehlgeburtenrate</p> <p>71. In den meisten Ländern sind die Totgeburtenraten im Jahr 2020 oder im Zeitraum März bis September 2020 nicht gestiegen. In einigen Ländern gab es jedoch einen signifikanten Anstieg, der in Österreich, der Tschechischen Republik und Slowenien erheblich war.</p> <p>Veränderung der psychischen Gesundheit während der Pandemie oder der Lockdowns (Bereich Inanspruchnahme):</p> <p>72. Beispiel hier bezieht sich auf Finnland: Gesamtbesuche versus Erstkontakte mit Versorgungseinrichtungen der mentalen Gesundheit</p> <p>73. In den Sommermonaten das typische Sommerloch mit einem Rückgang der Zahlen! Anstieg der Gesamtbesuche von 2019-2021 von 7%</p> <p>74. Dagegen sind die Erstkontakte um 6% stark gesunken</p> <p>Diagnosen von Depressionen:</p> <p>75. Bei beiden Geschlechtern großer Spike nach unten in 2020 und insgesamt liegt die Anzahl diagnostizierter Depression in 2020-2021 klar unter dem Niveau von 2017-2019 als vorpandemischer Zeiten.</p> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Deutsche Daten liegen vor, müssen analysiert werden</li> <li>○ Rückgänge können unterschiedliche Erklärungsmuster haben</li> <li>○ Verzögerte Diagnostik, Interpretation der Datenlage ist schwierig, da aggregierte Daten</li> </ul>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	

8	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b> Überarbeitung FAQ COVID-19</p> <p><b>P1</b> (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Horstkötter )</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
9	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>                  Bericht Impfungen Bewohnende/Beschäftigte/Gäste in Einrichtungen                  Daten von 12.000 Altenheimen, Veröffentlichung am 22.08.2022                  4. Impfung bei Bewohnenden und Gästen häufiger als bei Beschäftigten                  Entwicklung April 2022 – Mai 2022: keine großen Veränderungen, nur 4. Impfung                  Impfquote nach Beschäftigte nach BL: in Sachsen 17% keine Impfung, Unterscheidung nach LK: Leipzig mit 5% im Durchschnitt                  Höchste Übersterblichkeit in Sachsen                  Wunsch nach Unterstützung, da ab 01.01.23 Wegfall der Containment Scouts, Antrag wird gestellt</p> <p><b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
10	<p><b>Dokumente</b> (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>
12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Als Info: Die Eingliederungshilfe soll abgedeckt werden durch KRINKO, eine Adhoc AG wird eingerichtet, FG14 und FG37 unterstützt hier. Erwartung: Ende August/Anfang September Treffen, Ende September Bericht Abdeckung Eingliederungshilfe. BMG will Informationen hierzu vorliegen haben.                  Adhoc AG ist erstmal unabhängig von KRINKO, soll aber langfristig von KRINKO übernommen werden</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Analysis of COVID-19 and Influenza mortality in Germany using a flexible spline model</p>	<p>FG34, FG36 (Winklmayr, Buchholz, an</p>



	<p>Geschätzte Inzidenz geteilt durch die offizielle Inzidenz und Verhältnis Antigen/PCR weist deutliche Korrelation auf  <i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Weniger schwere Erkrankungen und Todesfälle in Omikron-Welle, mehr Antigentestungen bei wenigen Symptomen</li> <li>! Anfang der Pandemie: Jede Infektion zu erfassen. Kann kein Surveillancesystem leisten. Trends durch Arztbesuche abbilden. Wandel; nicht jeder geht zum Arzt, ist aber auch nicht notwendig</li> <li>! In Meldedaten können Trends abgelesen werden</li> <li>! Lösen wir das Problem der Untererfassung, indem Antigenteste meldepflichtig gemacht werden?</li> <li>! Unter aktuelle Lage wäre ein Slot gewesen, zur besseren Kommunikation wäre eine Information vorab besser gewesen</li> <li>! Meldeinzidenz mit junger Datengruppe vergleichen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Wurde durchgeführt, sieht extremer aus</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ToDo</b>  <i>Darstellung der Untererfassung in einer FAQ (FG32, FG36, Presse). Entwurf durch FG32 und FG36</i></p>	
<b>14</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>                  nicht berichtet</p>	FG31
<b>15</b>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>                  Bitte um Unterstützung aus mehreren OEs</p>	FG31
<b>16</b>	<p><b>Wichtige Termine</b>                  keine</p>	Alle
<b>17</b>	<p><b>Andere Themen</b>                  Nächste Sitzung: Mittwoch, 31.08.2022 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:04 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Donnerstag, 01.09.2022, 09:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Tanja Jung-Sendzik
- FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Barbara Biere
- ! FG31
  - Ute Rexroth
  - Ulrike Grote
  - Janina Stauke
  - Christian Wittke (Protokoll)
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG34
  - Matthias an der Heiden
- ! FG36
  - Udo Buchholz
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! ZBS7
  - Agata Mikolajewska
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Romy Kerber
- ! BZgA
  - Mirco Steffens



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit: Fälle, Todesfälle                      Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-31.08.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Europe: 246.426.020</li> <li>2. America: 174.492.276</li> <li>3. Western Pacific: 81.367.219</li> <li>4. South-East Asia: 59.877.206</li> <li>5. Eastern Mediterranean: 22.934.311</li> <li>6. Africa: 9.269.451</li> </ol> <p>Insgesamt global abnehmendes Infektionsgeschehen über alle Kontinente hinweg. Leicht steigende Trends lediglich auf kleinen Inselstaaten oder Überseegebieten. BA.5 Sublinie mit Prävalenz von 87% weiterhin global dominant.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Asien: Sinkende Fallzahlen mit – 18% bei stabilen Todesfallzahlen. Steigende Fallzahlen in den palästinensischen Gebieten. Hohe Inzidenzen &gt; 1.000/100.000 EW in Korea und Japan bei sinkendem Trend.</li> <li>8. Europa: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-15% und -33%)</li> <li>9. Ozeanien: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-26,3% und -19,9%). Australien und Neuseeland mit Inzidenz über 300 bei sinkendem Trend.</li> <li>10. Afrika: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-27,9 % und -63,9%)</li> <li>11. Amerika: Sinkende Fall- und Todesfallzahlen (-17,5% und -13,5%)</li> </ol> <p>Globale Fallveränderung 7-Tage                      -17,5%</p> <p>Todesfallzahlen 7-Tage                      -15,7%</p> <p>7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Weiterhin Auffälligkeiten in den Meldungen aus Griechenland und Schweiz</li> <li>13. Daten aus Belarus und Ukraine mit Verzögerungen/Unregelmäßigkeiten</li> <li>14. Seit KW33 abnehmender Trend nun auch bei Bevölkerung mit 65+ Jahren</li> <li>15. Abnehmender Trend in allen Ländern mit Ausnahme von                         <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Russland (+20,4%, steigende Todeszahlen, BA.5 seit Ende Juni dominant)</li> <li>2. Portugal (+14,2%, leicht steigende Todeszahlen)</li> </ol> </li> </ol> <p>Spezifische Maßnahmen (Masken, Mindestabstand) für Schulen nach Sommerferien</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Die meisten Länder orientieren sich an Nachbarstaaten</li> <li>17. Rückmeldungen aus europäischen Ländern: Keine Planung weiterer spezifischen Maßnahmen. Anpassungen in Abhängigkeit der Lage sind möglich.</li> </ol>	<p>ZIG1                      (Kerber)</p>



	<p>Hinweis: Die USA beenden Möglichkeit kostenlose Covid-19-Tests nach Hause bestellen zu können</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.184.553 (+39.396), davon 147.494 (+90) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 237,3/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.762.361 (77,9%), mit vollständiger Impfung 51.555.930 (62,0%)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  Leichte Abnahme der Fallzahlen, Einpendeln auf Plateau                  Geografische Verteilung: Höchste Inzidenz im LK Straubing du LK Dachau. In beiden LK haben Volksfeste stattgefunden                  Heatmap: In fast allen AG Rückgänge insbes. bei den Hochbetagten; leichte Anstiege bei 5-9 sowie 10-14-Jährigen                  KW32 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum                  Destatis Übersterblichkeit weist keine Änderungen zur Vorwoche auf</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>18. Mit Stand 31.08.2022 werden 797 COVID-19-Patient: innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt</p> <p>19. Weiterhin stetige Reduktion der COVID-ITS-Belegung</p> <p>20. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +695 in den letzten 7 Tagen im Rückgang</p> <p>21. Anzahl der auf ITS-Verstorbenen fällt</p> <p>22. Anteil der COVID-19-Patient: innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt mit leichtem Anstieg</li> <li>2. Sonst flächendeckend Rückgang in allen BL</li> <li>3. Rückgang in allen Behandlungsgruppen</li> <li>4. Einschätzung der Betriebssituation:                      Uni-Maximalversorger größerer, ansteigender Prozentsatz mit Einschränkung wohingegen Grund/Regelversorger mit sinkender Einschränkung erkennbar sind, dafür mehr teilweise eingeschränkt.</li> <li>5. Gründe der Betriebssituation Personalmangel- Rückgang auf hohem Niveau</li> <li>6. Rückgang in allen AG mit Ausnahme 30-39-Jährige (Anstieg) und 0-17-Jährige (Plateau)</li> <li>7. Über 60-Jährige haben einen Anteil von über 80% an Intensivstationen</li> <li>8. SPoCK-Prognose: Rückgang in allen Kleeblättern</li> </ol> <p><b>Molekulare Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>23. Keinen Drop bei Sequenzierungen</p>	<p>FG32 (Diercke)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	--



	<p>34 leicht gesunken: 24 % (Vorwoche: 32 %)</p> <p>43. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung ebenfalls gesunken: 18 % (Vorwoche: 26 %),</p> <p>44. Anteil Influenza seit KW 25 unter 1%</p> <p>45. SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen auf Sommerniveau; leichter Anstieg in den AG unter 15 Jahren</p> <p>46. AG ab 80 Jahre bleibt weiterhin etwas über den Werten der Vorjahre</p> <p>47. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 35+ ist leicht gesunken im Vgl. zur Vorwoche</p> <p>48. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI bis zur 34. KW 2022: Gesamt: 2,3 COVID-SARI pro 100.000 (entspricht ca. 1.900 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in Deutschland)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <p>49. Keine Änderungen zur Vorwoche bei SARS-CoV-2 (16%)</p> <p>50. Anstieg von AH3N2-Nachweisen auf 7%</p> <p>51. Andere Coronaviren oder Influenzaviren waren nicht nachweisbar</p> <p>52. Anstieg RSV auf 5%, PIV und HRV auf gleichem Niveau (18%), kein Nachweis von HMPV</p>	<p>FG17 (Biere)</p>
<b>2</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
<b>3</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<b>4</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
<b>5</b>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Abt. 2</p>

6	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>
7	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Praes</p>
8	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktuelle Merkblätter werden hinsichtlich neuester STIKO-Empfehlungen angepasst              BZgA Corona-Impfcheck wird voraussichtlich im Laufe des Septembers auf infektionsschutz.de verfügbar sein</p> <p><b>Presse</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer zu Herbst/Winter ist in Arbeit. Frau Leuker ist mit allen Beteiligten in Austausch.</p> <p><i>Diskussion</i></p> <p>Sind in Deutschland Kampagnen zur Behandlung mit Coronamedikamenten wie Paxlovid angedacht?              Dokumente befinden sich in Überarbeitung. Letzte Woche gab es Publikationen, die Vorteile der Behandlung an Geimpften aufzeigen. Zudem ist eine Fortbildung für Hausärzte in Zusammenarbeit mit dem Hausärzterverband angedacht.              Wie ist die Interaktion mit anderen Medikamenten und wie sind die Nebenwirkungen zu bewerten?              Präzisierung der Risikofaktoren ist komplex. Ergebnisse der Publikationen deuten eher auf eine Empfehlung für die ältere Bevölkerung ab 65 Jahren hin. Zu Neben/-wechselwirkungen bietet Liverpool Interaction Checker eine gute Orientierung.              Der Minister hat neuen Impfstoffen eine bessere Wirkung zugeschrieben und zeitgleich eine neue, große Informationskampagne angekündigt. Ist die Kampagne in Zusammenarbeit mit der BZgA?              Das RKI ist hier mit eingebunden. Ein Termin dazu findet am Freitag mit dem BMG statt.</p>	<p>BZgA (Steffens)</p> <p>Presse (Degen)</p> <p>P1 (Lein)</p>
9	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Stellungnahme Bundesregierung zum IfSG-Evaluationsbericht              In einer 40-seitigen Stellungnahme der Bundesregierung wird das RKI mehrfach erwähnt. Einige Stellen könnten für das RKI nachteilig sein und sollten kommentiert und Anmerkungen eingebracht werden.              Datengrundlage in Deutschland wird schlechter dargestellt als</p>	<p>FG31 (Rexroth)</p>

	<p>sie ist.                  Im Punkt Kommunikation könnte hineininterpretiert werden, dass das RKI keinen relevanten Anteil beigesteuert hat. Fokus sollte auf inhaltliche Falschaussagen mit konkreten Formulierungsvorschlägen liegen                  Eigene Stellungnahme ungünstig, da Angriffsflächen entstehen. Gefahr ist größer als der Nutzen.                  Anmerkungen und Kommentare zu dieser Stellungnahme können bis Freitag 02.09. DS beim BMG eingereicht werden. Herr Schaade möchte es gerne bis 16:00 Uhr erhalten.                  Abteilungsleiter sollten es vorher durchschauen. Beteiligt sind insbesondere FG32 und FG36.                  Es wird eine Aufgabe für die Koordinierungsstelle erstellt.</p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
10	<p><b>Dokumente</b></p> <p>FAQ zu Todesfällen (Anteile an/mit verstorben) Entwurf <a href="#">hier</a>                  Vorschlag bereits vorhandenes FAQ: „Wie werden COVID-19-Todesfälle am RKI erhoben“ um folgenden Zusatz zu ergänzen:                  In den Jahren 2020 und 2021 wurden bei 95% der COVID-19 Todesfälle eine Angabe zur Todesursache an das RKI übermittelt und von diesen verstarben etwa 90% an COVID, etwa 10% verstarben mit COVID-19. Seit die Omikron-Variante in Deutschland dominiert (seit KW 02/2022) wurden in 94% der COVID-19 Todesfälle eine Angabe zur Todesursache übermittelt und etwa 80% dieser Todesfälle verstarben an COVID-19, etwa 20% verstarben mit COVID-19.</p> <p><i>Diskussion</i>                  In Hamburg besteht Angabe, dass 49% aller COVID-19 Todesfälle auch an COVID-19 verstorben sind.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Genaue Ermittlung dieser Zahl unklar.                      Wie erklären wir diese Aktualisierung?</li> <li>2. In der aktuellen Diskussion in Zusammenhang mit Omikron. Zur Darstellung des geringen Unterschieds durch die Omikron-Variante.</li> </ol> <p>Unsicherheit einer genauen Ermittlung „an und/oder mit COVID-19“ sollte im Text deutlicher dargestellt und stärker relativiert werden.                  Anmerkung, dass FAQs eher allgemein gehalten werden sollten. Spezifische Ergebnisse mit Verweis z.B. auf Wochenbericht.                  Redaktionelle Änderungen werden für den Wochenbericht nächste Woche vorbereitet, im nächsten JF am Freitag angesprochen und aus den FAQs darauf verwiesen.</p>	<p>FG34                  (an der Heiden)</p>
11	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>ZBS7</p>

12	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG37 (Eckmanns)</p>
13	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Vorschlag Kürzen von Erfassungsentitäten (Intensivregister) und Anpassung DIVIReg-VO, Folien <a href="#">hier</a>                  Im Kern geht es darum das Intensivregister zu verschlanken und Erfassungsentitäten zu pausieren/streichen.                  Vorschlagskandidaten zum Pausieren in der Erfassung: ICU-Reserve, Schwangere und frisch Entbundene mit COVID-19, Aktuelle COVID-19-Patient*innen nach Virusvarianten, SARS-CoV2-Impfstatus der COVID-19 IST-Erstaufnahmen und Verfügbarkeit Nierenersatz-Behandlung                  Vorschlag Belegungs-Anzahl der SARS-CoV-2 Patient*innen differenzieren nach: A. Primäre Lungen- und/oder Systembeteiligung der COVID Infektion, B. COVID-19 Infektion als Nebendiagnose mit Einfluss auf die Grunderkrankung und C. SARS-CoV-2 Infektion mit keinem Einfluss auf die Grunderkrankung                  Umsetzung des Vorschlags führt laut Frau Diercke zu keinen Problemen.                  Es sollte vermieden werden, gleiche Informationen in verschiedenen Systemen erfassen zu müssen.                  Unterer Vorschlag wird in unserer Rückmeldung nicht mit aufgenommen, für die oberen Punkte wird eine Pausierung angestrebt. Falls eine Äußerung gewünscht ist, werden wir favorisieren es in DEMIS zu erfassen.</p> <p>Information aus IT4: Künftig erfolgt Mo-Fr nach 18.00 Uhr oder am Wochenende kein Einlesen mehr von Zahlen aus dem Meldewesen                  Aufgrund der Überstunden und der Notwendigkeit diese abzubauen kein Einlesen im genannten Zeitraum mehr                  dpa meldet bereits jeden Montag, dass sie montags nichts mehr melden, weil es keine Daten gibt                  Bericht wird weiter erstellt                  Sprachregelung auf Nachfragen: Wir können diesen Sonntag personell nicht besetzen. Das Einlesen am Wochenende wird eingestellt, weil es personell nicht besetzt werden kann.                  Erlass zum Pandemiebericht                  Aktueller Stand: Trendbericht soll verwendet werden.                  Zusätzliche Indikatoren sollen mit aufgenommen werden – Ministerentscheidung steht noch aus                  Ab dem 17.09. Visualisierung des Pandemieradars auf der Trendseite                  Ab dem 23.09. soll der Pandemieradar mit im Wochenbericht aufgegriffen werden                  Zwei neue Indikatoren: Abwasser-Surveillance und Bettenbelegung. Neue Erhebungssysteme für die Daten am 17.09. noch nicht verfügbar sein könnten.                  Abwasser-Surveillance soll mit farblichen Trends (Ampel) nach Standorten dargestellt werden                  Koordination als Ansprechpartner im RKI übernimmt FG32</p>	<p>MF4 (Fischer)</p> <p>FG31 (Rexroth)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>

<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> nicht berichtet	FG31
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b> (nicht berichtet)	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.09.2022 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 11:00 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Donnerstag, 14.09.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Esther-Maria Antão
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 2
  - Michael Bosnjak
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - Marc Thanheisers
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG31
  - Claudia Siffczyk
- ! FG32
  - Claudia Sievers
  - Jakob Schumacher
- ! FG36
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
- ! MFI
  - Hannes Wünsche
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Pascal Klamser
- ! Presse
  - Ronja Wenchel
  - Susanne Glasmacher
- ! ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
  - Oliver Ommen





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit: Fälle, Todesfälle                      Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-11.09.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Europe: 249.961.956</li> <li>2. America: 176.935.547</li> <li>3. Western Pacific: 87.075.073</li> <li>4. South-East Asia: 60.142.887</li> <li>5. Eastern Mediterranean: 23.032.108</li> <li>6. Africa: 9.310.805</li> </ol> <p>Insgesamt global abnehmendes Infektionsgeschehen über alle Kontinente hinweg.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Ozeanien: Fallende Fallzahlen (-42,99%) jedoch steigende Todesfallzahlen (14,73%) als Folge der aktuellen BA.5 Welle in Australien und Neuseeland.</li> </ol> <p>Globale Fallveränderung 7-Tage                      -22,96%</p> <p>Todesfallzahlen 7-Tage                      -26,12%</p> <p>7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8. Weiterhin sinkende Fallzahlen. Das unregelmäßige Meldeverhalten der Länder lässt nur eine eingeschränkte Beurteilung der Lage zu.</li> <li>9. Fallzahlenstiege in Polen (+32%), Slowenien (+28%) und Tschechien (+20%). Restriktionen sind in diesen Ländern seit März aufgehoben oder sehr eingeschränkt.</li> <li>10. Zunahme der Hospitalisierungen im August mit Plateaubildung in Tschechien und Slowenien, Todesfälle sind auf niedrigem Niveau.</li> </ol> <p>Daten aus Ukraine</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. Datenlage ist schwierig. WHO prognostiziert weiteren Fallzahlenanstieg in Oktober. Ein weiterer Fallzahlenanstieg könnte das Gesundheitssystem stark belasten und an Kapazitätsgrenzen bringen. O2-Versorgung wäre nicht gewährleistet, da die Produktion in besetzten Gebieten liegt.</li> <li>12. Im Februar wurden über 40 000 Test/Tag durchgeführt, aktuell sind es 2308/Tag.</li> </ol> <p>Spezifische Maßnahmen (Masken, Mindestabstand) für Schulen nach Sommerferien in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. In den meisten Länder keine Maßnahmen geplant.</li> <li>14. Anpassungen in Abhängigkeit der Lage sind möglich.</li> <li>15. Nachtrag: Estland, Serbien Italien keine Maßnahmen geplant.</li> <li>16. Estland gibt an eine Readiness Plan zu haben und Serbien evaluiert fortlaufen die epidemiologische Lage auf diesen Aspekt.</li> </ol>	<p>ZIG1                      (Correa-Martinez)</p>

	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 32.558.479 (+51.299), davon 148.498 (+109) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 236,2/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 77,9%, mit vollständiger Impfung 62,1%                  Leichter Anstieg der Fallzahlen im Vgl. zur Vorwoche                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  Leichte Zunahme der Fallzahlen in einigen Bundesländern (SL, MV, BY)                  Geografische Verteilung: Keine größere Veränderung im Vgl. zur Vorwoche; leichter Anstieg erkennbar; 1. LK (LK Kelheim) mit 7-Tage-Inzidenz &gt; 1000                  Heatmap: Leichte Zunahmen in AGs 35-65J                  KW36 Abnahme der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum: Abnehmend, evt. Plateau erwartet                  Destatis Übersterblichkeit nimmt weiterhin ab</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Mit Stand 14.09.2022 werden 747 COVID-19-Patient: innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt</p> <p>17. Sichtbare Seitwärtsbewegung und Plateaubildung der COVID-ITS-Belegung                  ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +622 in den letzten 7 Tagen im leichten Anstieg                  Anzahl der auf ITS-Verstorbenen: Seitwärtsbewegung                  Anteil der COVID-19-Patient: innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten</p> <p>18. Leichter Anstieg bzw. Plateaubildung über alle Kleeblätter                  19. Stetiger Anstieg in ST und SL                  Belegung nach Schweregrad                  20. Anstieg in leichten Behandlungsformen (High flow)                  Einschätzung der Betriebssituation:                  21. Uni-Maximalversorger im Vgl. zu Grund und Regelversorgung größerer Prozentsatz mit Einschränkung wohingegen Grund/Regelversorger mit sinkender Einschränkung erkennbar sind; Heterogenes Bild                  22. Gründe der Betriebssituation Personalmangel-Rückgang auf hohem Niveau                  Nach AG:                  23. Absolute Zahlen: Anstieg in den AG ab 60J und in den jüngeren AG bis 29J                  24. Anteile: ab 60 J größter prozentualer Anteil                  SPoCK-Prognose: Seitwärtsbewegung in allen Kleeblättern</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  ARE gesamt: Situation saisonentsprechend                  25. Trend: Seit 34. KW steigend, liegt mit 5,0 % im Bereich der Vorjahre zur 36. KW</p>	<p>FG32                  (Sievers)</p> <p>MF4                  (Fischer)</p>
--	---	--

	<p>26. Deutlicher Anstieg bei den Kindern: 11,3 % (Vorwoche: 7,4 %); auch leichter Anstieg bei den Erwachsenen: (3,9 %; Vorwoche: 3,6 %)</p> <p>27. ARE AG: Anstieg in 4 Altersgruppen; bei den ab 60-Jährigen stabil                  Arztkonsultation: Inzidenz stabil; Annäherung an die Vorjahre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: weiter leicht rückläufig in KW 36 insgesamt mit 855 (Vorwoche: 874); seit KW 31 stabil</li> </ul> <p>28. Im Vergleich zur Vorwoche: Deutlichster Anstieg bei den 5-14J. (+10 %), in den anderen AGs zwischen -13 % und +2 %);                  SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen in KW 36 ist die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE bei den 0-bis 4-Jährigen angestiegen, 60-79-Jährige stabil</p> <p>29. in den anderen Altersgruppen sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche gesunken</p> <p>SARI-Fallzahlen sind in der 36. KW 2022 insgesamt leicht gestiegen, noch auf dem üblichen Niveau</p> <p>30. SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil im Vergleich zur Vorwoche; aktuell etwas niedriger als in den Vorjahren</p> <p>31. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 36 stabil geblieben: 23 % (Vorwoche: 22 %)</p> <p>32. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung gestiegen: 31 % (Vorwoche: 21 %),</p> <p>33. Anteil Influenza an SARI bei 0%, nachdem in der Vorwoche erstmals seit KW 25 wieder über 1%</p> <p>SARI-Fallzahlen in fast allen Altersgruppen gestiegen, insbesondere AG &gt; 15 J</p> <p>34. AG ab 80 Jahre auf dem Niveau des Vorjahres, leicht über dem Vorpandemischen Niveau</p> <p>35. Anteil COVID-19-Diagnosen in den AG 80+ ist wieder gestiegen</p> <p>36. Intensivbehandlung: SARI-Fälle 36. KW: alle AG unauffällig                  Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI im Vgl. zu Meldedaten: Anstieg in in den AG 0-4 und 80+</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b></p> <p>37. Anstieg der Nachweise von SARS-CoV-2</p> <p>38. Keine Nachweise anderer Coronaviren</p> <p>39. Sporadische Nachweise von Influenza</p> <p>40. Zirkulation von Rhino- und Parainfluenza entsprechend der Erwartung</p> <p>41. Sporadische Nachweise von H1N1</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>)</p> <p>42. Proben mit ungekanntem Status dürfen nicht mehr eingesendet werden. Ca. 4000 Sequenzen; Einsendungszahl ist stabil</p> <p>43. Dominanz durch BA.5 mit 96,4% (leicht rückläufig) BA.4 leichte Zunahme</p> <p>44. Unter Omikron-Sublinien BA.5.1 (20,9%), BA.5.2 (26,2%) und BA.5.2.1 (13,9%) dominierend; BA.5.2 zunehmend</p> <p>45. BA.2 (1%) insgesamt zunehmend, langsame Entwicklung</p>	<p>FG36 (Tolksdorf)</p> <p>FG32</p>
--	--	---

	<p>46. BA.4/BA.5 Fällen mit R346X Mutation deutliche Zunahme zu Vorwoche</p> <p>Diskussion</p> <p>47. Sind Änderungen für den Wochenbericht notwendig? Vorschlag für mögliches Wording „Plateaubildung mit Möglichkeit des Fallzahlanstieg. Fallzahlanstieg für respiratorische Erkrankungen sind im Herbst zu erwarten“</p> <p>48. Zunächst keine Aussage zu VOC</p> <p>49. Textabschnitt zu „Todesfälle mit und auf Grund von COVID-19“ wird voraussichtlich diese Woche noch nicht fertig gestellt werden können, da es noch interne und Abstimmung mit BMG vor Veröffentlichung bedarf.</p> <p>50. BMG möchte Zeitpunkt und Ort der Veröffentlichung bestimmen.</p> <p><i>ToDo: FG32 (Sievers) wird gebeten bis 15.09. 2022 DS den Textabschnitt fertig zu stellen mit dem Ziel es am 16.09.2022 im Jour Fixe mit BMG zu besprechen und ans BMG zu verschicken.</i></p>	(Sievers)
<b>2</b>	<b>Update Impfen</b>  (nicht berichtet)	FG 33 (Wichmann)
<b>3</b>	<b>Internationales</b>  (nicht berichtet)	ZIG
<b>4</b>	<b>Update digitale Projekte</b>  (nicht berichtet)	FG21 (Schmich)
<b>5</b>	<b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b>  Vorstellung von Ergebnissen eines Rapid Reviews zur Entwicklung der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen während de Pandemie ( <a href="#">hier</a> ) Rapid Review (Bis 19.11.2021) 39 Publikationen (Publikationen und graue Literatur) 51. Kat1.: Trend-, Quer- und Längsschnittstudien/Primärdaten (repräsentativ/ convenience sample): 28 Studien 52. Kat2.: Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten/Sekundärdaten: 11 Studien Ergebnisse: 53. 50-80% Angaben zu COVID-19 bedingter Belastung (Stress, Isolation) bei Kindern und Jugendlichen 54. Prävalenzanstieg von 30% von psychopathologischen Symptomen (keine psychischen Störungen); 55. heterogenes Bild (Zunahme von Angststörungen) 56. Rückgang von Lebensqualität und Lebenszufriedenheit 57. Eine Studie zu Gewalterfahrungen (Anstieg/Angabe	FG26 (Schlack)

	<p>Mütter)</p> <p>58. Rückgänge der ambulanten und stationären Inanspruchnahme während der Pandemiewellen mit anschließenden Nachholeffekten</p> <p>Anzahl der Studien zu Beginn der Pandemie sehr hoch (angepasste laufende Projekte, ad-hoc), Abnahme der Anzahl über die Zeit</p> <p>Keine Studien zu Langzeiteffekten</p> <p>Weniger Publikationen zu Kindern und Jugendlichen im Vgl. zu Erwachsenen</p> <p>Diskussion:                  Keine Primärdaten zu Magersucht; Versichertendaten zeigen Zunahme von KH-Aufnahmen auf Grund von Essstörungen um 10%</p> <p>Inwieweit beeinflussen diese/solche Ergebnisse die Überlegungen zu Maßnahmen in Schulen? Wie wird Infektionsschutz gegenüber Schutz der Gesundheit allgemein bewertet?</p> <p>Schulschließungen sollen vermieden werden und Maßnahmen (Lüften etc.) gefördert werden, diese stellen keine wesentliche Einschränkung für den Schulbetrieb dar.</p> <p>S3 Leitlinien für Schulen werden aktuell unter Beteiligung von FG36 ausgearbeitet.</p> <p>Diese soll als Grundlage für die Entwicklung einer Position zu diesem Thema genutzt werden.</p> <p><i>ToDo: Update S3 Leitlinie durch FG36; Diskussion zu Schutzmaßnahmen in Schulen als Tagesordnungspunkt für die nächste Lage-AG</i></p>	
<p><b>6</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Bitte aus der AGI die Risikobewertung für Schwangere anzupassen/re-evaluieren. Schwangere Lehrerinnen werden nach Bekanntgabe der Schwangerschaft in Berufsverbot geschickt, das führt zur angespannten Personalsituation an Schulen</p> <p>Diskussion:                  Arbeitsschutz gehört in die Zuständigkeit des Arbeitsministeriums und dort gibt es entsprechende Gremien. Hier kann entsprechend nachgefragt werden. Das RKI trifft keine Aussage zu arbeitsschutz-relevanten Themen.</p> <p>Es gibt die STIKO Empfehlung zu COVID-19 Impfungen in der Schwangerschaft und im Steckbrief wird ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe bei Schwangeren (Punkt 15) aufgeführt.</p> <p><i>ToDo: Aufgabe durch LZ dazu erstellen. ABT3 (Hamouda/Siffczyk) übernimmt die Bearbeitung.</i></p> <p>Diskussion in der AGI in wie weit die Isolationspflicht noch zeitgemäß ist (von BY eingebracht).</p>	<p>FG31 (Siffczyk)</p> <p>Alle</p> <p>ABT3</p>

	Ein Vorstoß zur Änderung und Anpassung der Regelung, wenn dieser Wunsch auf Länderebene besteht, sollte auch von den Ländern kommen.	(Hamouda) Leitung
7	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Letzte Publikation „12. Stellungnahme des ExpertInnenrats zum Einsatz antiviraler Medikamente gegen COVID-19“                  Tagt alle 4 Wochen, nächste Sitzung am 27.09. 2022</p>	Praes
8	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b>                  Verwirrung zu Twitter-Nachricht bzgl. einer möglichen Änderung der FFP2-Maskenpflicht in den FAQ konnte geklärt werden und eine Anfrage der „Welt“ entsprechend beantwortet.</p> <p><b>P1</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA                  (Ommen)</p> <p>Presse                  (Degen)</p> <p>P1                  (Lein)</p>
9	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>FG31                  (Rexroth)</p>
10	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Diskussion in der AGI zu §34 IfSG:                  SH möchte dem Entwurf nicht zustimmen, da die Wiederzulassungskriterien in Schulen (ärztliche Freigabe oder Test einer Teststelle) als umständlich und praxisfern eingestuft werden.</p> <p>Diskussion:                  Es ist unklar wer diesen Vorschlag/Aspekt in den Entwurf des Gesetzes eingebracht hat und es fand keine Abstimmung mit dem RKI statt.                  Kein Handlungsbedarf für das RKI und kein proaktives Handeln erforderlich.                  Maßnahmen sollen soweit wie möglich in die Routine überführt werden. Vorschlag die Wiederzulassung an die Kriterien für Erwachsene (nach 5 Tage) anzugleichen wird als</p>	<p>ABT3                  (Hamouda)</p> <p>Alle                  Leitung</p>

	<p>sinnvoll gesehen.                  Bei Anfrage an das RKI zur Kommentierung soll die Lösung über die Zeit (nach 5 Tagen) ohne weitere Maßnahmen (Testung etc) vorgeschlagen werden.</p>	
<b>11</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>                  (nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>12</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>                  (nicht berichtet)</p>	FG37 (Eckmanns)
<b>13</b>	<p>Die Visualisierung erfolgt jetzt am BMG (Pressestelle des BMGs wurde hinzugeholt)                  Die zuständigen FGs wurden identifiziert                  Die Veröffentlichung ist für 01.10.2022 geplant                  Daten zu Abwassersurveillance, Notaufnahmesurveillance und Bettenbelegung werden wahrscheinlich verspätet verfügbar sein, da noch an den Indikatoren/Daten gearbeitet wird. Hier stellt auch die Frage der Nutzen der Daten (eingeschränkte Aussage)                  COVID-ARE/ICOSARI: Helios muss der Veröffentlichung der Daten noch zustimmen                  Gespräche zwischen BMG und MFI bzgl. Visualisierung um die Komptabilität zwischen RKI und BMG Produkten sicherzustellen</p> <p>Diskussion:                  Es ist weiterhin unklar was unter Visualisierung seitens des BMGs verstanden wird und was die Erwartungen an das RKI diesbezüglich sind.                  Bitte die Koordination durch J. Schumacher (FG32) als zentralen Koordinator zu nutzen und parallele/zusätzliche Kommunikation vermeiden.                  Saubere Aktenlage ist wichtig. Alle Absprachen (v.a. mündlich) verschriftlichen und verakten. Hausinterne Absprachen vor Kommunikation mit BMG.                  Kurz- und langfristige Prozesse (Verknüpfung mit Tableau am RKI) nicht vermischen.                  01.10.2022 ist ein Samstag, ist die Veröffentlichung am 30.09 oder 04.10. geplant? Bitte klären.                  Syndromische Surveillance berichtet keine Testdaten. Es werden ca. 40 Notaufnahmen abgedeckt und die Daten sind nicht für eine Lagebewertung geeignet. Es gibt weder finanzielle noch personelle Ressourcen für dieses System.                  Kann es sein, dass es ein Missverständnis über die Daten und das System beim BMG vorliegt?                  Indikatoren wurden im Rahmen einer Diskussion mit BMG festgelegt. Die Excel-Liste mit ausführlichen Informationen zu den unterschiedlichen Systemen (Vor- und Nachteile) /Indikatoren liegt dem BMG vor.                  Syndromische Surveillance war initial nicht Teil dieser Liste. Diese Liste wurde mehrfach ergänzt mit der ausführlichen Beschreibung der Systeme, da Systeme/Indikatoren, da</p>	<p>MFI                  (Wünsche)                  FG32                  (J. Schumacher)</p> <p>Alle</p>



	<p>seitens des BMGs Indikatoren nachträglich hinzugefügt wurden.                  Es soll eine Darstellung der Indikatoren in der CWA erfolgen (auch neu). Die Darstellung ist technisch kein Problem, es müssen finanzielle Mittel bereitgestellt werden.                  Die Interpretation der Daten wird weiterhin durch das RKI geschehen müssen. Das ist herausfordernd bei Daten, die nur eingeschränkte oder gar keine Aussage erlauben. Das könnte problematisch werden und auf das RKI zurückfallen.                  Laut Mail von S. Beermann (BMG) an O. Hamouda (LZ im CC) sind Anpassungen der Trendseite nicht notwendig. Der Erlass vom 29.08.2022 hat weiterhin Bestand. Hier wird das RKI für die Darstellung der Daten als Verantwortliche benannt und die Indikatoren sind nicht aktuell. Die Informationen aus dem BMG scheinen widersprüchlich zu sein und Kommunikation(swege) ist schwer nachvollziehbar.</p> <p><i>ToDo:</i>                  Eine dringlichen Gesprächsbedarf in der initialen Runde für die Indikatoren (RKI/BMG) anmelden um die nachträglichen Wünsche und Änderungen einzubauen (FF ABT3 Hamouda)</p> <p><i>Dieses Thema in Jour Fixe mit BMG am 16.09.2022 einbringen.</i></p>	
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG31
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  (nicht berichtet)	FG31
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.09.2022 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 28.09.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG34
	○ Alexandra Hofmann
! Institutsleitung	! FG36
○ Lothar Wieler	○ Walter Haas
○ Esther-Maria Antão	○ Silke Buda
! Abt. 3	! FG37
○ Osamah Hamouda	○ Janina Esins
FG14	! P1
○ Marc Thanheiser	○ Christina Leuker
! FG17	! P4
○ Barbara Biere	○ Pascal Klamser
! FG27	! Presse
○ Kristin Manz	○ Susanne Glasmacher
! FG31	○ Marieke Degen
○ Claudia Siffczyk	○ Nadin Garbe
○ Christian Wittke (Protokoll)	○ Ronja Wenchel
! FG32	! ZBS7
○ Claudia Sievers	○ Michaela Niebank
○ Michaela Diercke	! ZIG1
○ Jakob Schumacher	○ Sofie Gillesberg-Raiser
! FG33	! BZgA
○ Ole Wichmann	○ Oliver Ommen



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Global stabile Lage</p> <p>Weltweit: Fälle, Todesfälle</p> <p>Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-27.09.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Europe: 252.806.947</li> <li>2. America: 178.010.882</li> <li>3. Western Pacific: 89.238.528</li> <li>4. South-East Asia: 60.265.813</li> <li>5. Eastern Mediterranean: 23.075.453</li> <li>6. Africa: 9.325.784</li> </ol> <p>Insgesamt global abnehmendes Infektionsgeschehen über alle Kontinente hinweg.</p> <p>Globale Fallveränderung 7-Tage -20%</p> <p>Todesfallzahlen 7-Tage -23%</p> <p>7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7. Start der Herbstwelle in vereinzelt Ländern</li> <li>8. Frankreich: keine Meldedaten in den letzten Tagen. Inzidenz in KW35 bei 166 (KW34: 182).</li> <li>9. Fallzahlenstiege in Österreich (+43%), Italien (+26%) und Frankreich (+22%).</li> </ol> <p>Daten aus Österreich</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>10. 7-T Inzidenz: 584</li> <li>11. Viele Testungen</li> <li>12. Hospitalisierungen abnehmend</li> </ol> <p>Daten aus Frankreich</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>13. 7-T Inzidenz: 369</li> <li>14. Testrate gestiegen</li> <li>15. Plateaubildung bei Hospitalisierungen</li> </ol> <p>COVID-19 Varianten, Datenstand 19.09.2022</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>16. Anzahl von Sequenzen reduzieren sich weiterhin -&gt; Vorsicht beim Aussagen zu Trends</li> <li>17. Letzte 30 Tagen:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 99% Omikron</li> <li>2. Große genetische Diversität:</li> <li>3. 230 descendent</li> <li>4. &gt;30 recombinants</li> </ol> </li> <li>18. KW35:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. BA.5.X: 77%</li> <li>2. BA.4.X:7.5%</li> <li>3. BA.3.X, BA.2.X und BA.1.X:&lt;1%</li> <li>4. BA.2.75:1.26%</li> </ol> </li> <li>19. Europa:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vereinzelt Delta Nachweise (Abwasser Surveillance)</li> <li>2. BA.2 + L452X is de-escalated from variants of interest</li> <li>3. recombinant XAK is de-escalated from variants</li> </ol> </li> </ol>	<p>ZIG1                      (Gillesberg-                      Raiser)</p>

	<p>under monitoring                  4. VOC weiterhin BA.2, BA.4 und BA.5</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 33.137.143 (+95.811), davon 149.714 (+138) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 379,6/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 77,9%, mit vollständiger Impfung 62,2%                  Leichter Anstieg der Fallzahlen im Vgl. zur Vorwoche                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer/LK                  Anstieg der Fallzahlen in allen BL in den letzten 2 Wochen                  SL: viele Festivals                  BY: Oktoberfest                  Geografische Verteilung der 7-T-Inzidenz nach LK zeigt Rotfärbung um München                  Zunahme in ganz D                  Heatmap: Hohe Inzidenz in AG 30-59-Jährige, Anstieg in allen AG                  Destatis Übersterblichkeit nicht erkennbar</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Mit Stand 28.09.2022 werden 847 COVID-19-Patient: innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt                  20. Sichtbarer Anstieg der COVID-ITS-Belegung                  ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +777 in den letzten 7 Tagen im Zuwachs                  Anzahl der auf ITS-Verstorbenen: Abnahme                  Anteil der COVID-19-Patient: innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten                  21. Heterogener Anstieg                  22. Großteil der BL &lt; 5%                  23. NW: Anstieg mäßig, Bremen: 7%                  24. NO: Anteile bei knapp 4-5%                  25. Mitte: 3-4%                  26. Süden: Anstieg, SL (7%), BY (5%)                  Belegung nach Schweregrad                  27. Anstieg in allen Gruppen                  28. %-Anteil bei ECMO-Patienten gesunken                  Einschätzung der Betriebssituation:                  29. Uni-Maximalversorger im Vgl. zu Grund und Regelversorgung größerer Prozentsatz mit Einschränkung wohingegen Grund/Regelversorger mit sinkender Einschränkung erkennbar sind; Heterogenes Bild                  30. Gründe der Betriebssituation Personalmangel, Raummangel                  Nach AG:                  31. Anstieg vor allem in älterer Generation                  32. 81% der ITS-Patient:innen 60+ Jahre                  SPoCK-Prognose: Anstieg in Bayern, Seitwärtsbewegung in</p>	<p>FG32                  (Sievers)</p> <p>MF4                  (Esins)</p>
--	---	--

	<p>allen anderen Kleeblättern Prognose für D insgesamt: Seitwärtsbewegung – leichter Anstieg</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>) ARE gesamt: gestiegen 9,2 % (Vorwoche: 6,3 %; Vorwochenwert: 5,0 %)</p> <p>33. Trend: Seit 34. KW steigend (bisher nicht das übliche zu erwartende Herbstplateau)</p> <p>34. liegt mit 9,2 % über dem Bereich der Vorjahre zur 38. KW</p> <p>35. Der Wert (gesamt) lag in KW 37 bei 9.200 ARE (Vorwoche: 6.300) pro 100.000 Einwohner.</p> <p>36. Entspricht einer Gesamtzahl von 7,7 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (37. KW: ca. 5,2 Millionen)</p> <p>37. Anstieg in allen AG, allem voran Kinder und junge Erwachsene</p> <p>Arztkonsultation: Insgesamt gestiegen</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Im Vergleich zur 37. KW 2022: Insgesamt gestiegen</li><li>▪ ca. 1.400 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW</li><li>▪ 38. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</li><li>▪ in KW 38: 1.401; KW 37 insgesamt mit 1.170 (Vorwochenwert liegt bei ca. 1.071)</li><li>▪ Anstieg Anfang Herbst und Ende der Sommerferien zu erwarten, aber schon sehr deutlich, erhöhte ARE-Rate durch die Zunahme der SARS-CoV-2 Infektionen?</li><li>▪ Insgesamt über dem Bereich der Vorjahre zur 38. KW,</li><li>▪ Im Vergleich zur Vorwoche: Deutlichster Anstieg bei den 5-14J. (+34 %),</li><li>▪ Keine Sommerferien mehr</li><li>▪ Wenig gebremstes Transmissionsgeschehen</li></ul> <p>SEED (Are) mit COVID-19 Konsultationen bis zur 38. KW</p> <p>38. In KW 38 ist die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE bei den 15-bis 34-Jährigen und 60- bis 79-Jährigen gestiegen, in den anderen Altersgruppen sind die Werte stabil geblieben bzw. leicht gesunken</p> <p>SARI-Fallzahlen sind in der 37. KW 2022 insgesamt stabil geblieben, auf dem üblichen Niveau</p> <p>39. SARI-Fälle mit Intensivbehandlung stabil im Vergleich zur Vorwoche; aktuell etwas niedriger als in den Vorjahren</p> <p>40. Anteil COVID-19 an SARI ist im Vgl. zur Vorwoche in KW 38 leicht angestiegen: 28 % (Vorwoche: 23 %)</p> <p>41. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung <b>hat sich in den letzten Wochen stabilisiert</b>: 33 % (Vorwoche: 27 %),</p> <p>42. Anteil Influenza an SARI unter 1%, kein Influenza-Fall unter SARI mit Intensivbehandlung</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------

	<p>SARI-Fallzahlen: Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 5-14 in KW 38 bisher nicht fortgesetzt                  43. AG                  Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI:                  44. insgesamt seit einigen Wochen Stabilisierung, in KW 37/2022: 3,1 je 100T                  45. AG 80+ in KW 38/2022: 24 je 100T</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b>                  46. Anstieg der Nachweise von SARS-CoV-2 auf 15%                  47. Keine Nachweise anderer Coronaviren                  48. Influenzaviren: H1N1 etabliert sich                  49. Sonstige Atemwegsviren: HRV bei 30%, PIV rückläufig bei 9%, RSV+HMPV nicht relevant</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b>                  50. Ca. 4000 Sequenzen; Einsendungszahl ist stabil                  51. Anteil der Stichprobe bei 1,4%                  52. Dominanz durch BA.5 mit 96% (leicht rückläufig) BA.4 Plateau bei 3%                  53. Unter Omikron-Sublinien BA.5.1 (20%), BA.5.2 (26%) und BA.5.2.1 (14%) dominierend                  54. BA.2 (1%) insgesamt zunehmend, langsame Entwicklung                  55. Mutation R346X mit stabilen Bild                  56. Delta gar nicht mehr vorhanden, 100% Omikron</p> <p><i>Diskussion</i>                  57. Sind Änderungen für den Wochenbericht notwendig                  58. Hinweis: Seit 17.09. sind die elektronischen Meldungen der Hospitalisierungen für die KH verpflichtend. Bisher über 1.000 KH an DEMIS angebunden. Verdacht, dass dadurch viel mehr Hospitalisierungsmeldungen als bisher an die GÄ erfolgen, die davor nicht erfolgt wären. Hospitalisierungsinzidenzen daher mit Vorsicht zu genießen.</p>	<p>FG17                  (Biere)</p>
<p>2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Anstieg der akuten Atemwegserkrankungen als Aufhänger für Infektionsdruck bzgl. COVID nutzen</li> <li>! Wie ist der Stand bei der Formulierung „An/mit Covid verstorben“?                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wording diesbezüglich wird heute an das BMG geschickt. Umsetzung ab nächster Woche mit Umstellung des Pandemieradar.</li> </ul> </li> <li>! Pandemieradar: Herr Wieler benötigt klare Infos für die BPK                         <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Jakob Schumacher stellt Pandemieradar Screenshot zur Verfügung <a href="#">hier</a></li> <li>○ Daten bezüglich Abwassersurveillance stehen noch aus</li> <li>○ Herr Wieler sollte dieselben Infos haben wie BMG.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Alle</p>

	<p>RKI sollte sich zum Thema in der BPK nur auf Nachfrage äußern.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Es sollte im Pandemieradar in einem Hinweis erwähnt werden, dass die nächste Aktualisierung erst wieder am Dienstag stattfindet</li> </ul>	
<b>3</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>STIKO hat sich mehrfach getroffen. Stellungnahme zur Aktualisierung der Impfempfehlungen zu Valneva und Omikron-angepassten mRNA-Impfstoffe. Finalisierung der 22. STIKO-Aktualisierung voraussichtlich nächste Woche. Publikation des nächsten Monatsbericht zum COVID-19 Impfgeschehen am Donnerstag: Analysen zur Wirksamkeit der Impfungen u.a.</p>	<p>FG 33 (Wichmann)</p>
<b>4</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<b>5</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21 (Schmich)</p>
<b>6</b>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Veränderungen der körperlichen Aktivität seit Beginn der COVID-19-Pandemie – Ergebnisse einer bundesweiten Studie (Folien <a href="#">hier</a>)</li> <li>○ Hintergrund: Deutliche Einschränkung der Möglichkeiten körperlich aktiv zu sein während der ersten drei COVID-19-Wellen</li> <li>○ Betrachtung aus der Perspektive der Sommer- und Herbstmonate 2021</li> <li>○ Bundesweite telefonische Querschnitterhebung (n=2.985; 52% Frauen); GEDA 2021</li> <li>○ Veränderung des Sporttreibens: Unverändert 38%, Treibt generell keinen Sport 26%, Reduziert 24%, Gesteigert 12%</li> <li>○ Veränderung der aktiven Wegstrecken: Unverändert 55%, Gesteigert 17 %, Reduziert 15%, Generell keine aktiven Wege 13%</li> <li>○ Multivariate Analyse:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Frauen steigerten das Sporttreiben häufiger</li> <li>○ 18-29-Jährige veränderten den Umfang des Sporttreibens häufiger als ältere Personen</li> <li>○ Zwischen den Bildungsgruppen zeigten sich keine Unterschiede</li> </ul> </li> <li>○ Fazit:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 1,5 Jahre nach Beginn der Pandemie hat ein erheblicher Anteil der Bevölkerung <b>nicht</b> zurück zu dem gewohnten Umfang des Sporttreibens gefunden</li> </ul> </li> </ul>	<p>Abt. 2 FG27 (Manz)</p>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das alleinige Zurücknehmen von Maßnahmen ist nicht ausreichend. Teile der Bevölkerung benötigen vermehrt Unterstützung für das Wiederaufnehmen des Sporttreibens</li> </ul> <p><i>Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Woraus leitet sich das Fazit ab?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Das Fazit bezieht sich nur auf das Sporttreiben. Auch in Hinblick darauf, dass sich eine relevante Anzahl in der Bevölkerung keinen Sport treibt oder es reduziert hat.</li> </ul> </li> <li>○ Wie ist der langfristige Trend? Wie war es in vorpandemischen Zeiten und wo sind die Ergebnisse in der Trendbeobachtung einzuordnen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Der langfristige Trend ist gegensätzlich und das Sporttreiben nimmt eher zu über eine längere Zeitspanne</li> </ul> </li> <li>○ Wurden die Ergebnisse schon veröffentlicht?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Bisher noch nicht. Veröffentlichung im Dezember in einem Journal Artikel.</li> </ul> </li> <li>○ Wie ist die Altersspanne der Befragten? Wurden auch Hochaltrige mit einbezogen?             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ja. Alterseffekt vor allem im 1. Lockdown erkennbar. In den weiteren nicht mehr.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>7</b>	<b>Aktuelle Risikobewertung</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>8</b>	<b>Expertenbeirat</b> ( <i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i> )  (nicht berichtet)	Praes
<b>9</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Die Ergebnisse der Infektionsschutz-Studie werden heute veröffentlicht. Begleitende Pressemitteilung.              Es wurde ein neues Tool entwickelt: Impfcheck. Ziel des Tools ist es für die Nutzer überprüfen zu können, inwiefern der jeweilige Impfschutz noch gilt und welche aktuellen STIKO-Empfehlungen für die Person gelten. Voraussichtliche Einbindung Ende September auf der Website infektionsschutz.de</p> <p><b>Presse</b></p> <p>BPK am Freitag um 10 Uhr. Themen: Pandemieradar und Neuregelungen des Infektionsschutzgesetzes</p>	<p>BZgA (Ommen)</p> <p>Presse (Wenchel)</p>

	<p><b>P1</b></p> <p>Bitte um klare Botschaften für die BPK. Bisherige Kenntnisnahme: Einordnung der aktuellen Situation im Kontext der gesamten ARE-Situation. Darüber hinaus noch Hinweis auf Verhaltenstipps für den Winter?                  Unterschiedliche Vorschläge zur Formulierung zum Zuhause bleiben. Einheitsregelung.                  BPK als Gelegenheit nutzen konkrete Tipps mit an die Hand zu nehmen                  Konkrete Forderungen einiger Länder an das RKI die Isolationspflicht entfallen zu lassen. Es ist mit Anfragen diesbezüglich aus der Presse und auf der BP zu rechnen. Bitte um Sprachregelung                  Sprechzettel wird mit aktueller Einordnung vorbereitet.</p>	<p>P1                  (Deegen)</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Wie können wir möglichst wenig komplex die Botschaft mit dem zuhause bleiben formulieren, ohne dass es in allen Empfehlungen gleich ist? Es braucht eine pragmatische Lösung und sollte sich zudem mit dem decken, was andere Empfehlungsgeber formulieren. Herr Haas präsentiert Formulierungsvorschläge und zirkuliert diese im Anschluss mit Bitte um kurzfristige Rückmeldung in die Runde.                  Insgesamt ist das Stimmungsbild von vielen Sonderregelungen langsam und sicher aufgrund mangelnder Umsetzbarkeit wegzukommen. Es braucht einfache, pragmatische und verhältnismäßige Regeln im Einklang damit, Infektionskrankheiten möglichst niedrig zu halten.                  Minimalempfehlungen geben, wenn Krankheit nicht klar ist.                  Wenn eine COVID-19 Erkrankung nachgewiesen ist, dann ist weiterhin eine Selbstisolation sinnvoll                  Allgemeine ARE-Situation adressieren                  Derzeit sagen wir auf dem Flyer "bis die Symptome vollständig abgeklungen sind"</p>	<p>FG36                  (Haas)</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Empfehlungen und LL zur Infektionsprävention bei SARS-CoV-2 in Schulen - Präsentation zeitlicher Abriss                  RKI-Aktivitäten relativ früh in Hinblick auf Kinder/Jugendliche AWMF S3-Leitliniengruppe; RKI in allen Schritten mit eingebunden                  RKI-Aktivität 30.09. 2021: Ergänzung und aktuelle Einordnung der RKI-Empfehlungen und Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19</p>	<p>FG36                  (Haas)</p>

	<p>Pandemie (Verweis auf gültige S3-Leitlinien und geänderte Voraussetzungen)                  AWMF-S3-Leitliniengruppe: Seit Juni 2022                  Aktualisierungsprozess Kurzfassung, Veröffentlichung geplant für September                  BMG (Referat 614): 15.09.2022: Corona-Herbststrategie – Entwurf eines Schutzkonzepts für Kinder und Jugendliche (Bitte an RKI zu einzelnen Formulierungspunkten, zuvor keine Information oder Einbindung, soll im Vorfeld der KMK verfügbar sein)</p> <p><i>Diskussion</i>                  Was hat dazu geführt, dass Luftfilter nur noch in Ausnahmefällen verwendet werden?                  Einer der umstrittensten Punkte bisher. Viele Aspekte (richtige Ausrichtung, Lautstärke etc.) zu berücksichtigen. Daher Durchlüften der Räume kommuniziert.</p>	
<b>12</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>13</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  (nicht berichtet)	FG37
<b>14</b>	<b>Surveillance</b>  (nicht berichtet)	FG32
<b>15</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  (nicht berichtet)	FG31
<b>16</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Aktuell ist es schwierig die Position der Schichtleitungen zu besetzen und es gibt viele Lücken im Schichtplan Schichtleitung für morgen Nachmittag noch nicht besetzt Personelle Engpässe Bemühung KS zurückzufahren Ggf. noch einmal neuen Appel und Personen zuordnen	FG31 (Siffczyk)
<b>17</b>	<b>Wichtige Termine</b>  COVID-19 und Affenpocken Lage-AG zukünftig nur noch im zweiwöchigen Rhythmus Soll versetzt gestaltet werden, so dass beide Lage-AG's nicht in der gleichen Woche stattfinden. Koordination wird an die Affenpocken KS weitergegeben. Nächste Affenpocken Lage-AG voraussichtlich erst am 17.10.	Alle
<b>18</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.10.2022 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:02 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 12.10.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Ute Rexroth

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34
! Abt. 1		○ Andrea Sailer (Protokoll)
○ Martin Mielke		○ Alexandra Hofmann
! Abt. 3	!	FG36
○ Osamah Hamouda		○ Walter Haas
! FG14		○ Silke Buda
○ Mardjan Arvand		○ Stefan Kröger
○ Melanie Brunke		○ Kristin Tolksdorf
! FG17	!	FG37
○ Ralf Dürrwald		○ Muna Abu Sin
! FG21	!	MF4
○ Patrick Schmich		○ Martina Fischer
! FG25	!	P1
○ Christa Scheidt-Nave		○ Christina Leuker
○ Christina Poethko-Müller	!	P4
! FG 26		○ Pascal Klamser
○ Sophie Eicher	!	Presse
! FG31		○ Marieke Degen
○ Ute Rexroth		○ Nadin Garbe
○ Maria an der Heiden		○ Ronja Wenchel
○ Claudia Siffczyk		
! FG32	!	ZIG1
○ Michaela Diercke		○ Romy Kerber
○ Claudia Sievers	!	BZgA
○ Justus Benzler		○ Oliver Ommen
! FG33		
○ Jonathan Fischer-Fels		



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien (<a href="#">hier</a>)                      Weltweit: Fälle, Todesfälle                      Anzahl Fälle pro KW und WHO Region, 30.12.2019-11.10.2022                      Weltweit weiterhin stabil (-0,2%)                      Afrika: deutlich sinkende Fall- und Todesfallzahlen, in einzelnen Ländern steigende Fallzahlen auf sehr niedrigem Niveau                      Amerika: sehr stabil, höchste Inzidenz in Chile                      Asien: vergleichsweise stabile Fall- und Todesfallzahlen, höchste Inzidenz in Singapur. In China steigende Fallzahlen bei sehr niedriger Inzidenz, erneut größere Beschränkungen für Bevölkerung.                      Europa: leicht steigende Fallzahlen                      Ozeanien: sinkende Fall- und leicht steigende Todesfallzahlen                      Varianten: Anzahl hochgeladener Sequenzen reduziert, weiterhin &gt; 90% Omikron                      7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa                      Fallzahlenanstiege (im Vergleich zur Vorwoche) beispielsweise in Italien, Luxemburg, Frankreich, Ungarn                      höchste 7-T Inzidenz in Österreich: 1.096 (+17%)                      Zunehmende Anzahl Hospitalisierungen                      Todesfallzahlen stabil                      Laut ECDC wieder zunehmende Übertragung in Bevölkerung &gt; 65 Jahre                      Differenzierung Krankenhauseinweisungen mit oder wegen COVID in vielen Ländern nicht möglich                      Österreich:                      Steigende Fallzahlen in allen Kantonen                      Häufige Testungen, Testpositivität nur bei 11%                      Alle AG sind betroffen: bei 5-14-Jährigen Anstieg nach Sommerferien, nun wieder Rückgang; ab 15 Jahre steigende oder stabile Fallzahlen; bei 65+ Jährigen Anstieg                      Steigende Hospitalisierungszahlen und leichter Anstieg bei Intensivbettenbelegung; rechnen nicht mit Anstieg bei Intensivbetten; ungeplante Personalausfälle.                      Maßnahmen:                      1. FFP2-Maskenpflicht in Krankenhäusern, Altenheimen, Gesundheitseinrichtungen. Wiedereinführung der Maskenpflicht in anderen Settings möglich.                      2. Tests der breiten Bevölkerung: pro Monat 5 kostenlose PCR + 5 Antigen-Tests pro Person                      3. Zukünftig verstärkt auch Abwasser-Monitoring</p> <p><b>National</b></p> <p><b>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien (<a href="#">hier</a>)</b>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 34.257.916</p>	<p>ZIG1                      (Kerber)</p>

	<p>(+136.748), davon 150.919 (+199) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 799,9/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.793.523 (77,8%),                  mit vollständiger Impfung 63.476.472 (76,3%)                  Fast Verdoppelung der Gesamtinzidenz                  Insbesondere bei Hospitalisierten starker Anstieg, kann auch                  mit Wechsel zur elektronischen Meldung bei Hospitalisierten                  zusammenhängen.                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  Anstieg bei Gesamtinzidenz von 500 zu 800                  Höchste Inzidenz im Saarland gefolgt von Bayern                  (Oktoberfest)                  Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK                  276 LK mit Inzidenz &gt;500-1.000 und 105 LK mit Inzidenz &gt;                  1.000                  Heatmap                  Zuwachs in allen Altersgruppen, vor allem auch in hohen AG                  &gt;80 Jahre                  Infektionsgeschehen scheint sich im Vergleich zu vorherigen                  Wellen in höheren AG abzuspielen.                  COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Sterbedatum                  Geringfügige Zunahme                  Wöchentliche Sterbefallzahlen                  Leichter Anstieg, von Übersterblichkeit kann noch nicht                  gesprochen werden.</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Mit Stand 12.10.2022 werden 1.673 COVID-19-Patient:innen                  auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser)                  behandelt</p> <p>ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.651 in den letzten 7 Tagen                  Starker Anstieg, in den letzten 2 Wochen Verdoppelung                  Anzahl der auf ITS verstorbenen Patienten: geringer Anstieg                  Anteil der COVID-19-Patient:innen an der Gesamtzahl                  betreibbarer ITS-Betten                  In allen BL Anstieg zu sehen, in Hamburg gleichbleibend                  Saarland auch bei ITS-Belegung stark betroffen                  Behandlungsbelegung nach Schweregrad                  Keine Differenzierung mit und wegen COVID, jedoch                  Unterscheidung: ohne respiratorische Unterstützung, mit                  nicht-invasiver und mit invasiver Beatmung                  Starker Anstieg bei Anteil unbekannter Behandlungen (keine                  respiratorische Unterstützung nötig), auch Gruppe mit                  invasiver Beatmung deutlich angestiegen sowie Anstieg bei                  Patienten mit nicht-invasiver Beatmung                  Invasive Beatmungskapazitäten                  Anteil Non-COVID-Patienten mit invasiver Beatmung ist                  deutlich höher als der von COVID-Patienten.                  Gesamtanzahl der invasiv Beatmeten ist kleiner geworden,                  hängt auch mit Personalmangel zusammen.                  Altersgruppen Entwicklung                  Belegung angestiegen in allen AG, vor allem aber bei 60+                  Jährigen                  Prozentual: &gt; 60% sind über 70 Jahre alt</p>	<p>FG32                  (Sievers)</p> <p>MF4                  (Fischer)</p>
--	--	--



	<p>SPoCK-Prognose: Für Deutschland insgesamt starker Anstieg prognostiziert; in allen 5 Kleeblättern deutschlandweit</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> (Folien <a href="#">hier</a>) ARE gesamt: Beginn der Saison 2022/23: <i>roter Punkt auf linker Seite im Diagramm</i> Üblicher Jahresverlauf: im Sommer Becken, zum Ende der Schulferienzeit im Herbst gehen die Zahlen steil nach oben, dann Herbstplateau Entspricht einer Gesamtzahl von 7,6 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (39. KW: ca. 7,6 Mio.) ARE-Raten bei Erwachsenen steigen an, bei Kindern sind sie deutlich zurückgegangen. ARE-Arztkonsultation: Ca. 1.900 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW -&gt; 40. KW 2022: ca. 1,6 Mio. Arztbesuche wegen ARE Höher als in Vorsaisonen, aber kein Anstieg seit letzter Woche Nach AG das gleiche Bild: bei Kindern, Schulkindern und jungen Erwachsenen kein weiterer Anstieg, Anstieg bei Erwachsenen ab 35 Jahren SEED<sup>ARE</sup> mit COVID-19 Konsultationen bis zur 40. KW Stabil bei Kindern, Anstieg setzt sich bei Erwachsenen fort. ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Inzidenz Ähnliches Niveau wie in Vorjahren Nachmeldungen sind zu erwarten, kein sehr ungewöhnliches Geschehen. Auch bei intensivmedizinischer Behandlung Niveau wie in Vorjahren ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen Leichter Anstieg vor allem bei intensivmedizinisch behandelten (42% aller intensivmedizinisch behandelten Patienten). Nach Altersgruppen: 42-48% COVID-19 bei 35+ Jährigen Bei 0-4-Jährigen 15% RSV (weniger als letztes Jahr), 4% COVID, 3% Influenza Bei 80+ Jährigen Anzahl höher als in Vorsaisonen Hospitalisierungsinzidenz Starker Anstieg der Hospitalisierungsinzidenz im Meldewesen, bei ICOSARI auch Anstieg, jedoch nicht ganz so stark. Mögliche Gründe: Wechsel auf elektronische Meldung, keine Differenzierung zwischen Hospitalisierungen mit und an COVID. Anstieg auch im Intensivregister Entwicklung COVID-SARI 30. KW bis 40. KW 2022 Anstieg bei Hospitalisierten, auch bei Intensivbehandelten, leichter Anstieg auch bei Verstorbenen</p> <p><b>Virologische Surveillance</b> Coronaviren: leichter Anstieg von SARS-CoV-2 Influzaviren: deutlicher Anstieg von A(H3N2) Sonstige Atemwegsviren: stärkste Aktivität bei Rhinoviren; Parainfluzaviren vor allem bei kleinen Kindern; kaum</p>	<p>FG36 (Buda)</p>
--	--	------------------------

	<p>humane Metapneumoviren und RSV</p> <p><b>Testkapazität und Testungen</b>                  (nicht berichtet)</p> <p><b>ARS-Daten</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  Anstieg der positiven Testungen in allen BL, auch in Bayern und im Saarland.                  In einigen BL Anstieg der Anzahl durchgeführter Testungen (Bayern, NRW)                  Deutlicher Anstieg der Anzahl Testungen und der Positivenanteile in Arztpraxen und anderen Teststellen, Rückgang der Anzahl der Testungen in Krankenhäusern bei leicht steigendem Positivenanteil. Vor allem in Arztpraxen wird wieder mehr getestet                  Anzahl der Testungen nach AG: deutlicher Anstieg in den Altersgruppen ab 35 Jahren.                  Anzahl positiver Testungen nach AG: stabil bei Kindern, sonst Anstieg                  Positivenanteile nach AG: Anstieg, außer bei Kindern                  Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen: wieder Anstieg der aktiven Ausbrüche, noch keine große Veränderung bei Todesfällen im Vergleich zur Vorwoche</p> <p><b>VOC-Bericht</b> (Folien <a href="#">hier</a>)                  In den letzten Wochen Rückgang des Anteils und der Anzahl der Genomsequenzierungen (keine technischen Gründe)                  Keine großen Veränderungen, Konstanz bei BA.5                  Keine Veränderungen bei den Hauptlinien von Omikron                  Wenn man die Wachstumsgrafiken (Wachstum nach x-Tagen) von BA.2 und BA.5 übereinanderlegt, sieht man, dass das Wachstum von BA.2 vor der Plateaubildung wesentlich steiler war. Bei BA.5 ist der Anstieg weniger steil. Das Ende der BA.5 Linie liegt noch unter der Linie von BA.2. Es ist deshalb davon auszugehen, dass bei BA.5 noch einige Infektionen dazukommen werden, vermutlich ist BA.5 noch nicht auf Plateau wie BA.2 angekommen.                  Aufteilung der Omikron Sublinien: Anteil BF.7 ist weiter gestiegen. BA.2 ist wieder angestiegen durch BA.2.75 Sublinien.                  BQ.1 und BQ.1.1: leicht steigende Zahlen, aber in sehr geringem Umfang.                  Frage zum Anstieg von BF.7: Gibt es besondere Merkmale?                  Keine Aussagen zu Pathogenität oder Übertragung möglich, keine Hinweise auf klinische Relevanz.</p> <p>Diskussion:                  Die Hälfte der Patienten im Intensivregister werden nicht beatmet, also vielleicht Hospitalisierung mit und nicht wegen COVID. Steigungswinkel ist vielleicht Teil des üblichen saisonalen Geschehens.                  Atmungsunterstützung ist seit Juni relativ stabil. Zahl der invasiv Beatmeten steigt steil an, Anzahl noch relativ klein.                  Was ist über Patienten, die gegenwärtig hospitalisiert werden</p>	<p>Fischer</p> <p>FG17                  (Dürrwald)</p> <p>FG37                  (Abu Sin)</p> <p>FG36                  (Kröger)</p>
--	---	---

	<p>und der Generation der 50 bzw. 60+ Jährigen angehören, hinsichtlich einer 4. Impfungen bekannt?                  Qualitativer Bericht aus AGI: durchaus auch mehrfach Geimpfte betroffen, Personalausfälle in KH mit und wegen COVID, zudem Verlegungen aus Altenheimen, die zumindest im Saarland zu erheblicher Belastung führt.                  Verweis auf Zusammenfassung im Monatsbericht zur Impfung vom 29.09.: Risiko lässt sich durch Auffrischungsimpfung senken.                  Anstieg der Infektionen bei Hochaltrigen: Fragen dazu, ob 4 Impfungen schützen, sind zu erwarten. Infektionsdruck ist hoch in der Bevölkerung.  <i>ToDo: FG33 wird Information nachreichen, FF Fischer-Fels</i>                  Am Dienstag in Morgenbesprechung fragte Minister nach 5. Impfung, diese Fragen werden kommen. Freitag wird neue Impfkampagne vom Minister vorgestellt.                  Vorbereitung auf dieses Thema nötig.                  FAQ zur 5. Impfung wurden heute veröffentlicht. Ärzte sollen anhand von 5 Kriterien selbst entscheiden.</p> <p>Gespräch mit saarländischem Gesundheitsminister: Sind im Intensivregister Daten pro BL und Bevölkerung verfügbar?                  Der Wunsch des saarländischen Gesundheitsministers wäre, für das Saarland Daten zur Anzahl belegter Intensivbetten pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu anderen BL zu erhalten. Ist dies im Saarland höher als in anderen BL? Die Antwort sollte möglichst innerhalb der nächsten Stunde erfolgen.                  In dieser Kürze nicht möglich.                  Daten zur Belegung bis auf KH-Ebene möglich                  Einzugsgebiete der KH entsprechen nicht immer den Bundeslandgrenzen.                  Einführung weiterer neuer Indikatoren nicht sinnvoll.                  Nicht trivial, gerade in kleinem BL das Einzugsgebiet zu definieren.                  Antwort ans BMG: nicht vorhanden und kann nicht in einer halben Stunde bereitgestellt werden.</p>	<p><i>Buda</i></p> <p><i>Fischer</i></p> <p><i>Mielke</i></p> <p><i>Rexroth</i></p> <p><i>Diercke</i></p> <p><i>Mielke</i></p> <p><i>Hamouda</i></p> <p><i>Osamah</i></p> <p><i>Fischer</i> <i>Rexroth</i></p> <p><i>Haas</i></p>
--	---	---

<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>Wie wird Anstieg kommuniziert?                  Kernaussagen für Wochenbericht: Situation ist Folge der ungebremsten Ausweitung von Atemwegserkrankungen seit mehreren Wochen. Keine grundlegend neue Situation, grundlegend neuen Maßnahmen erforderlich.                  Bisherige Empfehlungen sollten implementiert werden.                  Blick sollte weiter als COVID sein und auch Influenza und andere Erreger im Blick behalten. Impfung gegen Influenza sollte erwähnt werden.                  Im Moment beteiligt sich auch die Gruppe der älteren Menschen am Ausbruchsgeschehen.</p>	<p>Haas</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>Update zu den Pandemie-Apps: CWA und CovPass (Folien <a href="#">hier</a>)                  Weiterhin mehrere Apps mit teilweise überschneidenden Funktionen, CWA soll bis Ende Mai 2023, CovPass bis Mitte 2023 weiterlaufen .                  Keine Weiterentwicklung der Kernfunktionalitäten, stattdessen Ad-hoc Anforderungen für Zusatzfunktionen                  Teststrategie &amp; Selbsttests                  Anbindung neuer Labore und Teststellen wurde vor Monaten gestoppt.                  TAN-Hotline soll auslaufen, stattdessen nicht-verifizierte Warnungen bei positiven Testergebnissen von nicht-registrierten Schnelltests und Labor-PCR-Tests, auch von Selbsttests.                  Missbrauchsbeschränkung notwendig                  Rate-Limiting: Was für eine Karenzzeit soll eingehalten werden? Vorschlag 3 Monate                  Mindestbetriebszeit der CWA-Installation: Warnung erst nach n Tagen/Wochen möglich? Vorschlag 7 Tage                  Weitere Hürden zur Missbrauchsbeschränkungen nötig?                  Informationsangebote für CWA-Nutzende                  Pandemieradar: Dashboard-Replikation oder Verlinkung auf RKI-Dashboard?                  Übersetzung von Pandemieradar als „Pandemic Key Indicators“?                  BZgA-Impfcheck: Wunsch der Verlinkung von BZgA und BMG, aber RKI-Bedenken.                  Verlinkung in CWA oder in FAQ oder keine Verlinkung?                  Prüfscenarien                  Bundeslandspezifische Maskenpflichten und</p>	<p>FG21                  (Benzler)</p>

	<p>Maskenpflichtbefreiungen: implementiert, aber noch nicht aktiviert                  Funktionspostfach für noch zu benennende BL-AP                  Vollständiger Impfschutz: implementiert als Selbstauskunft, noch nicht zur Fremdprüfung                  Anwendungsszenarien unklar                  Probleme: Diskrepanz IfSG und STIKO Empfehlungen (insbesondere für Kinder 6-11 Jahre)                  Umgang mit IfSG-Vorgaben zu Impfstoffen der WHO-Emergency-List                  Prüfzszenarien Einreiseregeln                  Aktiv, aber derzeit keine Regeln, zukünftige Regeln können eingefügt werden.                  Einreiseregeln für Virusvariantengebiete sind nicht implementiert, aber in Diskussion, sehr komplex und speziell                  Ausstehende Problemlösungen:                  Genesenenzertifikate für Infektionen, deren Nachweis länger als 180 Tage zurückliegt, können im Moment nicht ausgestellt werden.                  Diskrepanz zwischen IfSG und STIKO Empfehlungen                  Unklare Vorgaben an DCC Ausgebende zur Kodierung von Auffrischimpfungen                  Hintergrund: Zuständigkeit zahlreicher BMG-Referate ohne Koordination</p> <p>„Pandemic Key Indicators“ ist keine gute Übersetzung, Begriff ist international anders besetzt.                  Das Wort „pandemic radar“ hat Minister erfunden, sollte nicht geändert werden.                  Kontakte über Selbsttests zu informieren ist als Vorbereitung auf zukünftige Pandemien sicher sinnvoll, bei breiter Community Transmission nicht mehr. Zeitpunkt zu spät, zum jetzigen Zeitpunkt würde die App gar nicht mehr grün werden.                  Sensitiveres Detektieren wurde bereits vor einem ¾ Jahr vorgeschlagen. Minister ist stark an Produkt interessiert, finanzielle Ressourcen jedoch limitiert. Fachaufsichten haben eigene Vorstellungen.                  Integration von Selbsttest nötig, um CWA weiterhin als Werkzeug zur Pandemiebekämpfung einsetzen zu können.                  Menschen verändern deshalb ihr Verhalten (im science blog nachzulesen)                  Die Diskussion ist wichtig, zeitlich in diesem Rahmen nicht möglich.</p> <p><i>ToDo: Einladung zu extra Termin zur Diskussion der offenen Punkte</i>                  Angegebene Eckdaten zur Missbrauchsbeschränkung sinnvoll.</p>	<p>Haas</p> <p>Schmich</p> <p>Mielke</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>Ergebnisse aus der Mental Health Surveillance (<a href="#">hier</a>)                  Literaturreview zur Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Bevölkerung während der COVID-19-Pandemie</p>	<p>FG26                  (Eicher)</p>

	<p>Hintergrund: Auswertung GEDA-Daten (Erhebung und Auswertung von Daten) und Anfang 2021 Literaturreview. BMG wurde umfassender Bericht vorgelegt, auch zu Kindern und Jugendlichen.</p> <p>Fokus war Einschätzung der Verlässlichkeit der eingeschlossenen Studien: wie aussagekräftig wird in Deutschland zur psychischen Gesundheit geforscht.</p> <p>Kategorie I: Primärdaten zur psychischen Gesundheit                  Kategorie II: Routinedaten und versorgungsbezogene Primärdaten</p> <p>-&gt; Kontinuierliches Literaturreview</p> <p>Beobachtungszeiträume von allen Studien</p> <p>Vor allem zu Beginn der Pandemie viel Forschung</p> <p>Inhaltliches Spektrum der Studien</p> <p>Indikatoren umfassen verschiedene Outcomes</p> <p>Vor allem Ergebnisse zum Versorgungsgeschehen und Mortalität (46%), außerdem zur aktuellen Symptomatik einer psychischen Störung (29%), zur positiven psychischen Gesundheit (13%) und zur psychischen Belastung (12%)</p> <p>Synthese "Aktuelle Symptomatik einer psychischen Störung" - Vergleiche zu präpandemischen Vergleichswerten</p> <p>Auffallend: vor allen für frühe Pandemiezeiträumen werden Ergebnisse berichtet.</p> <p>Vergleich der GEDA-Auswertung mit Literaturreview</p> <p>Kein Anstieg in 1.Welle, in Plateauphase 2020 gleichbleibend oder rückläufig, Anstieg von akuter Symptomatik im Herbst 2020, dann uneindeutig, Anstieg in anderen Studien nur bis Mitte 2021.</p> <p>Zu neueren Messzeitpunkten wird es bald ein Update im Krisenstab geben.</p> <p>Fazit</p> <p>Daten zu psychischer Gesundheit decken Pandemieverlauf nicht umfassend ab.</p> <p>Aussagekräftige Studien bzw. Publikationen über Entwicklungen in der Bevölkerung sind selten.</p> <p>Aktualität veröffentlichter Ergebnisse ist gering.</p> <p>Projektförderung bis Mitte nächsten Jahres, monatliche Berichte ans BMG, 2023 soll Projekt mit Publikation abgeschlossen werden.</p> <p>Weitere Förderung ab Mitte 2023 unklar</p> <p>Erste Ergebnisse der Follow-up-Befragungen in den Corona-Monitoring Studien (Long COVID in CoMoBu-II)                  Wurde auf Lage-AG-Sitzung am 26.10. verschoben</p>	<p>FG25                  (Poethko-Mueller)</p>
<p>7</p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  kein Anpassungsbedarf</p> <p>Belastung Gesundheitswesen sollte im weiteren Verlauf evtl. angepasst werden.</p>	<p>Abt. 3</p>

8	<b>Expertenbeirat</b> ( <i>montags Vor-, mittwochs Nachbereitung</i> ) (nicht berichtet)	
9	<b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b> Gemeinsame Grippekampagne mit RKI startet demnächst Am 20. Oktober Pressemitteilung hierzu  <b>Presse</b> (nicht berichtet)  <b>P1</b> (nicht berichtet)	BZgA (Ommen)  Presse  P1
10	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>Allgemein</b> (nicht berichtet)  <b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)	Alle  Abt. 3
11	<b>Dokumente</b>  Stand der Dokumente für Einrichtungen im Gesundheitswesen und Alten- und Pflegeeinrichtungen Im Zuge der IfSG-Änderungen sollten Dokumente rechtzeitig angepasst werden. Wird noch zurückgehalten. Gesetzlicher Standard ist, dass FFP-2 Masken auch von Betreuten getragen werden sollen. Noch gibt es Auslegungsdifferenzen und Interpretationsspielraum. Vom BMG wurde Handreichung für Ländern, wie mit Maskenpflicht umgegangen werden soll, versprochen. Wartet noch auf Freigabe, Unmut in Ländern. Auch das Dokument zum Entlassmanagement wurde in Frage gestellt. Es gibt keine Anzeichen, dass Impfungen an Ausscheidungen etwas ändern. Keine Evidenz für Änderungen. Weitere Dokumente werden überarbeitet, §28b IfSG ist schwierig einzuarbeiten. Bewertung ist aus fachlicher Sicht immer noch richtig. Die fachlichen Empfehlungen werden beibehalten, solange es keine anderslautende Anweisung vom BMG gibt. Dokumente werden im Moment so belassen, auch noch keine Sprachregelung im BMG.	Abu Sin       Brunke Arvand  Mielke Hamouda  Abu Sin
12	<b>Labordiagnostik</b>  (nicht berichtet)	FG17/ZBS1
13	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  Abschließende Beratung: Testanlässe/ Testkriterien: Anpassung der Testanlässe und Flussschema für Ärzte ( <a href="#">hier</a> )	ZBS7/ FG36 (Mielke)

	<p>2 Dokumente: Flussdiagramm zu Testkriterien und erläuternder Text                  Wurde in AG Diagnostik geprüft, Anpassungen an Lage sinnvoll                  Zur Kenntnis: Punkt 5 bei Testkriterien wurde gekürzt                  „Verdachtsfall meldepflichtig“ soll blau und nicht rot sein.                  Ausfall statt Störung des Geruchs- und Geschmackssinns                  Indikation zur antiviralen Therapie bei ambulantem Management ergänzt                  Maßnahmen bei Symptomen: häusliche Isolierung für 5 Tage.                  Es geht um nicht nachgewiesene COVID-Infektionen, im Wochenbericht Formulierung 3-5 Tage  <i>ToDo: Damit Formulierung einheitlich ist, schickt Hr. Haas Hr. Mielke genaue Formulierung zu.</i>                  Anschließend über Fr. Niebank zur Aktualisierung an Webmaster</p>	Haas
14	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>                  nicht berichtet</p>	FG14
15	<p><b>Surveillance</b>                  nicht berichtet</p>	FG 32
16	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>                  nicht berichtet</p>	FG38
17	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>                  nicht berichtet</p>	FG38
18	<p><b>Wichtige Termine</b>                  keine</p>	Alle
19	<p><b>Andere Themen</b>                  Nächste Sitzung: Wochentag, 26.10.2022, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:59 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 26.10.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG32	
!	Institutsleitung	○ Claudia Sievers	
○	Lars Schaade	○ Michaela Diercke	
!	Abt. 1	!	FG33
!	Abt. 2	○	Jonathan Fischer-Fels
○	Michael Bosnjak	!	FG34
!	Abt. 3	!	FG35
○	Tanja Jung-Sendzik	!	FG36
!	FG11	○	Walter Haas
!	FG12	○	Silke Buda
○	Annette Mankertz	○	Kristin Tolksdorf
○	Sebastian Voigt	!	FG37
!	FG14	!	ZBS1
○	Mardjan Arvand	!	ZBS7
○	Melanie Brunke	○	Michaela Niebank
!	FG17	!	MF3
○	Ralf Dürrwald	!	MF4
!	FG21	○	Martina Fischer
○	Patrick Schmich	!	P1
○	Wolfgang Scheida	○	Christina Leuker
○	Justus Benzler	!	P4
!	FG23	!	Presse
!	FG 24	○	Susanne Glasmacher
○	Thomas Ziese	○	Marieke Degen
○	Anke Christine Saß	○	Ronja Wenchel
!	FG25	!	ZIG
○	Christina Poethko-Müller	!	ZIG1
○	Christa Scheidt-Nave	○	Carlos Correa-Martinez
!	FG31	!	ZIG2
○	Ute Rexroth	!	ZIG4
○	Antonia Hilbig	!	BZgA
○	Claudia Siffczyk	○	Linda Seefeld



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Weltweit: Fälle, Todesfälle                      Datenstand: WHO, 25.10.2022                      Übersicht der Prozent-Veränderungen in den letzten 7 Tagen:                      Global betrachtet sinken die Fall- und Todesfallzahlen                      Amerika (+3.5%, aufgrund der Anstiege in Inselstaaten, und Anstieg in Chile); Asien: Anstieg Todesfallzahlen                      Situation in Europa: höchste 7TI in Österreich, gefolgt von D und F, Fallzahlen insgesamt sinkend (verschiedene Teststrategien spielen hier mit eine Rolle)                      ECDC Information/Einschätzung: nur wenige Länder melden noch Anstiege; In Ländern, in denen Anstiege zu verzeichnen sind, verlangsamten sich diese. Situation Ü65: Fallzahlen steigen; erhöhte Transmission und Todesfälle in Langzeitpflegeeinrichtungen.                      BQ.1 (Sublinie von BA.5): am 20.10 von der ECDC als Variant of Interest eingestuft. In F Anteil im Vergleich zu anderen Ländern mit 19% am höchsten; USA; 11%; Immunevasion als Ursache für Anstieg (2 zusätzliche Mutationen im Spike-Protein); eine erhöhte Krankheitsschwere ist bisher nicht zu beobachten; Modellierung ECDC: eine Dominanz von BQ.1 in Europa wird für Mitte Nov/Anfang Dez erwartet;</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: 35.383.015 (+94.787), davon 152.997 (+242) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 528/100.000 Einw.                      7-Tage-Hospital.Inzidenz: 10,6/100.000 Einw.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Die Anzahl der aktiven Fälle nimmt ab, Anzahl Hospitalisierte pro Tag ebenfalls rückläufig. Bei Verstorbenen bisher kein Rückgang.</li> <li>○ Rückgang 7TI in allen BL zu beobachten, Peak wurde vor 2 Wochen erreicht.</li> <li>○ Heatmap Altersgruppen: In D anderer Trend als in übrigen europ. Ländern: in allen Altersgruppen Rückgang zu beobachten im Vergleich zur KW40.</li> <li>○ Bei Todesfallzahlen ist noch kein Rückgang bemerkbar;</li> <li>○ Destatis: nichts Auffälliges</li> </ul> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b>, Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Stand 26.10.22: 1729 COVID Patientinnen auf IST</li> <li>○ Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung</li> <li>○ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.503 in den letzten 7 Tagen.</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p> <p>MF4</p>

	<p>Auch hier Rückgang.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Verstorbenenzahlen: noch auf Plateau.</li> <li>○ Behandlungsbelegung: Viele Patientinnen mit resp. Unterstützung im Vergleich zu den Vorwellen (nur Winter 2020/21 war höher). Anzahl ECMO-Behandlungen hat leicht zugenommen, ebenfalls Zunahme bei leichter Unterstützung und Highflow.</li> <li>○ Ein relativ großer Teil an unbekanntem Behandlungen zu verzeichnen. Nebenbefunde? Kann nicht differenziert werden.</li> <li>○ Einschätzung der Betriebssituation: 64% teilweise bzw. stark eingeschränkt. Hauptgründe: Personalausfälle durch Krankheit</li> <li>○ Altersverteilung: Belegungen werden dominiert (wie zuvor auch) durch 70-79 und Ü80-Jährige;</li> <li>○ Seitwärtsbewegung in SPoCK prognostiziert.</li> </ul> <p><u>Testkapazität und Testungen</u>          (nicht berichtet)</p> <p><u>ARS-Daten</u>          (nicht berichtet)</p> <p><u>VOC und Molekulare Surveillance, Folien <a href="#">hier</a></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Leichter Rückgang bei Anteil an Genomsequenzierungen: unter 1%;</li> <li>○ Anteile für einzelne Varianten: Bild weiterhin stabil: BA.5 dominiert mit über 96%, BA.2 leichte Zunahme. BA.4 rückläufig.</li> <li>○ BF.7 (Sublinie von BA.5): höchsten Anteil an allen BA.5 Sublinien (16%); alle anderen Sublinien recht stabil.</li> <li>○ Pangolin Update hat einige Linien in Sublinien aufgeteilt.</li> <li>○ BQ1.1 und BQ1: deutliche Zunahme zu beobachten.</li> <li>○ BF.7, BA.275.2 und BQ1.1: dieselbe Spike-Mutation</li> </ul> <p><u>Syndromische und virologische ARE-Surveillance, Folien <a href="#">hier</a></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ARE Rate geht deutlich zurück.</li> <li>○ GrippeWeb: 6.700 ARE (Vorwoche: 7.300) pro 100.000 EinwohnerInnen; Entspricht einer Gesamtzahl von 5,6 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (41. KW: ca. 6,1 Millionen)</li> <li>○ ARE-Rate: Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg bei Kleinkindern und jungen Erwachsenen, in allen anderen Altersgruppen gesunken</li> <li>○ AGI- ARE Konsultationen: Im Vergleich zur 41. KW 2022: Insgesamt deutlich gesunken; ca. 1.800 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 EW (42. KW 2022: ca. 1,5 Mio. Arztbesuche wegen ARE)</li> <li>○ ICOSARI: SARI Fälle insg. rückläufig. Auch im Intensivmed. Bereich.</li> <li>○ Anteil COVID an SARI: stabil geblieben</li> <li>○ Anteil COVID an SARI mit Intensivbehandlung: ebenfalls stabil (Influenza: leichter Anstieg aber auf niedrigem</li> </ul>	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------

	<p>Niveau).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 0-4-Jährige: RSV-Diagnosen stark angestiegen in den letzten Wochen (20%); SARS-CoV-2: 5%, zunehmend Influenza detektiert (wenn auch noch wenige Fälle, 4%); Influenza bei 5-14-Jährige: 10%</li> <li>○ Virologische Surveillance: Leichter Rückgang SARS-COV2 insgesamt zu verzeichnen. SARS-CoV-2: 34-60-Jährige und Ü60-Jährige am stärksten betroffen; Bei endemischen Coronaviren sehr wenig Aktivität. Deutlicher Anstieg der Influenza (H3N2); Positivenrate 16% - stärkstes Virus im Sentinel in KW42; Schüler am stärksten betroffen, aber Ausbreitung auf andere Altersgruppen zu beobachten. Bisher kein Nachweis bei Ü60; Rhinoviren und Parainfluenza-Viren gehen zurück, RSV-Anstieg auf 10% (in Übereinstimmung mit syndr. Surveillance)</li> </ul> <p><u>Fragen/Zusätzliche Infos :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 0-4-Jährige COVID-SARI: sieht aus als ob der Anteil erhöht wäre, aber zusätzlich hat ein gewisser Teil der Kinder eine RSV Diagnose. RSV Welle kündigt sich deutlich früher als in den Vorjahren.</li> <li>- Mit steigender Influenza-Aktivität wird auch hier das Überschreiten der Grenzwerte zeitnah erwartet; RSV und Influenza könnten sich ebenfalls negativ auf negativ auf Bettenkapazitäten in den KH auswirken.</li> <li>- Welche Sublinie könnte sich durchsetzen? – Eine Vorhersage kann momentan nicht getroffen werden; BQ scheint international eher ein Problem zu sein, bei uns momentan eher BF.7.</li> <li>- Aktuelle Publikation in Nature Microbiology <a href="#">„Coinfection by influenza A virus and respiratory syncytial virus produces hybrid virus particles“</a> : Coinfektionen von InflA und RSV, hybride Viruspartikel infizieren Zellen, die normalerweise nicht durch Influenza infiziert werden würden. , in vitro-Versuche, evtl. auch relevant für Coinfektionen in vivo? – bisher keine Aussage darüber zu treffen</li> </ul> <p><u>Message für den Wochenbericht:</u> Gewisse Entspannung zu sehen (Ferien in einigen BL); es kann keine Vorhersage getroffen werden, ob es so weitergeht. Im Winter steigt saisonales ARE Geschehen normalerweise nochmal an. Tal oder Ende der Welle? Noch nicht klar. Info aus ARE-Berichten: Influenza und RSV steigen deutlich an; ARE-Gesamtsituation durch ARE nicht mehr alleine durch COVID bestimmt und Schutzmaßnahmen und Prävention auch bei anderen Erregern zu beachten.</p>	<p>FG17</p> <p>Alle</p>
<p>2</p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Absatz zu Impfstatus Neuaufnahme PatientInnen auf ITS: einziger Abschnitt zum Thema Impfen, der noch im Wochenbericht drin ist.</li> <li>! Letzte Woche wurden die Daten rausgenommen, was in sozialen Netzwerken stark diskutiert wurde. Abschnitt wieder mit aufnehmen?</li> </ul>	<p>Alle</p>

	<p>! Optionen: Aufnahme in Wochenbericht, auf DIVI-Seite oder im monatlichen Impfbericht</p> <p>! BMG möchte die Daten beibehalten, und Meldung in VO drin</p> <p>! DIVI: Impfstatus der Neuaufnahmen; hat mit Belegung/Belastung nichts zu tun. Hohes Risiko der Misinterpretation wenn Daten auf DIVI-Seite veröffentlicht werden.</p> <p><u>Entscheidung und To Do</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lagezentrum: Rücksprache mit FG33 Daten in den Impfbericht mit aufzunehmen</li> <li>- Hinweis nächste Woche im Wochenbericht, wo Info und Daten zu finden sind</li> <li>- Wenn VO wieder überarbeitet wird: Anstreben, die Meldung rauszunehmen (Unterstützung durch DIVI Team erwünscht).</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Aktuelle Zulassung: 4 zugelassene Omikron Impfstoffe, nur als Booster zugelassen und nur ab 12 Jahren.</p> <p>Kinderimpfstoffe: 6 Monate-5 Jahre, Biontech (3 Dosis-Impfung) und Moderna (2-Dosis-Impfung) in unterschiedlichen Konzentrationen.</p> <p>Angepasste Impfstoffe für alle Booster ab 12 Jahren empfohlen, keine Unterscheidung BA.1 und BA.4/5</p> <p>Keine Veränderung der Indikationsgruppen; keine Empfehlung der STiKO für 4 Impfung für U60-Gruppe.</p> <p>Impfquoten stagnieren, bis auf 2. Auffrischimpfung bei Ü60</p> <p>26.09 über 60T mit angepassten Impfstoffen bereits vor STiKO Empfehlung geimpft (06.10 Empfehlung);</p> <p>Monatsbericht: Impfdurchbrüche und Krankheitslast:</p> <p>Ungeimpfte Ü60-Jährige (ca 10% in dieser Altersgruppe) - wesentlich höhere Hospitalisierungsraten, ITS-Belegung und versterben eher</p> <p><b>Frage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ungeimpfte waren zum Großteil bereits (mehrfach?) infiziert. Dh. Kann evtl. davon ausgegangen werden, dass Impferfolg sogar unterschätzt wird? - Diese Unterscheidung wird im Monatsbericht nicht behandelt; wird bei Influenza auch nicht gemacht. Schwierig, diese Daten überhaupt zu erhalten, zudem gibt es kaum noch Immunaive. Im Rahmen der Surveillance nicht zu lösen, nur mit einer Studie. Influenza: Geboosterte und Geimpfte infizieren sich ebenso; ähnliches Bild hier; Aus Altenheim-Ausbrüchen (Exposition für alle gleich) weiß man, dass Wirkung der Impfung eher überschätzt wird. Schwieriges Thema, sollte nicht im Impfbericht formuliert werden.</li> <li>- Es gab keine klinischen Studien zur Reinfektion vor Zulassung der Omikron Booster.</li> </ul>	<p>FG 33</p>

4	<b>Internationales</b>  (nicht berichtet)	ZIG
5	<b>Update Digitale Projekte</b>  <u><b>ePLF/dPLF (electronic/digital Passenger Locator Form) und DEA – derzeitige Entwicklungen</b></u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Sommer 2022: Evaluation ob DEA in europ. System der KoNA aufgehen kann/soll. Input RKI und Bundesdruckerei erfolgte – Entscheidung BMG: Überführung DEA in europ. System (ePLF)</li> <li>○ Viele offene Fragen, u.A. wer betreibt dieses System von dt. Seite aus und wer überführt DEA? Noch in diesem Jahr soll Migration erfolgen. Bis 31.12 soll geklärt werden, wer Prozess begleitet und umsetzt. BMG möchte, dass RKI diese Aufgabe übernimmt, allerdings liegt hierzu bisher keine schriftliche Aussage vor, welche Rolle das RKI genau übernehmen soll.</li> <li>○ Thema in JF Freitag mit aufnehmen;</li> <li>! DEA: Technische Infrastruktur durch Bundesdruckerei bereitgestellt; RKI hat Prozess gemonitort.</li> <li>○ Mit momentanen Ressourcen kann Prozess nicht begleitet werden.</li> <li>○ Change Request für Ende Januar mit Bundesdruckerei ausgearbeitet</li> <li>• zu ePLF gab es im Feb. 2022 einen Initiativbericht, dieser sollte aktualisiert werden.</li> <li>! Unterscheidung: DEA = Einreisekontrolle; ePLF: KoNA nach Exposition im Flieger (und anderen Verkehrsmitteln), und auch für andere Erreger als SARS-CoV-2; nicht wirklich mit DEA vergleichbar, da ganz andere Zielsetzung;</li> </ul>	FG21
6	<b>Vortrag, CoMoBu II-Studie und Post/LongCOVID</b> <b>„Prevalence and determinants of Post-COVID-19 condition in Germany - Results of the second wave of the study “Corona Monitoring Bundesweit” (RKI-SOEP-2-study)</b> Folien <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PostCOVID und LongCOVID: schwer zu definieren; WHO Kriterien für Falldefinitionen ergeben einige Ermessensspielräume was sich in den Studienergebnissen widerspiegelt und deren Vergleichbarkeit.</li> <li>- CoMoBu II: in SOEP eingebettet; Fragebogen zu LongCOVID wurde angefügt; 19 Symptome in den letzten 6 Monaten abgefragt; und ob Beschwerden noch andauern, sowie Auswirkungen auf Schule/Erwerbstätigkeit?</li> </ul> Cases und Controls: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen, die von Infektion wussten, und mit pos. PCR-Test</li> </ul>	Fr. Pethke-Müller

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen, die von Infektion nichts wusste, bei denen Infektion durch AK-Test bestätigt wurde</li> <li>- Personen ohne Infektion (diese Gruppe fehlt in vielen Studien)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Baseline</li> </ul> </li> </ul> <p>Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prävalenz für alle 3 Gruppen (Folie 6): 14-65 Jährige                          Signifikater Unterschiede zwischen Teilnehmern mit bekannter und keiner Infektion.                          Die von Infektion nichts wussten, aber infiziert waren, rücken näher an Infizierte heran, die von Infektion wussten. Je enger die Def. Von LongCOVID gefasst ist, desto geringer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen.</li> <li>- Risiko für longCOVID erhöht: Geschlecht (weiblich), Alter, Anzahl von Begleiterkrankungen;</li> <li>- Self-related Health: wie schätzt man seine eigene Gesundheit gerade ein, und im Vergleich zu vor der Pandemie? Infizierte, ohne LongCOVID: 6x Verschlechterung;</li> </ul> <p><a href="https://www.rki.de/long-covid">https://www.rki.de/long-covid</a></p> <p><b>Fragen/ergänzende Infos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensitivität der Falldefinition und das Wissen, ob man infiziert war, hat großen Einfluss auf Prävalenz von LongCOVID. Je enger die Def. Gefasst, desto niedriger der Unterschied zwischen den Gruppen; Wie aussagekräftig sind die Ergebnisse? - Immer noch deutlich. 40% attributables Risiko auf Infektion zurückzuführen.</li> <li>- Nicht subjektive Outcomes werden mitlaufen gelassen, um Bias der Eigenwahrnehmung rauszunehmen.</li> <li>- Hintergrund-Monitoring: Kontrollgruppen werden immer dünner, wie sieht es in Bevölkerung insgesamt mit LongCOVID Symptomen aus?</li> <li>- Dürfen Ergebnisse kommuniziert werden? – Hr Scheida nimmt Kontakt auf.</li> </ul>	
7	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Kleinere Anpassungen könnten erfolgen, aber nicht zeitkritisch; momentan keine Änderungen</p>	Abt. 3
8	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Präs



<p>9</p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Nichts zu berichten</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Nichts zu berichten</p> <p><b>P1</b></p> <p>Flyer Impfdurchbrüche auf Auffrischimpfung umgearbeitet und wird Social Media Taskforce nach Abstimmung zugespielt</p> <p><b>Anderes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pressekonferenz am 02.11(Uhrzeit nicht bekannt) BMSFJ und BMG zum Abschluss der Corona-Kita-Studie, Hintergrundpapier wird gerade kommentiert. Botschaften werden vorbereitet, Erklärvideo wurde produziert, DJI Federführung; Input von RKI-Seite; Unterlagen werden der Pressestelle zur Kommentierung weitergeleitet;</li> </ul>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> <p>FG36</p>
<p>10</p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Anliegen der BL: Berichtsfrequenz zwischen den Jahren: kein Wochenbericht und keine Aktualisierungen der Daten zwischen den Jahren gewünscht. Ministerien werden aus Energiespargründen geschlossen, es läuft nur ein Notbetrieb Reduzierung allgemein auf wöchentliche Berichterstattung gewünscht.</p> <p>Dashboard: auch nur wöchentlich aktualisiert ab neuem Jahr?              – mit neuem Pandemieradar wohl schwierig</p> <p>Im Vergleich zu anderen Erregern müssen grundsätzliche strategische Fragen intern geklärt werden - Übergang in saisonales Geschehen.</p> <p>Wöchentliche Bereitstellung der Daten, Vorteile:              Misinterpretation der Daten würde wegfallen und Nachfragen zu Schwankungen.</p> <p>Bitte der BL hat sich nicht auf DIVI bezogen. Technisch und fachlich nicht zu stoppen, da tägliche Meldepflicht, zudem waren Zahlen über Jahreswechsel stabil; DIVI: unmittelbare Versorgungsfragen, keine Surveillance-Daten; Andere Zielsetzung DIVI: Monitoring von Ressourcen.</p> <p><b>To Do:</b></p> <p>Initiativbericht BMG: kein Wochenbericht und keine Aktualisierung der Daten über die Feiertage; Bericht auf Surveillance-Systeme beschränken.</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>FG31</p>

<b>11</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>12</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17 und ZBS1</b> <b>Keine Ergänzungen</b>	
<b>13</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>14</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  Letzte Woche KRINKO Stellungnahme zu § 28b, Stärkung besonders vulnerabler Gruppen (Masken und Testkonzepte in Einrichtungen). Bisher keine Reaktionen von der Presse eingegangen.	FG14
<b>15</b>	<b>Surveillance</b>  Erlass Abwassersurveillance. Vorhabensbeschreibung, mit Frist heute; Rahmenbedingungen haben sich heute erst geklärt. Bis Freitag Verlängerung beantragen; M. Diercke federführend mit Herrn Möhl;	FG 32
<b>16</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  DEA, Punkt 5	FG38
<b>17</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Berichterstattung, siehe vorher	FG38
<b>18</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>19</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.11.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:12 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 09.11.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Ute Rexroth

### Teilnehmende:

- ! FG11
  - Sangeeta Banerji (Protokoll)
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Wolfgang Scheida
- ! FG31
  - Ute Rexroth
  - Alexandra Hofmann
- ! FG33
  - Ole Wichmann
  - Jonathan Fischer-Fels
- ! FG36
  - Walter Haas
- Stefan Kröger
- Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! ZBS7
  - Annegret Schneider
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! Presse
  - Marieke Degen
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ! ZIG1
  - Carlos Correa-Martinez
- ! BZgA
  - Andrea Rückle



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Weltweit: Fälle, Todesfälle                      Datenstand: WHO, 08.11.2022                      Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:                      Anstieg der Fallzahlen in Indonesien und Malaysia                      Nachmeldung von Todesfällen aus Indien, daher der Anstieg von 69% Todesfälle in Asien                      Ansonsten weltweit sinkende Fallzahlen und Todeszahlen                      ECDC (KW43): Auch hier rückläufige Fall- und Todeszahlen, Hospitalisierungen und Intensivbelegung: stabil                      Niederlande erklären Herbstwelle für beendet                      Neue Regierung in Italien hebt Impfpflicht in Gesundheitsberufen auf, um Personalknappheit entgegenzuwirken, COVID-Berichterstattung nur noch 1 Mal pro Woche in Italien</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 35.932.654 (+47.820), davon 155.012 (+227) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 294,1/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.808.642 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.495.111 (76,3%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Rückgang in allen BL                      15 LK &gt;500, alle im Norden/Nordwesten                      Seit 4 Wochen deutlicher Rückgang in allen AG,                      Spätsommer-/Herbstwelle wahrscheinlich beendet                      Keine Erhöhte Mortalität                      ARS-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Positivenanteil ca. 25% in allen BL und rückläufig</li> <li>▪ in Berlin ein sehr geringer PA bei Gesamttestungen, wegen geringer Repräsentativität der involvierten KH</li> <li>▪ Testungen pro 100.000 Einwohnern: konstant bei 5-14J, sonst rückläufig</li> <li>▪ Rückgang in der Anzahl an Ausbrüchen</li> </ul> <p>Testkapazität und Testungen                      nicht berichtet                      VOC-Bericht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Nur noch Omikron Varianten vorherrschend</li> <li>▪ BA.5 dominant, Anteil BA.4 rückläufig, Anteil BA.2 steigend (aktuell bei 3%)</li> <li>▪ Aufgrund Pangolinnomenklatur gibt es viele</li> </ul>	<p>Carlos Correa-Martinez</p> <p>Ute Rexroth</p> <p>Muna Abu Sin</p> <p>Stefan Kröger</p>

	<p>Sublinien, z.B. BF.7 ist eine Sublinie von BA.5</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ BQ1/BQ1.1 werden manchmal zusammen ausgewiesen</li> <li>▪ Andere Bezeichnungen stammen noch von Vor-Pangolin-Nomenklatur Zeit</li> <li>▪ PEI erhielt Prüfauftrag, um Sensibilität von Schnelltests für neue Varianten (z.B. BQ1 und BQ1.1) zu prüfen</li> </ul> <p>Molekulare Surveillance (nicht berichtet)</p> <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ 5,0 Mio. ARE (Vorwoche: 5,2 Mio)</li> <li>▪ Rückgang in allen AG, außer bei 15-34J: da Anstieg</li> <li>▪ Arztkonsultationen rückläufig</li> <li>▪ Stationär: SARI-Inzidenz höher als vor der Pandemie</li> <li>▪ COVID-19 Anteil bei SARI: 19% (Vorwoche: 30%)</li> <li>▪ COVID-19 Anteil bei SARI-Fällen mit Intensivbehandlung: 36% (Vorwoche: 40%)</li> <li>▪ Starker Anstieg am RSV/Influenza bei SARI bei 0-4-Jährigen</li> <li>▪ deutlicher Rückgang des Anteils COVID-19 in den AG 60+</li> <li>▪ Hospitalisierungsinzidenz: 3,1 COVID-SARI/ 100.000</li> </ul> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Folien bitte im Ordner ablegen</b></li> <li>▪ <math>\beta</math>-Corona Viren: Hauptsächlich Sars-CoV-2</li> <li>▪ Höchste Rate bei Ü60J</li> <li>▪ starker Anstieg der Influenza Viren</li> <li>▪ KW43: Anfang Grippewelle: 20%</li> <li>▪ 5-15J am stärksten von Grippewelle betroffen</li> <li>▪ RSV: 14% bei 0-4J</li> </ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ 1216 COVID-19 Fälle mit Stand 09.11.22 auf Intensivstationen</li> <li>▪ Rückgang bei ITS Belegung sowie Neuaufnahmen</li> <li>▪ Anteil der COVID-19 Fälle an Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten in allen BL rückläufig außer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Berlin</li> <li>▪ Rückgang bei Fällen mit respiratorischer Unterstützung</li> <li>▪ leichte Entspannung der Betriebssituation und Rückgang bei den Betriebseinschränkungen</li> <li>▪ Rückgang in allen Altersgruppen, vor allem bei Ü80</li> <li>▪ SPoCK: In den nächsten 20 Tagen weiterhin ein Rückgang der ITS Belegung durch COVID-19 Fälle erwartet</li> <li>▪ Hinweis: BMG hat mündlich mitgeteilt, dass ab Januar 2023 die Prognose nicht mehr gefördert wird und somit ab da voraussichtlich keine Prognose mehr vorgenommen wird</li> </ul> <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p>	<p>Kristin Tolksdorf</p> <p>Ralf Dürrwald</p> <p>Martina Fischer</p>
--	--	--

	<p>Info für den Wochenbericht: Rückgang der Fallzahlen in allen Altersgruppen. Rückgang ist möglicherweise im Zusammenhang mit den Herbstferien zu sehen. Syndromische Surveillance zeigt eine starke Last an Atemwegsviren, so dass in nächster Zeit mit einem Fallzahlenanstieg auch von COVID-19 Fällen gerechnet werden könnte. Es kam der Vorschlag, zukünftig den Fokus von reinem COVID-19 Bericht auf alle respiratorischen Viren, die aktuell eine starke Rolle spielen, zu erweitern.</p>	
2	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  Impfquoten aktuell konstant, ein Anstieg bei der 2. Boosterimpfung in der AG 60+                  Impfdurchbrüche: Schutz vor schweren Erkrankungen dauert 1 Jahr an                  COVID-19 Impfung soll ins Regelsystem integriert werden                  Impfverordnung für Influenza Impfung wurde aus datenschutzrechtlichen Gründen gestoppt</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                  STIKO Empfehlung für Kinderimpfung: weiterhin keine allgemeine Impfeempfehlung, sondern nur für bestimmte Vorerkrankungen. Diabetes und Asthma wurden aus der Liste der relevanten Vorerkrankungen gestrichen.                  Neue Kann-Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu Personen ohne Möglichkeit für eignen Impfschutz                  nächste STIKO Sitzung am 10.11.2022                  Hinweis aus dem Krisenstab: Absatz über Impfen wurde in den Monatsbericht aufgenommen</p>	Jonathan Fischer- Fels Ole Wichmann
3	<p><b>Internationales</b></p> <p>nicht berichtet</p>	ZIG
4	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vorbereitung zur Abschaltung der Hotline, zukünftig Selbstmeldung an das Gesundheitsamt</li> </ul>	Wolfgang Scheida
5	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  xxx</p>	Abt. 3
6	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	

<p><b>7</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Merkblatt zu Long-COVID wurde überarbeitet und auf der Webseite <a href="http://www.longcovid-info.de">www.longcovid-info.de</a> gepostet</p> <p><b>Presse</b></p> <p>! COVID-Teaser wird ausgetauscht durch ARE-Teaser zusammen mit ARE-Wochenbericht</p> <p><b>P1</b></p> <p>nicht berichtet</p>	<p>BZgA                  Andrea Rückle</p> <p>Ronja Welchen</p> <p>P1</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
<p><b>9</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p><b>ToDo1:</b></p> <p><i>Dokumente zu COVID-19 in Schulen sollen ins Archiv geschoben werden und stattdessen auf die aktualisierte S3-Leitlinie verwiesen werden (Ronja Wenchel/ Barbara Hauer)</i></p>	<p>Alle</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17 nicht berichtet</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li># SARS-CoV-2</li> <li>## Rhinovirus</li> <li>## Parainfluenzavirus</li> <li>## saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>## Metapneumovirus</li> <li>## Influenzavirus</li> </ul> <p>Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>



<b>11</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  Sind RKI Empfehlungen zur Isolation in Pflegeheimen und KKH zu streng? AG-Diagnostik hält sie aus fachlicher Sicht für immer noch zutreffend. Kein Aktualisierungsbedarf aus fachlicher Sicht.	ZBS7
<b>12</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>13</b>	<b>Surveillance</b>  es gibt Probleme beim mobilen Dashboard Da Ministerien aus Energiespargründen zwischen den Jahren geschlossen bleiben, werden in diesem Zeitraum keine Berichte gewünscht Alte Daten (aus 2020) sollen nicht mehr in den Berichten ‚mitgeschleppt‘ werden: dies soll mit FG32 diskutiert werden	FG 32
<b>14</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  DEA-Abschaffung geplant. Es ist angedacht, dass RKI Integration in ein europaweites System umsetzen soll, aber es werden datenschutzrechtliche Probleme erwartet, weil System sich auf einem Amazon Server befindet	FG38
<b>15</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Koordinierung Erlassbearbeitung soll zwischen 8-19 Uhr erfolgen. Es ist eine Personalreduktion für diese Aufgaben geplant, auch wenn weiterhin sehr viele Erlasse mit sehr kurzer Bearbeitungszeit eingehen	FG38
<b>16</b>	<b>Wichtige Termine</b>  HSC-Termin am 11.11.22	Alle
<b>17</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.11.2022, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:10 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 07.12.2022 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lars Schaade
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Ralf Dürrwald
- ! FG21
  - Patrick Schmich
  - Wolfgang Scheida
- ! FG31
  - Ute Rexroth
  - Alexandra Hofmann
  - Amrei Wolter (Protokoll)
- ! FG32
  - Michaela Diercke
- ! FG33
  - Jonathan Fischer-Fels
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Silke Buda
  - Stefan Kröger
  - Kristin Tolksdorf
- ! ZBS7
  - Michaela Niebank
- ! MF4
  - Janina Esins
  - Kerstin Bischoff
- ! P1
  - Ines Lein
- ! P4
  - Pascal Klamser
- ! Presse
  - Marieke Degen
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
- ! BZgA
  - Oliver Ommen
- ! ZfKD
  - Klaus Kraywinkel



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Weltweit: Fälle, Todesfälle                      Datenstand: WHO, 06.12.2022                      Internationale Lage stabil (Asien stabilisiert sich)                      Diese Woche viele Länder ohne Fallzahlmeldung für die letzten 7 Tagen (weiß) -&gt; besonders in Afrika, aber auch Mexiko, Australien, Neuseeland oder Portugal.                      Asien: Hohe Inzidenzen v.a. in Japan (392/100.000Ew./7T; -6%) und Südkorea (710/100.000Ew./7T; -2%), insgesamt aber abnehmender Trend                      Abnahme der Todesfallzahlen                      Inzidenz in den AG &gt;65 Jahren weiterhin sinkend                      7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Europa                      Frankreich: Fallzahlen gestiegen (27% zur Vorwoche, alle AG betroffen) Inzidenz 400/100.000 für KW27 ab über 10 Jahre. Leichter Anstieg Hospitalisierung.                      BQ.1 dominierende Subvariante in 7 EU-Staaten                      BA.5 93% der Sequenzen in KW45, BQ1.1 nimmt in Frankreich zu (34%)                      Schweiz Meldeverzug, hat aber ähnliche Inzidenz wie angrenzende Länder                      Andere Berichte:                      China: Fallzahlen in China steigen an, ist in Fallzahlen WHO nicht nachzuvollziehen. WHO hat zu China auch u.a. Hongkong etc. gezählt. Zunahme Fallzahlen auf dem Festland China. Hat sich ausbalanciert mit abnehmendem Trend in anderen Gebieten. Proteste China: ab heute Maßnahmen gelockert/angepasster zum tatsächlichen Geschehen (keine Massentestungen, Lockdowns für größere Areale). Zunahme der Fallzahlen wird dadurch erklärt, dass die Impfquote in älteren AG schlecht ist, China hat sich bei der Impfstoffverteilung eher auf arbeitende Bevölkerung fokussiert. Ebenso fehlender Beleg für Effektivität der Impfstoffe für jetzige Variante sowie Zunahme der Kontakte in Bevölkerung.</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 36.649.979 (+45.331), davon 158.559 (+137) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 207,7/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.825.505 (77,9%), mit vollständiger Impfung 52.033.112 (62,5%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:</p>	<p>ZIG1 (Esquevin)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>





	<p>Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch</p> <ol style="list-style-type: none"><li>4. seit 45. KW wieder Anstieg zu verzeichnen</li><li>5. ARE-gesamt: höher als jemals bei GW (höchste Wert: bis her: 11,1 in der 5. KW 2013)</li><li>6. Zur Vorwoche: Anstieg bei Schulkindern (5-14 J.); Rückgang bei den 0- bis 4-Jährigen</li><li>7. Kinder (0 bis 14) sehr viel höher als zur Grippewelle 17/18, Erwachsene etwa gleiche Größenordnung (obwohl die jungen Erw. auch etwas höher liegen).</li><li>8. ILLI gesamt: ebenfalls gestiegen: 3,6 % (Vorwoche: 3,4 %) ARE-Konsultationen/100.000 Einw. Bis zur 48.KW 2022</li><li>9. In der 48. KW wurden bundesweit mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in der Vorwoche (Anstieg 7 %), wobei sich der Vorwochenwert noch erhöht hat (von 2.003 auf 2.213)</li><li>10. In 48.KW 2022: ca. 2,0 Arztbesuche wegen ARE in Deutschland</li><li>11. KI im Vergleich zur Vorwoche insgesamt: gestiegen</li><li>12. in KW 48: 2.368 (Vorwoche: 2.213)</li><li>13. Insgesamt über dem Wertebereich der Vorjahre zur 48. KW, teilweise höher als die Werte in Grippewelle</li><li>14. (leichter) Rückgang bei den 0-4-Jährigen (um 9 %); bei den Schulkindern Anstieg um 11% , bei den Erwachsenen zwischen 7 und 12 %</li><li>15. -Werte bei den allen AG höher als zur jeweiligen 48. KW</li><li>16. Neben einem verstärkten Transmissionsgeschehen kann auch ein sensitiveres Konsultationsverhalten (Aufsuchen der Arztpraxen bereits bei milder ARE-Symptomatik) zu höheren Werten beitragen</li></ol> <p>Arbeitsgemeinschaft Influenza-SEED ARE</p> <ol style="list-style-type: none"><li>17. ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 48.KW 2022</li><li>18. Rund 150 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose/100.000 Einwohner, nicht weiter zurückgegangen seit 42/2022</li></ol> <p>SEED<sup>ARE</sup> – ARE mit COVID-19 Konsultationen in Altersgruppen bis zur 48. KW 2022</p> <ol style="list-style-type: none"><li>19. nachdem die Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE seit KW 42/2022 insgesamt zurückging, kam es in KW 48 zu keinem weiteren Rückgang</li><li>20. in KW 48/2022 sind die Werte im Vergleich zur Vorwoche bei den 35- bis 79-Jährigen erstmalig wieder angestiegen, in den anderen Altersgruppen weiter gesunken</li><li>21. (letzte Erkrankungswelle hat sich insbesondere bei den Erwachsenen (AG ab 15 Jahren) widergespiegelt)</li></ol> <p>ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-19 an SARI-Fällen bis zur 48. KW 2022</p> <ol style="list-style-type: none"><li>22. Anteil COVID-19 an SARI sinkt kaum noch: 9 % (Vorwoche: 12 %), dagegen steigender Anteil Influenza</li><li>23. Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung bleibt stabil: 15 % (Vorwoche: 14 %),</li><li>24. ! weiter relativ noch etwas höherer Anteil an Intensivbehandlungen bei SARI mit COVID-19 als bei SARI mit Influenza</li><li>25. Anteil Influenza an SARI 18% (Vorwoche 13 %), 10 Influenza-Fälle (10%) unter SARI mit Intensivbehandlung;</li></ol>	
--	--	--

	<p>ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022</p> <p>26. weiterer Anstieg der SARI-Fallzahlen in AG 0-4, und 5- 14 Jahre, hier sowie in AG 15-34 bereits sehr hohe Fallzahlen;</p> <p>27. Anteil RSV in der AG 0-4 stabilisiert sich, weiterhin auch in anderen Altersgruppen Nachweise;</p> <p>28. Verdopplung des Anteils Influenza an SARI in AG 0-4</p> <p>29. Ebenfalls deutlich steigender Anteil Influenza in den AG 15-69 Jahre</p> <p>30. In AG 80+: Kein weiterer Rückgang der SARI-Fälle in den AG 80+ und kein weiterer Rückgang des Anteils COVID-19</p> <p>31. Intensivbehandlung: SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 48. KW 2022 bei Kindern 0 bis 4 Jahren 71% RSV</p> <p>Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI in 2022</p> <p>32. Kein weiterer Rückgang in KW 48/2022: 2,9 je 100T (Anstieg Vorwoche von 3,0 auf 4,2),</p> <p>33. Kein weiterer Rückgang in AG 80+</p> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <p>34. In den letzten beiden Wochen höchste Einsendungen Influenza</p> <p>35. In 48.KW 326 Einsendungen von 74 Arztpraxen und 15 Bundesländern</p> <p>36. 81% Positivenrate (264/326)</p> <p>37. Höchster Positivenanteil in Altersgruppe 5-15 Jahre (hier auch Grippewelle am stärksten)</p> <p>38. Coronaviren: SARS-CoV-2 Nachweis um die 4%, OC43 auf 4% angestiegen, andere endemische Coronaviren weniger nachgewiesen</p> <p>39. Influenzaviren: massiver Anstieg A(H3N2), das letzte Mal diese Höhe in der Grippewelle 17/18 erreicht (allerdings im Februar, nicht im Dezember)</p> <p>40. Sonstige Atemwegsviren: leichter Rückgang von RSV in 48.KW, Positivenrate von RSV war letztes Jahr stärker</p> <p>41. Mögliche Gründe der höheren Belegung der Intensivstation der Kinder:</p> <p>1. Es gibt zwei Gruppen von RSV, A und B, die sich in der Antigenstruktur des G-Proteins unterscheiden. Letztes Jahr zirkulierte RSV A zu 72% und dieses Jahr RSV B zu 83%. Verschiedene Studien zum Vergleich der Stärke im Vergleich untereinander, höhere Virulenz kann noch nicht eindeutig gesagt werden. Ggf. auch Assoziation mit der Grippewelle</p> <p>42. Am meisten betroffen sind Kinder zwischen 5 und 15 Jahre</p> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</p> <p>43. Mit Stand 07.12.2022 werden 995 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</p> <p>44. Anstieg bzw. Seitwärtsbewegung der COVID-ITS-Belegung</p> <p>45. ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +884 in den letzten 7 Tagen</p> <p>46. Gleichbleibender Trend bei Anzahl verstorbener positiver SARS-CoV-2-Patient:innen auf ITS</p>	<p>FG17 (Dürrwald)</p>
--	---	----------------------------

	<p>47. Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: nördliche Bundesländer bei 5%, restliche Bundesländer bei 2,6 bis 5,6%</p> <p>48. Seitwärtsbewegung bei Verteilung Behandlungsbelegung COVID-19 nach Schweregrad</p> <p>49. Einschätzung der Betriebssituation: Belastung Intensivstation steigt an, Personal wird auf Kinderintensiv verlagert</p> <p>50. Altersverteilung absolut: Aufwärtstrend ab 60 Jahren. 82% sind 60 Jahre oder älter</p> <p>51. Altersverteilung prozentual: Anstieg bei 0-17-Jährigen                  Kinder-ITS: Abnahme freier Betten, Zunahme belegter Betten.                  Gründe: steigender Anteil intensivpflichtiger RSV-Fälle, deutlicher Anstieg der Influenzafälle                  Notwendige Behandlungen RSV: 80% benötigen respiratorische Unterstützung                  SPoCK: in allen Kleeblättern Anstieg, die nächsten 10 Tage sind am verlässlichsten. Prognosen berücksichtigen prognostizierte Inzidenzen. Interaktion zwischen den Kleeblättern wurden einmodelliert.                  Hinweis: Prognosen werden zum Ende des Jahres abgestellt.</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Unterschiede in Nord/Süd Verteilung können nicht geographisch auf Unterschiede in den Sublinien zurückgeführt werden. Visualisierungen der Sublinien in Deutschland liegen nicht vor</li> <li>! Breite der Wellen nimmt ab, lokal begrenzte spitze Wellen nehmen zu</li> <li>! Frage, ob aus syndromischer Surveillance eine Prognose abgegeben werden kann.</li> <li>! Daten aus GrippeWeb ist schon ein Blick in die Zukunft (etwa 1-2 Wochen)</li> <li>! Internationaler Konsens:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fortschreibung Entwicklung aus anderen Modellierungen sind von sehr starker Ungenauigkeit geprägt und sind nur eine Fortschreibung des gegenwärtigen Status Quo. Ausgangslage ist die derzeitige Lage mit derzeitigen Annahmen, dies ist gleichzeitig auch eine Limitation der Modellierung. Ungenaue Abbildung bei dynamischen Geschehen mit unterschiedlichen Erregern. RKI bildet derzeit aber sehr gut ab, es wurde frühzeitig auf eine RSV-Welle hingewiesen (bevor die Kliniken überlastet waren)</li> </ul> </li> <li>! Pandemieradar soll nicht zu komplex gestaltet werden, insbesondere wenn das BMG es auch an ihren anpassen muss</li> <li>! Nicht nur Fortschreibung, sondern Inzidenzen reinzubringen, um Wendepunkte in den Trends vorherzusagen</li> <li>! Eine Modellierung von RSV und Influenza wird erwartet sowie den Wunsch des Zugriffs auf die Daten der Surveillance</li> <li>! Erweiterter Bericht von FG36 (Haas und Buda) an BMG über ARE und RSV. Bitte von Herrn Schaade, Folien 8 und 10 zu ergänzen, Folie 15 zu RSV-A und RSV-B nicht mitaufnehmen</li> </ul>	<p>MF4 (Esins)</p>
--	--	------------------------



	<p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Erweiterung Abfrage Intensivregister um „intensivmedizinische Manifestation“; Frage um Aufnahme der Zahlen in den Wochenbericht.             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Zahlen werden abgewartet, dann entschieden</li> </ul> </li> </ul> <p><b>ToDo:</b>                  Aufnahme Folie 8 und 10 im erweiterten Bericht an BMG (FG36, Haas&amp;Buda)</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Tenor: Leichter Anstieg (10% Anstieg), lokal begrenzt</li> <li>! „lokal begrenzt“</li> <li>! Nicht auf Unschärfe in Meldedaten hinweisen (wegen Zunahme ARE und Testen). Erstmal warten.</li> </ul>	
<p><b>3</b></p>	<p>Neu: „Kann“ Empfehlung für Kinder mit Kontakt zu Personen, die selbst keinen ausreichenden Immunschutz aufbauen können                  „Die STIKO relativiert ihre bisherige Empfehlung und rät dazu, nach individueller Abwägung und unter Berücksichtigung des Wunsches der Eltern zu entscheiden, ob eine Impfung durchgeführt werden sollte“                  Novavax-Booster ab 18 Jahren als Alternative bei Kontraindikationen gegen mRNA</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. (off-label auch für Jugendliche 12-17)</li> <li>5. Novavax Booster ist im Vergleich zu Omikron-adaptierten mRNA unterlegen (Immunogenitätsdaten)</li> </ol> <p>Angepasste Omikron-Impfstoffe für Kinder (5-11 Jahre) präferenziell empfohlen                  Themen für 2023</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Überführung der COVID-Impfungen ins Regelsystem</li> <li>7. VidPrevtyn Beta</li> <li>8. Booster für Schwangere zum Nestschutz des Neugeborenen</li> <li>9. Evusheld (wirkungslos gegen BQ1.1)</li> </ol> <p>Impfdurchbrüche: größte Gruppe ab 60 Jahre                  Sonderauswertung: „ungeimpft“ größter Anteil der hospitalisiert/intensivmedizinisch Versorgten                  Impfverordnung soll zum 31.12 bis 07.4 verlängert werden                  Heute soll die Ressortabstimmung im BMG gestartet werden                  DIM soll weiterlaufen (Meldepflicht (§4) soll weiter bestehen                  Finanzierung der Impfungen soll neu geregelt werden                  Impfzentren können von den Ländern weiter betrieben werden                  Mobile Impfteams können von den KVen weiter betrieben werden                  Überführung der COVID Impfung ins Regelsystem geplant zum</p>	<p>FG 33                  (Fischer-Fels)</p>

	<p>7.4.2023</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Schutz vor Hospitalisierung: Effektivität muss kleiner werden</li> <li>! Vergleichsgruppe (ungeimpft) ist nach einer durchgemachten Infektion im Grunde immun, schwierig im Vergleich: schützt eine 3-fache Impfung genauso wie eine 3-fache Covid-19-Infektion? Wäre die Impfeffektivität hier bei 0? Betrifft die Visualisierung</li> <li>! Virologische Sentineldaten im europäischen Projekt zur Berechnung der Impfeffektivität COVID-19: ECDC hat hierzu einen neuen Bericht zur Impfeffektivität veröffentlicht: Schutz geht hier runter, da Immunnaive nicht mehr gegen Geimpfte verglichen werden. Komplex, dies bei COVID-19 zu berechnen und zu kommunizieren</li> </ul>	
4	<p><b>Internationales</b>                  (nicht berichtet)</p>	
5	<p><b>Digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Austausch (CWA, Abt.3, ZBS) in der 2. Januarwoche in Bezug auf Optionen, die durch die CWA gegeben sein könnten                         <ul style="list-style-type: none"> <li>o Etablierung einer neuen App „allgemeine Gesundheitsapp“                                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Elementen von Befragungen</li> <li>▪ Elementen zur Information der Teilnehmenden (Handlungsempfehlungen, Warnungen), weitere epidemiologische Fragestellungen</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>! DEA: aktuell CR in Arbeit um Betrieb bis März aufrecht zu erhalten. Parallel Umstieg auf EU dplf, hier IT5 und FG33 im Lead.</li> </ul>	<p>FG21                  (Schmich)</p>
6	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie                  „Beeinträchtigung onkologischer Diagnostik u. Versorgung: Zusammenfassung der vorliegenden Evidenz zum Thema, Ausblick auf kommende Projekte“                  Bei einige Krebsdiagnosen und in bestimmten Krankheitsphasen besteht ein erhöhtes Risiko für einen schweren COVID-19 Verlauf                  Krankenhaussterblichkeit bei Patient:innen mit COVID-19 und Nebendiagnose Krebs ca. 50% höher als bei Gleichaltrigen ohne Krebsdiagnosen                  Deutlicher Rückgang von Krebsdiagnosen in der ersten Pandemiewelle (2020)                  Stationäre Fallzahlen werden im Verlauf 2020/21 nur teilweise aufgeholt                  Auffallender Rückgang v.a. bei Diagnose und OPSs von Darmkrebs                  Bisher keine Hinweise für zwischenzeitlich von einigen</p>	<p>Abt. 2                  Klaus                  Kraywinkel                  (ZfKD)</p>

	<p>Expert:innen befürchtete Bugwelle                  Quartale mit Vorherigem Quartal vergleichen                  Erste Ergebnisse aus Krebsregistern: Fallzahlen erst 2020 aus 4 BL veröffentlicht:                  Krebs gesamt: -0,4 % bis -6,1%                  Darmkrebs -4,3% bis -17,4%                  Mögliche Gründe für Rückgänge:                  Vermindertes Angebot/verminderte Inanspruchnahme                  Verzögerte Abklärung symptomatischer Patient:innen                  Verlagerung von Therapien in den ambulanten Bereich zur Vermeidung der Überlastung der Krankenhäuser                  Verringerung des Infektionsrisikos der Betroffenen; für Krebsoperationen unwahrscheinlich                  „Übersterblichkeit“ unter an Krebs erkrankten Personen durch SARS-CoV-2 Infektion                  Beeinträchtigung der Meldetätigkeit in Krebsregistern                  Offene Fragen:                  inwieweit haben sich die Behandlungs- und Überlebenschance für Krebspatientinnen während der ersten/späteren Phase der Pandemie verschlechtert? (durch Verzögerung der Diagnose/Therapie/SARS)                  Aktivitäten des ZfKD                  Nächstes Jahr kommen Daten aus 2020 und 2021, Antrag geschrieben, mit diesen Daten systematisch mit Problemlage zu beschäftigen. Schwerpunkt: Auswertung der bundesweiten Krebsregisterdaten. Weitere Daten werden hinzugezogen. (z.B. Bfarm)                  BIPS (finanziert aus 9-PP)</p> <p><b>Diskussion:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Wie normal ist das Vergleichsjahr 2019?</li> <li>! Bei Krebs treten normalerweise nicht so starke Veränderungen auf, daher ist 1 Jahr zum Heranziehen eines Vergleichs plausibel</li> <li>! Rückgang in Krebsinzidenz wird durch demographische Veränderung ausgeglichen.</li> <li>! Vorjahrestrends werden stärker mit einbezogen.</li> </ul>	
7	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  Eine Änderung der Risikobewertung (Herabstufung) wird in der derzeitigen Lage nicht gesehen. Wunsch, Risikobewertung textlich fertigzustellen und zu geeignetem Zeitpunkt zu veröffentlichen (nicht mehr diese oder nächste Woche)</p> <p><b>ToDo:</b>                  Kommentare zur Änderung der Risikobewertung (Vorschlag von FG36) bitte bis Freitag, 09.12. einarbeiten und zurückhalten.</p>	Abt. 3 (Haas)

8	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Wieler
9	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>                  BZgA erstellt mit BVÖGD und dem RKI einen Steckbrief zu RSV</p> <p><b>Presse</b>                  BMG gibt erst am 16.12.22 eine Rückmeldung zur Berichterstattung zwischen den Tagen</p> <p><b>P1</b>                  (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA                  (Ommen)</p> <p>Presse                  (Degen)</p> <p>P1                  (Lein)</p>
10	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Bericht aus der UK „Technical report on COVID-19 in UK“                  Stand RKI an Berichten/Evaluierung?                  Diskussion am 21.12.22 um Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung.</p> <p><b>Diskussion:</b>                  Laufen systematische Reviews, die nicht Long-Covid betreffen?                  Christa Scheidt-Nave nimmt es mit in AG Long-Covid</p> <p><b>ToDo:</b>                  Bericht aus der UK sichten (alle). Am 21.12.2022 findet für den Punkt 6 kein Update von Abt.2 statt, sondern eine Diskussion um Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung des RKI</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Thema Entisolierung Pflege                  Rückmeldung, dass die 14-Tage Isolation in der Pflege als überzogen wahrgenommen wird und auch nicht mehr umgesetzt wird. Große Diskrepanz zwischen Allgemeinbevölkerung und Pflege                  Pragmatische Anpassung des RKI?                  BMG hat diesbezüglich eine AG zum Schutz vulnerabler Gruppen einberufen, die beim BMG angesiedelt ist. Hier könnte dieses Thema transportiert werden                  Verkürzung würde nicht auf wissenschaftlichen Daten begründet werden                  Möglichkeit der Freitestung über Antigentest und Verkürzung auf 10 Tage</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p> <p>Abt. 3</p>

	<p>Schutzzielkonflikt</p> <p><b>ToDo:</b>                  Bearbeitung des Themas durch ZBS7 (Frau Niebank) mit Abt.1, FG14,                  und FG37: Modifizieren mit Antigentest</p>	
<b>11</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##                  Proben, davon:                  # SARS-CoV-2                  ## Rhinovirus                  ## Parainfluenzavirus                  ## saisonale (endemische) Coronaviren                  ## Metapneumovirus                  ## Influenzavirus                  Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>13</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>14</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>15</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
<b>16</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG38
<b>17</b>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
<b>18</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>19</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.12.2022 11 Uhr, via Webex</p>	



**Ende: 13:15 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 21.12.2022, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade / Osamah Hamouda

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG33	
!	Institutsleitung	○ Jonathan Fischer-Fels	
	○ Lothar H. Wieler	!	FG36
	○ Lars Schaade	○ Udo Buchholz	
!	Abt. 1	○ Silke Buda	
	○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf	
!	Abt. 2	!	FG37
	○ Julika Loss	○ Sebastian Haller	
!	Abt. 3	○ Werner Espelage	
	○ Tanja Jung-Sendzik	!	ZBS7
!	FG14	○ Michaela Niebank	
	○ Marc Thanheiser	!	MF4
!	FG17	○ Janina Esins	
	○ Ralf Dürrwald	!	P4
!	FG21	○ Pascal Klamser	
	○ Wolfgang Scheida	!	Presse
!	FG31	○ Ronja Wenchel	
	○ Ute Rexroth	!	ZIG
	○ Maria an der Heiden	○ Johanna Hanefeld	
	○ Claudia Siffczyk	!	ZIG1
	○ Alexandra Hofmann	○ Carlos Correa-Martinez	
!	FG32	!	ZIG2
	○ Michaela Diercke	!	Charbel El Bcheraoui
	○ Justus Benzler	!	Francisco Pozo Martin
		!	BZgA
		○ Andrea Rückle	







	<p>Todesfälle: stagnierend</p> <p><b>Testzahlen</b> Nicht berichtet</p> <p><b>ARS-Daten</b> Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzahl Testungen/100T: bei 0-4- und 5-14-Jährigen stabil über die letzten 10 Wochen.</li> <li>- Anzahl pos. Getestet/100T: Kein Anstieg bei 0-4 und 5-14 Jährigen, in allen anderen Altersgruppen: Anstieg;</li> <li>- Konstant hohe Anzahl an Ausbrüchen in medizinischen Behandlungseinrichtungen (250- Vorwoche: 230), und Alten- und Pflegeheimen (379- Vorwoche: 328):</li> </ul> <p><b>VOC-Bericht</b> Nicht berichtet</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b> Nicht berichtet</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b> Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- GrippeWeb: ARE-Raten nicht weiter ansteigend, aber weiterhin auf sehr hohem Niveau, 10.800 ARE (Vorwoche: 11.200) pro 100T; entspricht einer Gesamtzahl von 9,0 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch (49. KW: ca. 9,3 Millionen);</li> <li>- Ambulanter Bereich: vergleichbares Bild; die Konsultationsinzidenz ist nicht weiter gestiegen, aber auf einem sehr hohen Niveau, bei den 0-14-Jährigen zeigt sich ein verlässlicher Rückgang, in allen anderen Altersgruppen wohl auch, allerdings noch abhängig von Nachmeldungen, es wird hier kein steiler Anstieg mehr erwartet.</li> <li>- SEED-ARE mit COVID Konsultationsinzidenzen: leichter Anstieg bei allen Ü15.</li> <li>- ICOSARI: SARI-Inzidenz: Niveau so hoch wie bei schwerer Grippewelle 2017/18. Kontinuierlicher Anstieg auf den ITS; Werte liegen allerdings noch unter den Spitzenwerten des COVID-Winter 2020/21.</li> <li>- Anteil COVID-spez. Diagnosen an SARI Fällen stationär und mit ITS-Behandlung bis KW50: 11, RSV Rückgang (18%), Influenza mit höchstem Anteil (28%); bei ITS-behandelten Fällen ähnliches Bild.</li> <li>- Im Moment mehr SARI PatientInnen mit Influenza und RSV auf den ITS als im Vergleich zu den Vorjahren.</li> <li>- Influenza spielt in allen Altersgruppen eine sehr große Rolle; auf völlig neuem Niveau bei Schulkindern; Ü80: starker Anstieg zu beobachten</li> <li>- Belastung durch SARI-COVID PatientInnen in Krankenhäusern nach wie vor hoch: 3700 neuen KH-Aufnahmen aufgrund von COVID-SARI in KW50;</li> </ul> <p><b>Darstellung der „GrippeWeb-COVID-Inzidenz“ im</b></p>	<p>FG37</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------

	<p><b>GrippeWeb-Wochenbericht, Folien <a href="#">hier</a></b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Neu: Berechnung COVID-Inzidenz: Anzahl Meldende pro Woche mit SARs-CoV2- Nachweis/Anzahl Meldender</li><li>- Schnelltests werden hier miterfasst</li><li>- Unterschied zu vorher (ohne COVID-Inzidenz) und jetzt (mit COVID-Inzidenz): 2-3-fache Inzidenzerhöhung</li><li>- Fragen:<ol style="list-style-type: none"><li>1. Ab wann soll GrippeWeb-COVID-19-Rate gezeigt werden? - Vorschlag: ab KW01/2023 ab 2. GW-Wochenbericht 2023</li><li>2. Soll die 7-Tages-Inzidenz in derselben Abbildung gezeigt werden? - Falls ja, dauerhaft?</li></ol></li></ul> <p>Diskussion: Abhängig von strategischer Ausrichtung (Pandemie geht dem Ende zu). Neue Abbildungen müssen kommunikativ sehr gut begleitet werden, da Fehlinterpretationen möglich; Stichprobe repräsentativ? -Es wird adjustiert für BL, Altersgruppe und Geschlecht, wobei keine großen Unterschiede zu beobachten sind. Vorgehen: sobald Daten maschinenlesbar verfügbar sind, Journalisten ein Hintergrundgespräch anbieten, danach Daten öffentlich bereitstellen</p> <p><b>Es wurde keine Entscheidung, über weiteres Vorgehen und Beantwortung zu Fragen 1 und 2 getroffen. Wird auf neues Jahr verlegt.</b></p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b> Folien <a href="#">hier</a> (ab Folie 13)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- 332 Proben aus 74 Arztpraxen und 14 BL eingesendet, sehr stabil und auch repräsentativ; 85% Positivrate;</li><li>- SARS-CoV2 mit 5% stabil; OC43 in KW50 bei 6%; andere Coronaviren spielen momentan keine Rolle.</li><li>- Influenza-Aktivität: dominiert von H3N2, Nachweisraten über 50%; leichter Anstieg H1N1 (3%), 2 Nachweise von B-Viktoria in KW50;</li><li>- Bei anderen resp. Viren dominiert RSV; Trend rückläufig; Rhino: relativ niedrig, Parainfluenza: starker Rückgang, hMPV: schwache Aktivität.</li><li>- Altersgruppenverteilung über die letzten 3 Wochen: Influenza dominiert das Geschehen. Leichter Rückgang bei 5-15-Jährigen</li><li>- International: H1N1 Anstieg, H3N2 dominierend. B Viktoria könnte sich weiterhin entwickeln.</li></ul> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b> Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mit Stand 21.12.2022 werden 1.216 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt.</li><li>- Erneuter Anstieg der COVID-ITS-Belegung</li><li>- ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +1.028 in den letzten 7 Tagen; 884 vor 14 Tagen. Verstorbene: aktuell gleichbleibender Trend</li><li>- Behandlungsschwere: Anstieg auf über 6.000 PatientInnen</li></ul>	<p>FG17</p> <p>MF4</p>
--	---	------------------------

	<p>seit Ende November. Gemeldete freie invasive Möglichkeiten auf einem Minimum. Anzahl freier ITS ebenfalls abnehmend;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Absolute Zahlen an COVID-PatientInnen, die beatmet werden, nehmen nicht zu, es wird hingegen eine Zunahme an beatmeten Nicht-COVID PatientInnen beobachtet;</li> <li>- Meldungen der Belastung sowie Personalmangel stark ansteigend;</li> <li>- COVID--Altersverteilung (absolute Zahlen): Aufwärtstrend ab Ü60;</li> <li>- Pädiatrische ITS: angespannt, freie Betten und Kapazitäten zur invasiven Beatmung nehmen weiterhin stark ab. RSV-Fälle ITS-pflichtig abnehmend, dafür nehmen Influenza-Fälle zu ; hier größter Mangel: Personal und Räumlichkeiten;</li> <li>- COVID-Prognose für die nächsten 20 Tage; Mehr oder weniger starker Anstieg für alle Kleeblätter, für D insgesamt Seitwärtsbewegung erwartet, diese Info wurde zum letzten Mal berichtet; <p><b>Modellierungen</b> Nicht berichtet</p> <p><b>Kommentare/Ergänzungen:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muss klar kommuniziert werden, wie wichtig die syndromische Surveillance für die Lageeinschätzung ist. Es kommen weiterhin Anfragen nach mehr Daten; Wenn Daten (u.A. für Modellierungen) angefragt werden, müssen eine konkrete Fragestellung und der Erkenntnisgewinn klar formuliert werden. Es sollte zudem darauf verwiesen werden, dass international anerkannt wird, wie qualitativ hochwertig die RKI (Sentinel)-Daten sind. ARE Daten sollen maschinenlesbar zur Verfügung gestellt werden – wurde Pandemie-bedingt gestoppt. IT-Unterstützung bei Datenerhebung und Bereitstellung hier dringend notwendig.</li> </ul> </li></ul>	<p>Alle</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Statische Texte im Wochenbericht zum Pandemieradar: sollten diese entfernt werden? – Ja für Anfang 2023 vorbereiten, BMG muss zuvor darüber informiert werden.</li> <li>- Tweet zu Wochenbericht: Hinweis zum Nichterscheinen des Wochenberichts in der nächsten Woche finalisiert.</li> </ul> <p><b>Kommentare und Aufgabe:</b> Deutlichen Zunahme der Beatmung von Non-COVID-Fällen. Es sollten nicht nur Einzelerreger beachtet werden. Pneumokokken Zunahme erwartet. Wo und wie sollte diese Info verbreitet werden? – Info hierzu in ersten Teil COVID-Wochenbericht mit aufnehmen! – <b>FG36 und FG37 Absprache und Weiterleitung and nCov-Lage</b></p>	<p>Alle</p> <p>Presse</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG 33</p>

4	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
5	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CWA: Abkündigungsprozesse mit BMG in Bearbeitung – CWA wird offiziell zum 31.05.2023 eingestellt.</li> <li>- Update Version 3.1 am 18.01 erwartet: Möglichkeit mit Selbsttests andere zu warnen</li> </ul>	FG21
6	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Verschoben auf 2023</p>	Alle
7	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>Treffen alle 4 Wochen</i>)</p> <p>Stellungnahme im Hinblick auf Gesamt-Atemwegsinfektionslage geplant. Entwurf sollte letzte Woche zirkuliert werden; es war geplant, Abschnitte aus ARE Wochenbericht zu übernehmen; Expertenrat wird weitergeführt. Fachliche Ausrichtung wurde bisher nicht diskutiert.</p>	Wieler
8	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Einige Aktivitäten zu sonstigen Atemwegserregern, Erregersteckbrief RSV publiziert; Mailing hier an GÄ und Kitaträger erfolgt, zudem Verbreitung über Social Media. Scharlach wird thematisiert, Erregersteckbrief hierzu liegt bereits vor.</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Disclaimer zu Berichterstattung über Feiertage wurde von verschiedenen FG kommentiert und wird heute an BMG versendet;                  Frage: welche Datentabellen werden zwischen den Feiertagen aktualisiert – Info für Datenjournalisten?                  Wochenberichtstabellen sind nicht verfügbar; Zur Verfügung stehen: Daten Pandemieradar, sowie tägliche Daten COVID-Dashboard,</p> <p><b>P1</b></p> <p>Nicht berichtet</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
9	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Durchsicht von Agenden/Protokollen des Krisenstabs</b></li> </ul> <p>Es wurde eine Anfrage nach dem Informationsfreiheitsgesetz (IFG) gestellt, die die Herausgabe von Lage-Protokollen fordert, und zu einem Prozess beim Verwaltungsgericht Berlin geführt hat. 233 Protokolle von Anfang 2020 bis April 2021 müssen gesichtet werden</p>	<p>Alle</p> <p>Alle</p>

	<p>und evtl. herausgegeben. Diese werden vorab von einer Gruppe von Personen am RKI geprüft und diverse Passagen nach vereinbarten Kriterien (z.B. personenbezogene oder vertrauliche Daten, Beratungsgeheimnis, Drittbeteiligung, Sicherheitsrisiko, u.a.) geschwärzt. FG31 hatte Unterstützung aus allen Abteilungen erbeten.</p> <p><b>To Do. Bei FG31 melden, falls Vakanzen über Feiertage zur Unterstützung bei Durchsicht bestehen;</b></p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p><b>Evaluierung der COVID-19 Pandemie und Berichterstattung, s. Bericht aus Großbritannien (Chris Whitty et al), Email nCoV-Lage 07.12.2022 um 13:41</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sollten wir einen inhaltlich ähnlichen Bericht verfassen?</li> <li>- Evaluationen auf kleineren Ebenen laufen bereits</li> <li>- After Action Review mit kurzer Lessons Learned von Seiten sollte mit ausgewählten Partnern erfolgen. Ansicht der technischen Krisenreaktion und Outputs (relevante Dokumente) aufzeigen; Kollateralschäden (nicht nur Infektionsschutz) mit einbeziehen; - Anfang 2023 damit beginnen, zunächst ohne externe Beteiligung.</li> <li>- Gesamtevaluation der Response in D wäre wünschenswert, kein RKI Mandat</li> </ul> <p><b>Vorstellung des Berichts „Zusammenfassung der Effektivität nichtpharmazeutischer Interventionen zur Eindämmung der COVID-19 Pandemie“</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Übersichtsarbeit Brockmann, noch nicht publiziert (auch kein Preprint), liegt dem BMG aber bereits vor – hausinterner Dienstweg sollte hier beachtet werden</li> <li>- Es wurden nur Reviews verwendet und systematisiert,</li> <li>- 9 Review-Artikel, inkl. eines RKI-inhouse Artikels wurden herausgefiltert</li> <li>- Primärquellen aus Reviews wurden unter bestimmten Kriterien angeschaut mit restriktiv starkem Filter.</li> <li>- Primärquellen wurden den einzelnen NPIs zugeordnet (9 Gruppen).</li> <li>- Ergebnisse, siehe Folie 3</li> </ul> <p><b>Fragen/Feedback</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Testkapazitäten und Testungen sollten von Interventionen getrennt werden; andere Interventionen haben eher direkte Effekte; dieser Punkt sollte in der Einleitung nochmal aufgegriffen werden. Maßnahmen und Effektstärken sollten unterschiedlich bewertet werden.</li> <li>- R-Wert Effekt der Maßnahmen betrachtet; eine wesentliche Zielgröße sollte sein: Effekt der Maßnahme auf Anzahl von Ausbrüchen? Effekt auf Zahl der Hospitalisierten und Todesfälle? - von Primärquelle abhängig, hier oft auf R-Reduktion fokussiert; sofern Einfluss auf 7TI, Mortalität oder Hospitalisierung betrachtet, wurde dies auch angegeben.</li> <li>- Effektivität Contact Tracing: Review hierzu von ZIG gerade</li> </ul>	<p>Alle</p> <p>P4</p> <p>Alle</p>
--	--	-----------------------------------

	eingereicht; Beobachtungsstudien sowie math. Modellierungen betrachtet; Effekt war zu beobachten: Kontaktaufnahmen ZIG mit P4 hierzu; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wurden verschiedene Phasen der Pandemie untersucht? –Auf Anfangsphase der Pandemie hauptsächlich bezogen;</li> <li>- Berücksichtigung digitaler Tools? – Nur wenn hierfür Publikationen vorlagen</li> </ul>	
<b>10</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>11</b>	<b>Labordiagnostik</b>  Nicht berichtet, virologische Surveillance: Punkt 1 (Nationales)	FG17
<b>12</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>13</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14
<b>14</b>	<b>Surveillance</b>  nicht berichtet	FG 32
<b>15</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b>  nicht berichtet	FG31
<b>16</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  nicht berichtet	FG31
<b>17</b>	<b>Wichtige Termine</b>  keine	Alle
<b>18</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: 04.01.2023, 11 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**

## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 04.01.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation:** Lars Schaade

### Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Esther-Maria Antão
  -
- ! Abt. 1
  - Martin Mielke
- ! Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - Janna Seifried
- ! FG12
  - Annette Mankertz
- ! FG14
  - Melanie Brunke
- ! FG17
  - Thorsten Wolff
  - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
  - Thomas Ziese
- ! FG31
  - Ute Rexroth
  - Maria an der Heiden
  - Alexandra Hofmann
  - Amrei Wolter (Protokoll)
- ! FG33
  - Ole Wichmann
- Jonathan Fischer-Fels
- ! FG36
  - Walter Haas
  - Silke Buda
  - Kristin Tolksdorf
- ! FG37
  - Muna Abu Sin
- ! ZBS7
  - Turid Peining
- ! MFI
  - Torsten Semmler
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Marieke Degen
  - Jamela Seedat
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Andreas Jansen
- ! BZgA
  - Andrea Rückle
- ! L1
  - Bettina Hanke





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Fallzahlen stark gesunken, Daten sind mit Berücksichtigung der Feiertage und weniger Meldungen zu interpretieren                      In Ozeanien Zuwachs der Fallzahlen, begründet durch Nachmeldungen                      Höchste 7-Tages-Inzidenz in Frankreich, Deutschland, Vereinigte Staaten und Chile                      Andere Berichte:</p> <p>COVID-19-Lage in China</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Daten gelten für das Festland China</li> <li>2. In der letzten Woche wurden durchschnittlich 5.386 neue Fälle/d gemeldet (7T-I: 10/100,000 Ew.)</li> <li>3. Am 03.01.23.: 7.689 neue Fälle, 5 Todesfälle</li> <li>4. Zahl der Todesfälle konstant (7T: 32)</li> <li>5. Insgesamt 452.517 Fälle und 5.258 Todesfälle</li> <li>6. Medienberichten zufolge gehen Schätzungen der Gesundheitsbehörden davon aus, dass sich 37 Millionen Menschen in China an einem einzigen Tag in der Woche vom 19. bis 25. Dezember mit COVID-19 infiziert haben könnten, und 248 Millionen Menschen in den ersten 20 Tagen des Dezembers</li> <li>7. Vom 01.12.2022 bis zum 03.01.2023 sequenzierte das chinesische CDC 2.444 lokale Fälle</li> <li>8. Die Omicron-Subvarianten BA.5.2 und BF.7 waren die vorherrschenden Stämme und machten 97,5 % der Fälle aus (XBB.1: 0.04%); es wurden keine neuen Varianten entdeckt</li> <li>9. ECDC: Die in China zirkulierenden Varianten sind bereits in der EU im Umlauf und stellen daher keine Herausforderung für die Immunantwort von EU/EWR-Bürgern dar. Außerdem sind die EU-/EWR-Bürger relativ häufig geimpft und immunisiert.</li> <li>10. Unterschiede zwischen den Ländern in den Maßnahmen bei Einreise aus China, mit einer Dynamik in der Anpassung der Maßnahmen ist zu rechnen</li> </ol> <p>COVID-19- USA und XBB.1.5.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>11. In der letzten Woche 396.130 neue Fälle; -21% (7T-I: 120/100,000 Ew.)</li> <li>12. 26.232 Hospitalisierungen in den letzten 7 Tagen (+10%)</li> <li>13. Zahl der Todesfälle in den letzten 7 Tagen: 2255 (-23%)</li> <li>14. XBB.1.5.: 40.5% aller sequenzierten Isolate</li> <li>15. Hospitalisierungsrate ist in allen Bundesstaaten proportional gleich. Spricht dafür, dass die Krankheitsschwere durch die Variante nicht verstärkt ist</li> <li>16. Keine Evidenz auf Immune escape</li> </ol>	ZIG1

	<p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                  Info: Diese Woche erscheint kein Wochenbericht. Der ARE-Wochenbericht erscheint wie üblich                  SurvNet übermittelt: 37.446.795 (+36.145), davon 162.021 (+307) Todesfälle                  7-Tage-Inzidenz: 189,0/100.000 Einw.                  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.849.845 (77,9%), mit vollständiger Impfung 52.086.009 (62,6%)                  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                  Starker Rückgang der Zahlen                  Geografische Verteilung der 7-Tages-Inzidenz nach Landkreis hellt sich im Nordwesten auf                  In allen Altersgruppen Rückgang der Fallzahlen                  Keine Änderung der Sterbefallzahlen, diese Woche aufgrund der Feiertage nicht aussagekräftig</p> <p><b>Molekulare Surveillance</b>                  Repräsentative Zahlen stammen aus KW50, die Zusammensetzung ist unverändert</p> <p><b>Syndromische Surveillance</b>                  Folien <a href="#">hier</a>                  ARE gesamt ist gesunken, lag in der KW52 bei 7.700 ARE (in KW51 bei 9.500) pro 100.000 Einwohnenden                  Entspricht einer Gesamtzahl von 6,4 Mio. ARE in DE, ARE-gesamt ist höher als im Vergleichszeitraum um den Jahreswechsel                  Zur Vorwoche: Rückgang bei allen AG bis ab 60-Jährige (hier stabil, aber auf hohem Niveau)                  bei den 0-4-Jährigen: teilweise niedrigere Werte als in den vorpandemischen Jahren, auch Annäherung in den anderen AGI (zur 52. KW)                  ARE-Konsultationen / 100.000 Einwohner bis zur 52. KW 2022 sind von der 50. KW ab deutlich gesunken (von 3.358 auf 1.424 in 52.KW)                  52. KW 2022: ca. 1,2 Mio. Arztbesuche wegen ARE in Deutschland                  Im Vergleich zur Vorwoche: Rückgang in allen AG                  SEEDARE – ARE mit COVID-19 Konsultationen lässt sich bei den Kindern bis 14 Jahren ein leicht rückläufiger Trend beobachten                  Bei den 35- 59-Jährigen und ab den 80-Jährigen ist seit der 48.KW ein Anstieg der Werte zu verzeichnen                  SARI-Fallzahlen steigt seit 45. KW 2022 an, nähert sich dem Allzeithoch zum Peak 2017/18; in KW 51 leichter Rückgang                  SARI mit Intensivbehandlungen haben in KW 49/50 nochmal Sprung nach oben gemacht, Wert vergleichbar zu Peak 2017/18 und 3. COVID-19Welle, noch unter 2./4. COVID-19-Peak                  Anteil COVID-19 an SARI relativ stabil (16%, Vorwoche 14%),</p>	<p>FG32</p> <p>MFI</p> <p>FG36</p>
--	--	------------------------------------

	<p>Anteil RSV sinkt langsam                  Anteil COVID-19 an SARI mit Intensivbehandlung bisher noch relativ stabil: 20 % (Vorwoche: 20 %), weiter relativ noch etwas höherer Anteil an Intensivbehandlungen bei SARI mit COVID-19 als bei SARI mit Influenza                  Anteil Influenza an SARI 33% (Vorwoche 35 %), 22% Influenza-Fälle (Vorwoche: 29 %) unter SARI mit Intensivbehandlung                  Influenza bleibt in allen Altersgruppen die häufigste spezifische Diagnose                  Im Vergleich zur Vorwoche weiterer Anstieg SARI in den AG 60-79 und 80+                  ICOSARI-KH-Surveillance-SARI Fälle verzeichnet einen Rückgang in der AG 0-4, bei steigendem Anteil Influenza Diagnosen, ebenfalls Rückgang in den AG zwischen 5 und 59 Jahre. Anstieg in den AG 60-79 und 80+ auf Niveau über 2. COVID-19-Welle, weiter Zunahme Influenza-Diagnosen                  In der Intensivbehandlung der SARI Fälle wird in den AG ab 35 Jahren COVID-19 etwas häufiger als Influenza diagnostiziert (unter SARI mit Intensivbehandlung)</p> <p><b>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</b>                  Weniger Einsendungen; 51.KW 199 Einsendungen und 52. KW 49 Einsendungen                  Gleichbleibende Altersverteilung                  SARS-CoV-2 angestiegen, Rückgang von OC43, bleibt jedoch stärkstes Coronavirus                  Influenzaviren als stärkste Viren im Sentinel, leichter Rückgang deutet sich an, dominierend (A)H3N2                  Influenza am stärksten, gefolgt von RSV</p> <p><b>Zahlen zum DIVI-Intensivregister</b>                  Mit Stand 04.01.2023 werden 1.348 COVID-Patient*innen auf Intensivstationen behandelt                  Verlangsamter Anstieg der COVID-ITS-Belegung                  ITS-COVID-Neuaufnahme mit +1.134 in den letzten 7 Tagen                  Die Anzahl der täglich verstorbenen SARS-Cov-2-Patient*innen sind wieder im Anstieg, flächendeckend moderat in DE                  Der Anteil der SARS-CoV-2-Patient*innen an betreibbaren Intensivbettenentwickelt zeigt weiterhin ein gestreutes Bild. Brandenburg, Hamburg und Bremen sind seit der letzten Lage-AG vor zwei Wochen weiterhin Top 3 mit über 7 %, dabei stellenweise bis zu 10% in den letzten Tagen.                  Die restlichen Bundesländer lagen vor zwei Wochen zwischen 2 und 6%, und liegen nun zwischen 3 und 7%                  Trend ist vor allem in der AG ab 60 Jahren zu verzeichnen                  Prozentual zeigt sich weiterhin im langfristigen Trend ein immer weiter steigender Anteil der über 70 und 80-jährigen, diese machen inzwischen 60 % der COVID-19-Fälle auf ITS aus.                  Nimmt man noch die 60-69-jährigen dazu, machen Die Altersgruppen zusammen über 84 % aus.</p>	<p>FG17</p> <p>MFI</p>
--	--	------------------------

	<p>Invasive Beatmung: Belegung und freie Kapazität für Non-COVID-Erwachsene: seit Ende November ein verstärkter Anstieg auf über 6.000 Patient*innen. Gleichzeitig fällt die Zahl der gemeldeten freien invasiven Beatmungsmöglichkeiten auf ein globales Minimum. Neben der freien invasiven Beatmungskapazitäten nehmen auch die freien Intensivbetten ab</p> <p>Die Absolut-Zahl der Non-Covid-Patient*innen nimmt nicht zu, das bedeutet, dass mehr non-Covid-Patient*innen beatmet werden müssen</p> <p>Meldungen der Belastung der Intensivstationen steigt an, ebenso die Meldung von Personalmangel bei den Gründen der Betriebseinschränkungen</p> <p>Pädiatrische ITS: freie Betten &amp; freie Kapazitäten zur invasiven Beatmung haben abgenommen. Die Anzahl der intensivpflichtigen RSV-Fälle scheint die Spitze überschritten zu haben, Influenza zieht nach. Dies führt zu Einschränkungen in der Betriebssituation, als Gründe werden unter anderem Mangel an Räumen (aufgrund von Isolation) angegeben</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Kolleg*innen aus China stellen morgen Daten vor und Länder können hier offene Fragen stellen. Bitte vom Präs um Teilnahme des RKI und Fragen zu u.a. Krankheitsschwere, Prävalenz, Impfstatus zu stellen</p> <p>Bericht aus Videokonferenz mit Kolleg*innen in EU: Frankreich beprobt 30% der Flugzeuge, DE rechnet mit einem Volumen an 15 aus China in Frankfurt ankommenden Flugzeugen und etwa 1.000 Passagieren.</p> <p>Abwassersurveillance in Flughäfen wird mit einem eingeschränkten wissenschaftlichen Nutzen gesehen, relevant sind Varianten, die in China entstehen können.</p> <p>Anlassbezogene Sequenzierung ist möglich, entscheidend ist, was sich ausbreitet. Dies wird durch nicht anlassbezogene Stichproben erfasst und sollte weiterhin berücksichtigt werden</p>	
2	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>Erscheint erst wieder am 12.01.2023</p>	Alle

<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Vorstellung Monatsbericht, erscheint am 05.01.2023                  Im Dezember ca. 930.000 COVID-19-Impfstoffe verabreicht (fast ausschließlich bivalente mRNA-Impfstoffe)                  Bei Kindern im Alter 6 Monate bis 4 Jahre bisher insgesamt 2.296 Impfserien begonnen                  Erlass liegt vor zu Abstimmung mit PEI bzgl. Impfstoffbedarf für 2023, PEI setzt Modell auf, RKI ist nächste Woche im Austausch mit ZEPAI                  Bedeutung der Auffrischimpfung und Effektivität auf Verhinderung Hospitalisierung</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Preprint des Papers (COVIK-Studie) wurde kurz vor Weihnachten eingereicht, Link hierzu wird an Präs übersendet                  Adjuvantierter Impfstoff ist auf der Arbeitsagenda der STIKO, Sanofi und GSK als Betavarianten Impfstoff (Peptid-Impfstoff), ist von der EMA zugelassen, in den nächsten Wochen verfügbar, Forschung an Kombination mit nicht-mRNA-Impfstoffen für breitere Immunantwort                  Workshop zu Long-Covid ist in Richtung Prävention gedacht.                  Diskussion der Integration in die STIKO Empfehlung, findet Ende April mit externen Referierenden und Abteilung 2 statt                  Erfassung der Impfquote nach April: DIM ist bis Ende 2023 finanziert, Verordnung läuft am 07.04.23 aus, derzeit keine Information über Änderung, sodass Daten wohl nicht vorliegen. Im Antrag auf Weiterfinanzierung war für April-Dezember eine Überfüzung des DIM Systems in DEMIS Strukturen sowie das Matching mit den KV-Abrechnungsdaten                  Arbeitsplan der STIKO sieht für Frühjahr 2023 eine Überführung der COVID-19 ins Regelsystem vor</p>	<p>FG 33</p>
<p><b>4</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>Situation China s.o.</p>	<p>ZIG</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>DEA ist zum 31.12.22 eingestellt worden</p>	<p>FG21</p>
<p><b>6</b></p>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>!</p>	<p>Abt.2</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung                  Deeskalation zurückgestellt</p>	<p>Alle</p>

8	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>(nicht berichtet)</p>	Wieler
9	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><i>ToDo</i></p> <p>Für Erstellung Kurzkonzzept AAR (ZIG und FG31) soll ein Termin gefunden werden (U. Rexroth)</p>	<p>BZgA</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
10	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>FG36 stellt zur Diskussion, ob eine gezielte Werbeaktion für die Teilnahme an GrippeWeb erfolgen sollte, da diese Daten frühzeitig, erregereübergreifend und unabhängig von der Teststrategie und Arzksultationen über die Dynamik der epidemiologischen Entwicklung von akuten Atemwegserkrankungen informieren. Ziel ist es, die Zahl der Teilnehmenden zu erhöhen zur weiteren Erhöhung der geographischen Auflösung. Die technische Infratstruktur wurde in den vergangenen zweieinhalb Jahr durch Umzug auf eine neue Plattform bei ITZBund geschaffen. Dies wird vom Krisenstab und der Leitung unterstützt unter der Voraussetzung, dass hierdurch keine zusätzlichen Personalressourcen erforderlich werden.</p> <p>Todo: FG36 wird zeitnah mit P1 und der Pressestelle Kontakt aufnehmen und sich diesbezüglich abstimmen.</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
11	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Aktualisierung Entlassungspapier Krankenhaus und Pflegeheime</p> <p>Für diese Woche Treffen zur Diskussion der Entisolierungskriterien (FG14 und ZBS7)</p>	Alle
12	<p><b>Labordiagnostik</b></p>	FG17

	<p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##                  Proben, davon:                  # SARS-CoV-2                  ## Rhinovirus                  ## Parainfluenzavirus                  ## saisonale (endemische) Coronaviren                  ## Metapneumovirus                  ## Influenzavirus                  Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p> <p><i>ToDo</i></p> <p>Nachreichen, ob bei Antigentests aus Tupfer RNA gewonnen werden kann.</p>	ZBS1
13	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
14	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
15	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Disclaimer ist bis zum 06.01.23 geschaltet, ab 07.01. erfolgt der Wochenenddisclaimer</p>	FG 32
16	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
17	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Besprechung IFG-Anfrage Krisenstabsprotokolle                  Fortschritt gut, Drittbeteiligte und Rechtsreferate schauen noch rüber. Frist ist der 06.01.23.</p> <p><b>Diskussion</b></p> <p>Für zukünftige Protokolle: Fokus auf <b>Ergebnis</b>protokoll, kurz, knapp und wesentlich halten, Sensibilisierung der Protokollierenden. Bei Aufgaben weniger Personen, sondern OE angeben                  Überlegung der Schulung zum Umgang mit nFD, VSD                  IFG setzt amtliche Information voraus, alle Unterlagen, die also veraktet werden, da sie für Entscheidungen im Haus relevant sind (Veraktung über DMS z.B.)</p>	FG31
18	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
19	<p><b>Andere Themen</b></p>	



	Nächste Sitzung: 18.01.2023, 11:00 Uhr, via Webex	
--	---	--

**Ende: 13:05 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 18.01.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Romy Kerber
○ Lothar H. Wieler	○ Walter Haas
! Abt. 1	○ Udo Buchholz
○ Martin Mielke	○ Silke Buda
! Abt. 2	○ Stefan Kröger
○ Thomas Ziese	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 3	! FG37
○ Osamah Hamouda	○ Tim Eckmanns
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Regina Singer
! FG14	○ Sebastian Haller
○ Melanie Brunke	! ZBS7
! FG17	○ Michaela Niebank
○ Ralf Dürrwald	! MF4
! FG21	○ Martina Fischer
○ Patrick Schmich	! P1
○ Wolfgang Scheida	○ Ines Lein
○ Justus Benzler	! P4
! FG26	○ Pascal Klamser
○ Lena Walther	! Presse
! FG31	○ Marieke Degen
○ Ute Rexroth	○ Jamela Seedat
○ Maria an der Heiden	○ Ronja Wenchel
○ Alexandra Hofmann	! ZIG
! FG32	○ Iris Hunger
○ Michaela Diercke	! ZIG1
! FG33	○ Sofie Gillesberg Raiser
○ Ole Wichmann	○ Andreas Jansen
○ Jonathan Fischer-Fels	! BZgA
	○ Mirco Steffens





	<p>Anzahl der Testungen um 10% rückläufig; Bestätigung der Entwicklung, die in den anderen Erhebungsinstrumenten beobachtet wird.</p> <p><u>ARS-Daten, Folien <a href="#">hier</a>, ab Folie 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Auch hier ist ein deutlicher Rückgang zum Jahreswechsel zu beobachten; Weniger Testungen und niedrigerer Positiven-Anteil;</li> <li>○ Es wird deutliche weniger in Arztpraxen getestet; Testungen in Krankenhäusern stabil;</li> <li>○ Altersgruppen: stabile Testungen bei Ü80; bei allen anderen: Rückgang.</li> <li>○ Vergleich über gesamte Pandemie: 4 Mio. Testungen im Feb 2020, jetzt noch 1 Mio. durchgeführt.</li> <li>○ Weiterhin sind viele (kleine) Ausbrüche zu beobachten;</li> </ul> <p>Frage: Anzahl der Ausbrüche in Alten und Pflegeheimen niedriger im Vergleich zu Ausbrüchen in Krankenhäusern; bisher verliefen diese Kurven relativ stabil parallel. Kann die Reduzierung der Anzahl der BewohnerInnen der Heime ein Grund hierfür sein? – Wird durch FG37 nochmal recherchiert;</p> <p><u>Molekulare Surveillance, Folien <a href="#">hier</a></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Dasselbe Bild wie vor Weihnachten: Anteil BA5 schrumpft;</li> <li>○ Anteil BA.2 nimmt stetig zu.</li> <li>○ BA.4 tendiert gegen 0.</li> <li>○ Über den Jahreswechsel sank die Anzahl der übermittelten Sequenzen stark;</li> <li>○ Dominierende Omikron-Sublinien (Folie 3):</li> <li>○ BQ1.1 am häufigsten nachgewiesen, gefolgt von BF.7;</li> <li>○ BQ1.1 Wachstum stagniert;</li> <li>○ Anstieg von XBB.1.5 und BA2.75-Sublinien Anstieg: u.a. CH1.1. (UK geht hier von ähnlich gutem Wachstum im Vergleich zu XBB1.5 aus)</li> <li>○ Einordnung BXX1.5 (Folie 5 und Info im Teil „Internationales“ ZIG 1)</li> </ul> <p><u>Syndromische und virol. Surveillance, Folien <a href="#">hier</a></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ GrippeWeb: Seit KW50 starker und deutlicher Rückgang der ARE (KW02: 4.500/100T Einw.); Zahlen deutlich über den Werten 2017/2018; 3.8 Mio ARE ohne Arztbesuche in KW02;</li> <li>○ Anstieg bei Kindern im Vergleich zu KW01, aber nicht unerwartet (in KW01 waren in vielen BL noch Ferien);</li> <li>○ Arztbesuche aufgrund von ARE: Inzidenz im Vergleich zur KW01 rückläufig (1.300/100T Einw.), 1.1 Mio insgesamt. Reflektorischer Anstieg in KW01 (wer über die Feiertage nicht zum Arzt ging, holt es nach).</li> <li>○ Arztbesuche mit ARE und COVID-Diagnose: auch hier Entwarnung, Rückgang in allen Altersgruppen;</li> <li>○ Krankenhaus-Daten: deutlicher Rückgang der SARI-Inzidenz in KW02. Peak in KW 50; SARI-ITS ebenfalls Rückgang zu sehen; in etwa auf Niveau der Vorjahre;</li> <li>○ Krankheitsspez. Diagnose: Rückgang SARI insgesamt und auch Influenza bei allen hospitalisierten und ITS-Fällen. RSV recht stabil; COVID stabil;</li> <li>○ Anteil COVID an SARI Fällen haben lange das Krankenhausgeschehen dominiert, wurden aber durch RSV und Influenza abgelöst (siehe auch DIVI-Daten);</li> <li>○ Influenza-Aktivität sinkt, bei 5-14-Jährigen noch am höchsten</li> <li>○ 0-1-Jährige nach wie vor stark von RSV betroffen;</li> <li>○ Das Niveau aller Hospitalisierten SARI Fälle vergleichbar zu Vorjahren;</li> </ul>	<p>FG37</p> <p>FG36</p> <p>FG36</p> <p>FG17</p>
--	---	---



	<p><u>Virolog. Surveillance (ab Folie 14):</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückgang SARS-CoV-2 auf 4%; OC43 stärker vertreten (9%);</li> <li>○ Influenza, H3N2: Hatte den Jahreswechsel dominiert; dann rapider Rückgang. H3N2 nun gleichauf mit H1N1 (4%); 1 Fall von B-Viktoria.</li> <li>○ Andere respiratorische Viren: RSV am stärksten im Sentinel vertreten (16%), hMPV: leichter Anstieg;</li> <li>○ Verteilung Altersgruppen: deutlicher Rückgang bei Influenza vor allem bei 5-15-Jährigen. In allen Altersgruppen Rückgang;</li> </ul> <p><u>Zahlen zum DIVI-Intensivregister. Folien <a href="#">hier</a></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trend der Meldedaten bestätigen sich auch in DIVI;</li> <li>○ Stand 04.01.23: 859 COVID-PatientInnen auf den ITS;</li> <li>○ Neuaufnahmen rückläufig mit 619 in den letzten 7 Tage;</li> <li>○ Todesfallzahlen-Rückgang;</li> <li>○ COVID19 treibt nicht mehr das Geschehen; moderates Level</li> <li>○ Weniger als 5% der betreibbaren Betten sind durch COVID-19 PatientInnen belegt;</li> <li>○ Altersentwicklung: Ü60 prägen weiterhin Belegung; Anstieg Anteil 60-69 im Vergleich zu Ü70.</li> <li>○ Nicht COVID-19-Erwachsenen, die invasiv beatmet werden: Influenza und RSV scheinen hier eine große Rolle zu spielen. Ein Peak beobachtet, wie er in 2 Jahren nicht gemessen wurde: 7.000 invasiv beatmete PatientInnen, leicht rückläufig;</li> <li>○ Leichte Entspannung bei freien Betten, aber Rekordtief in den letzten 2 Jahren erreicht.</li> <li>○ Betriebssituation: Personalmangel stetig hoch mit leichter Entspannung.</li> <li>○ Pädiatrische ITS: RSV und Influenza treiben das Geschehen: Rekordhoch vor ein paar Wochen erreicht. Momentan rückläufiges Geschehen, moderate Belegung; freie Betten und Beatmungskapazitäten ansteigend.</li> </ul> <p><u>Modellierungen</u> (nicht berichtet)</p> <p><u>Influenza und bakterielle Superinfektionen. Folien <a href="#">hier</a></u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ein deutlicher Anstieg bakterieller Superinfektionen wurde aus Nachbarländern berichtet;</li> <li>○ Bakteriämien in Zusammenhang mit starken Viruswellen sind ein bekanntes Phänomen.;</li> <li>○ ARS-Daten zu übertragbaren bakteriellen Erregern; invasive Isolate: hier ist ein Anstieg im 4. Q 2022 zu beobachten, der bisher nicht höher als Peaks in den vorpandemischen Saisons ist;</li> <li>○ Ausnahmen: Hib und Group A Strep: Zahlen liegen über den Peaks der Vorsaison.</li> <li>○ Group A Strep. nach Altersgruppen pro Quartal 2017- 2022: Anstieg in mehreren Altersgruppen und deutlich höher als Peak der Vorjahre: (65-74-Jährige, auch mittlere Altersgruppen und Kinder 5-14);</li> <li>○ ARS-Daten repräsentieren ca. 1/3 der Gesamtfallzahlen, d.h. es kann von einer hohen Fallzahl ausgegangen werden; Ob Peak bereits erreicht ist, ist nicht klar.</li> <li>○ Anstiege steiler und früher im Vergleich zu Vorjahren.</li> <li>○ In Gesamtschau mit starker Influenza-Welle: Sollte hier reagiert werden? (Info an Ärzteschaft?Bevölkerung?).</li> </ul>	FG37
--	--	------

	<p>Diskussion:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kann davon ausgegangen werden, dass Peak bei Bakterien im Einklang mit Influenza-Peak gerade erreicht wird? Es besteht ein klarer pathogenetischer Zusammenhang zwischen viralen und bakt. Infektionen; wobei Schleimhautschädigungen wohl Haupteinflussfaktor darstellen; Ein Abklingen der bakteriellen Infektionen wird zeitlich leicht verzögert zu Influenza erwartet.</li> <li>○ Präventive Maßnahmen wurden wiederholt im ARE Wochenbericht erwähnt; weitere Aktionen momentan wären zu spät;</li> <li>○ Bakterielle Superinfektionen, früheres Handeln durch Ärzteschaft notwendig? Info DGPI: weicht erst von Antibiotika Leitlinien-Therapie ab nach Warnung durch RKI;</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Rückläufige Entwicklung setzt sich weiter fort;</li> <li>○ Influenza-Welle am Abklingen (Peak früher erreicht, deutlicher Abfall);</li> <li>○ RSV und Influenza bestimmen maßgeblich Geschehen;</li> <li>○ Angespannte Situation auf ITS und in Notaufnahmen: stark vom Personalmangel getrieben. –eventuell vorsichtig darauf hinweisen.</li> <li>○ Bakterielle Superinfektionen nach Influenza: erwähnen, dass diese Krankheitsschwere mit beeinflussend.</li> </ul>	Alle
<b>3</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Steuerungskreis COVID-19-Impfkampagne: BMG, BZgA, RKI, und Agenturen. Sitzungsfrequenz auf 1 Mal pro Monat reduziert;</li> <li>○ Minister wünscht Extra-Treffen zu LongCOVID; Informationen dazu werden durch FG33 an betreffende OEs weitergeleitet;</li> <li>○ Impfquoten-Monitoring: Austausch RKI, PEI und BMG; DIM läuft im April aus, es gibt momentan keine gute Übergangslösung. Surveys können wir nicht bedienen. Zu Möglichkeiten für Zwischenlösungen gingen mehrere Berichte ans BMG;</li> <li>○ Ab 07.04: schnellere Meldeformate durch KV-en? Aber auch diese sind nicht vollständig und zeitnah. Monatsberichte und Impfdashboard werden zum Mai eingestellt. Bewertung von Impfnebenwirkungen wird nicht mehr möglich sein. – Dies muss sehr gut kommunikativ begleitet werden, damit es nicht auf RKI zurückfällt.</li> <li>○ Infos Abt. 2: Impfmonitoring aus Bestandteil des Panels möglich; hierzu Konzept in Ausarbeitung;</li> </ul>	FG 33



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19- ...

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ To Do: Vorlage zur Kommunikation DIM bis morgen Vormittag (FG33, Abt. 2)</li> </ul> <p><b>STIKO</b></p> <p>Nicht extra berichtet</p>	
<b>4</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>5</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ DEA ausgelaufen; Ersatz: European Locator Form (DPLF) durch FG31, IT5 und andere OEs übernommen.</li> <li>○ CWA läuft Ende Mai aus; App-basierte Kommunikation soll in Zukunft wichtig bleiben;</li> <li>○ Übertragung CWA-Zertifikate in CovPass-App läuft in Zusammenarbeit mit Industriepartnern.</li> <li>○ „End of life“ Pflege bei CWA: in Bearbeitung am BMG</li> </ul>	FG21



6	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b>  <b>NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie: „Entwicklung der psychischen Gesundheit der erwachsenen Allgemeinbevölkerung - Update der hochfrequenten Mental Health Surveillance auf der Grundlage von RKI Surveydaten“</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Daten bis Mitte Okt 2022. Folien <a href="#">hier</a></li> <li>! Datengrundlage: Telefoninterviews mit monatlich ca. 1.000-3.000 Teilnehmenden im Rahmen der Studien GEDA und COVIMO</li> <li>! 3 Indikatoren zum psych. Gesundheitszustand: depressive Symptome, Angstsymptome, subjektive psychische Gesundheit; 2 Indikatoren zu sozialen Determinanten psychischer Gesundheit: Einsamkeit und soziale Unterstützung</li> <li>! Berechnung gleitender 3-Monats-Schätzer</li> <li>! Auswertungen gewichtet nach Alter, Geschlecht, Bildung und Region</li> <li>! Vorhersage der Werte standardisiert nach Alter, Geschlecht und Bildung (basierend auf Mikrozensus 2018)</li> <li>! Depressive Symptome seit April 2019 beobachtet; nach Rückgang zu Pandemiebeginn und im ersten Pandemiesommer sind mehrere Anstiege zu beobachten (Herbst 2020 bis Frühjahr 2021, Anfang 2022, Sommer 2022 bis Ende der Zeitreihe); letzte Schätzung zentriert auf August/September 2022: 20 % der erwachsenen Bevölkerung von einer auffälligen Belastung durch depressive Symptome betroffen, was Verdopplung seit 2019 darstellt</li> <li>! Angstsymptome seit März 2021 beobachtet: ebenfalls Zunahme</li> <li>! Selbsteinschätzung psychischer Gesundheit seit März 2021 beobachtet: zeigt negative Entwicklung</li> <li>! Soziale Determinanten: beginnende negative Entwicklung nach bislang eher positiven Entwicklungen nicht auszuschließen</li> <li>! Stratifizierung nach Geschlecht, Alter, Bildung: keine Gruppe, die von Verschlechterungen im psychischen Gesundheitszustand ausgenommen ist;</li> <li>! Negative Trends in jüngsten Schätzungen teilweise stärker bei jüngeren (18-29, 30-44 Jahre) und ältesten (65+ Jahre) Erwachsenen sowie Personen mit niedrigem oder mittlerem Bildungsniveau</li> </ul>	FG26
7	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Aktualität prüfen; Stand online aktuell vom 26.6.2022 durch eine allgemeinere Risikobewertung durch ARE ersetzen?          AHAL: noch propagieren? Quarantäne streichen; Isolation noch beibehalten;          Dokument wird zirkuliert (FG31), Abstimmung und Kommentierung bis Ende der Woche, Anfang nächster Woche Versand an BMG;</p>	Alle
8	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Kein Update</p>	Wieler



<b>9</b>	<b>Kommunikation</b>  <b>BZgA</b> (nicht berichtet)  <b>Presse</b> FAQs: Masken in der Allgemeinbevölkerung: FAQ öffnen und andere ARE mit einbeziehen. Ansatz ÖPVN: wer Symptome hat, soll MNS tragen; eigentliche Empfehlung: wer Symptome hat, soll zu Hause bleiben; wird im Text auch erwähnt, aber Realität oft eine andere; Ohrenschleifenmaskenverbot im med. Bereich in UK (zum Selbstschutz ungeeignet – <a href="#">LINK</a> );  <b>P1</b> (nicht berichtet)	BZgA n.A.  Presse/ FG14
<b>10</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b>  <b>Allgemein</b>  <b>RKI-intern</b> (nicht berichtet)	Alle
<b>11</b>	<b>Dokumente</b>  Anpassung Dokument Endisolierung Pflege- und Krankenhäuser ZBS 7: in Bearbeitung unter Schutz- und Teilhabe-Aspekt	Alle
<b>12</b>	<b>Labordiagnostik</b>  <b>FG17</b> Keine weiteren Informationen  <b>ZBS1</b> Nicht berichtet	FG17  ZBS1
<b>13</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>14</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>15</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>16</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> nicht berichtet	FG31
<b>17</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b> nicht berichtet	FG31
<b>18</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle

<b>19</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.02.2023, 11:00 Uhr, via Webex Als Thema der nächsten Sitzung: Deeskalation der Berichterstattung	
-----------	---	--

**Ende: 13:05 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 01.02.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| ! Institutsleitung                | o Amrei Wolter           |
| o Lothar H. Wieler                | ! FG32                   |
| o Esther-Maria Antão              | o Michaela Diercke       |
| ! Abt. 1                          | ! FG33                   |
| o Martin Mielke                   | o Jonathan Fischer-Fels  |
| ! Abt. 3                          | ! FG36                   |
| o Osamah Hamouda                  | o Silke Buda             |
| o Tanja Jung-Sendzik              | o Stefan Kröger          |
| ! FG11                            | o Kristin Tolksdorf      |
| o Sangeeta Banerji<br>(Protokoll) | o Romy Kerber            |
| ! FG14                            | ! FG37                   |
| o Melanie Brunke                  | o Tim Eckmanns           |
| ! FG17                            | ! ZBS7                   |
| o Ralf Dürrwald                   | o Michaela Niebank       |
| ! FG21                            | ! MF4                    |
| o Wolfgang Scheida                | o Martina Fischer        |
| ! FG 24                           | ! Presse                 |
| o Thomas Ziese                    | o Marieke Degen          |
| ! FG31                            | o Ronja Wenchel          |
| o Maria an der Heiden             | ! ZIG1                   |
| o Petra v. Berenberg-<br>Gossler  | o Carlos Correa-Martinez |
| o Claudia Siffczyk                | ! BZgA                   |
| o Alexandra Hofmann               | o Andrea Rückle          |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a>                      Datenstand: WHO, 31.01.2023                      Weltweit:                      WHO stuft COVID-19 weiterhin als PHEIC (public health emergency of international concern) ein                      Weltweit Rückgang sowohl der Fallzahlen als auch der Todesfälle                      Steigende Todesfälle in Ozeanien sind auf Nachmeldungen aus Australien zurückzuführen                      Europa: steigende Fallzahlen in Russland und Österreich                      China: sinkende Fall- und Todeszahlen auf Festland, Macau und Hong Kong                      Laut Pressemitteilung von China CDC vom 30.01.2023 haben sich 80% der Bevölkerung Beijings bereits infiziert                      USA: im Mai werden die nationale Notlage und der Notstand für die öffentliche Gesundheit beendet</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>                      SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 37.779.833 (+21.060), davon 165.711 (+148) Todesfälle                      7-Tage-Inzidenz: 88,3/100.000 Einw.                      Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.869.621 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.555.355 (76,4%)                      Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:                      Größtenteils Plateau, nur vereinzelt eine ansteigende Tendenz zu verzeichnen, z.B. Saarland                      LK Düren als einziges eine 7d-Inzidenz &gt;250                      Altersverteilung: leichte Anstiege bei Kindern und Mittelalten (5-65-Jährigen)                      Höhepunkt der Todesfälle: KW 52/2022                      Aktuell Rückgang der Todesfälle und der Übersterblichkeit (die aber nicht auf COVID-19 zurückgeführt wird)                      Testkapazität und Testungen Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kleiner Anstieg der Positivenrate von 17,19 auf 19,33</li> </ul> <p>ARS-Daten Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kaum Anstieg in den Bundesländern</li> <li>▪ Anstieg im ambulanten Bereich (Arztpraxen)</li> <li>▪ Positivenrate steigt bei Kindern und Mittelalten an, geht bei Ü80 zurück</li> <li>▪ ARS invasive bakterielle Erreger (aus Blutkultur &amp; Punktat): Group A Streptococci, Haemophila influenzae, Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitis: Peak stimmt mit Influenza Peak überein.</li> </ul>	<p>Correa-Martinez</p> <p>Diercke</p> <p>Hamouda</p> <p>Eckmanns</p> <p>Kröger</p>

	<p>VOC-Bericht Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ VOC Anteile: BA.2 19,5%, BA.4: 0,1%, BA.5: 70.1%, XBB.1.5: 5,6%, XAY: 0,2% (XAY in Dänemark: 2%)</li> <li>▪ XBB.1.5 wird von der WHO als nicht gefährlicher als andere Omikron Varianten eingestuft (Confidence Level = moderate)</li> </ul> <p>Molekulare Surveillance nicht berichtet</p> <p>Syndromische Surveillance Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grippeweb KW 4: ARE ansteigend in allen AG (außer 0-4)</li> <li>▪ Es handelt sich um leichte ARE (Schlussfolgerung aus anderen Parametern)</li> <li>▪ Arztbesuche: Rückgang bei Erwachsenen, Anstieg bei Kindern</li> <li>▪ ARE mit COVID: Anstieg auf sehr niedrigem Niveau</li> <li>▪ Stationär: Lage entspannt sich, Grippewelle zu Ende</li> </ul> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ SARS-CoV-2 mit 10% am häufigsten unter den Coronaviren, 15% Rhinoviren, bei Influenza vorwiegend B/Victoria, bei RSV leichter Rückgang</li> </ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Stagnation bei ITS Neuaufnahmen</li> <li>▪ Plateaubildung in allen BL außer Thüringen</li> <li>▪ Altersklassen: Anteil &lt;39 Jahre sehr gering (schon seit 7/2022), 90% ü60</li> <li>▪ Invasive Beatmungsfälle sind vorwiegend nicht-COVID</li> <li>▪ Betriebssituation: Übergang in den regulären Betrieb, Entspannung</li> <li>▪ Fazit: COVID-19 spielt keine Rolle mehr auf ITS</li> </ul> <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p>	<p>Buda</p> <p>Dürrwald</p> <p>Fischer</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Auf die neue Version der Risikobewertung hinweisen (mit BMG Pressestelle abstimmen)</li> <li>▪ Wochenbericht sollte im Einklang stehen mit der aktuellen Risikobewertung</li> <li>▪ GrippeWeb zeigt eine Zunahme der ARE, wobei es sich um leichte Erkrankungen handelt, alle anderen Indikatoren zeigen einen Rückgang</li> <li>▪ 15% Zunahme der Inzidenz gegenüber der Vorwoche bei den 5-65-Jährigen nicht überbetonen</li> </ul>	<p>Alle</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Stellungnahme zu proteinbasiertem Impfstoff:</b></li> </ul>	<p>FG 33</p> <p>Fischer-Fels</p>



	<p><b>Vidprevtyn®</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Impfempfehlung für Schwangere</b></li> </ul>	
4	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
5	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
6	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>!</p>	Abt.2
7	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Es wurden die Änderungsvorschläge des BMG diskutiert und bis auf wenige Ausnahmen angenommen</p>	Alle
8	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Kanzleramt plant Ausweitung der Themen, z.B. Digitalisierung im Gesundheitswesen</p>	Wieler
9	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Aktivitäten neu: Aktualisierung der Webseite auf Basis der aktualisierten RKI FAQ</p> <p><b>Presse</b></p> <p>FAQs wurden aktualisiert, auch zu Long- COVID Es wurde darauf hingewiesen, dass alle prüfen sollten, ob ihre Dokumente im Rahmen der Deeskalation ebenfalls aktualisiert werden sollten Es wurde beschlossen, dass eine schriftliche Anfrage an das BMG gestellt wird, zur Beendigung der täglichen Situationsberichte, da auch mehrere Bundesländer und Agenturen Ihre tägliche Berichterstattung eingestellt haben.</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><i>ToDO 1: Schriftliche Anfrage ans BMG zur Einstellung der täglichen Situationsberichte (Diercke, Wenchel)</i></p>	<p>BZgA Rückle</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1</p>



<b>10</b>	<b>RKI-Strategie Fragen</b> <b>Allgemein</b> <b>RKI-intern</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Bericht wissenschaftliche Publikation für den Minister; SOP und Vorlage: wurde diskutiert und vor allem die Zuarbeit aller Abteilungen hinsichtlich Vorstellung aktueller Forschungsergebnisse zu SARS-CoV-2 (Literatur) gewünscht. Zusätzlich wird eine Unterstützung durch die Bibliothek angefragt.</li> <li>! IAR COVID-19-Krisenmanagement: Ankündigung Konzept: Wird an den Verteiler versendet. Besprechung in der Lage-AG in 2 Wochen</li> </ul>	Alle  Abt. 3
<b>11</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>12</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17</b>  Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ  <b>ZBS1</b>	FG17          ZBS1
<b>13</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  Anpassung der Entisolierungskriterien: Es wurde eine Verkürzung der Isolierungszeiten für den stationären Bereich beschlossen. Vor der Veröffentlichung soll diese Änderung auf der Jour-Fixe dem BMG vorgestellt werden.	ZBS7 (Niebank)
<b>14</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14



15	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Zukunft ESRI-Dashboard und Perspektiven für die COVID-19-Berichterstattung:          Es wurde befunden, dass das COVID-19 Dashboard fachlich nicht mehr notwendig sei, da das Pandemieradar ein guter Ersatz sei. In Abstimmung mit MFI soll dazu ein Bericht für das BMG erstellt werden.          Die Open-Data-Policy des RKIs und die Wichtigkeit der Daten Visualisierung wurden herausgestellt, wofür MFI über ausreichend Strukturen und Ressourcen verfüge</p> <p><i>ToDo2: Bericht für das BMG in Abstimmung mit MFI zur Einstellung des COVID-19 Dashboards (Diercke, MFI)</i></p>	FG 32
16	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
17	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Wochenbericht in der 10. KW! Mi, 8.3. Feiertag (Daten können nicht vor dem 8.3. erhoben werden), daher Verschieben der Veröffentlichung auf 10.3.23 akzeptabel?          Leitung: eine späte Veröffentlichung am Donnerstag ist der Veröffentlichung am Freitag vorzuziehen, aber falls technisch nicht anders möglich, wird auch eine Veröffentlichung am 10.3.23 akzeptiert</p>	FG31
18	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
19	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 15.01.2023, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 13:06 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 15.02.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG36
! Institutsleitung	○ Walter Haas
○ Lars Schaade	○ Silke Buda
! Abt. 1	○ Stefan Kröger
○ Martin Mielke	○ Kristin Tolksdorf
! Abt. 2	! FG37
! Abt. 3	○ Tim Eckmanns
○ Tanja Jung-Sendzik	! ZBS1
○ Janna Seifried	! ZBS7
! FG11	○ Agata Mikolajewska
! FG12	! MF2
! FG14	! MF3
○ Melanie Brunke	! MF4
! FG17	○ Martina Fischer
○ Ralf Dürrwald	! P1
! FG21	○ Ines Lein
○ Wolfgang Scheida	○ Julia Pantoglou
! FG23	! P4
! FG 24	○ Pascal Klamser
○ Thomas Ziese	! Presse
! FG25	○ Jamela Seedat
! FG31	○ Ronja Wenchel
○ Ute Rexroth	! ZIG
○ Alexandra Hofmann	! ZIG1
○ Regina Singer	○ Carlos Correa-Martinez
○ Nadine Püschel	! ZIG2
(Protokoll)	! ZIG4
! FG32	! BZgA
! FG33	○ Christoph Peter
○ Jonathan Fischer-Fels	! BMG
! FG34	
! FG35	





	<p><i>Diskussion</i> zu Sterbefallzahlen Änderung Bezugszeitraum  DESTATIS  Besteht Austausch zu DESTATIS?  EUROMOMO Daten zur Übersterblichkeit?  Wird auf nächste Sitzung vertagt  Testkapazität und Testungen <a href="#">hier</a>  ALM hat die eigene Abfrage der Testzahlen eingestellt.  Möglichkeit der Meldung über DEMIS ist noch nicht  ingerichtet. Übermittlung erfolgt übergangsweise über  VOXCO (ca. 50%). Vorgehen weitere Berichterstattung extra  TOP (siehe TOP2)  ARS-Daten <a href="#">hier</a>  Leichter Anstieg GAS und Streptococcus pneumoniae ab  KW3/2023  VOC-Bericht <a href="#">hier</a>  Molekulare Surveillance  (nicht berichtet)  Syndromische Surveillance und Virologische Surveillance, NRZ  Influenza-Daten <a href="#">hier</a>  Der Wert (gesamt) lag in KW 6 bei 9.400 ARE (in der 5. KW:  8.300) pro 100.000 Einwohner.  Entspricht einer Gesamtzahl von  7,8 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem  Arztbesuch.  Im Vergleich zur Vorwoche: Anstieg in 4 der 5 Altersgruppen;  Rückgang bei den Ältesten ab 60 Jahre  ARE gesamt: gestiegen: KW 6: 9,4 % (Vorwoche: 8,3 %)  Höhepunkt 50. KW 2022 mit 11,1 %  Erneuter Anstieg der Are-Rate seit Jahreswechsel (ARE-  Gesamt);  ARE-gesamt seit Jahreswechsel im oberen Wertebereich der  Vorjahre  Deutlichster Anstieg bei 15- bis 34J.  ILI gesamt: ebenfalls gestiegen: 2,1 % (Vorwoche: 1,7 % )  ARE-Konsultationen / 100.000 Einwohner bis zur 6. KW 2023:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Von der 5. KW auf die 6. KW stabil geblieben</li> <li>2. ca. 1.700 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000  EW</li> <li>3. 6. KW 2023: ca. 1,4 Mio. Arztbesuche wegen ARE in  Deutschland</li> <li>4. Im Vergleich zur Vorwoche: relativ stabil in allen  Altersgruppen; leichter Rückgang bei den 5- bis 14-  Jährigen (um 9 %)</li> </ol> <p>nachdem es ab KW 52/2022 insgesamt zu einem Rückgang  der Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE kam,  wird seit KW 4/2023 wieder ein Anstieg beobachtet  nachdem es ab KW 52/2022 insgesamt zu einem Rückgang  der Anzahl der Arztkonsultationen wegen COVID-ARE kam,  wird seit KW 4/2023 wieder ein Anstieg beobachtet  bei den 0- bis 14-jährigen Kindern ist die Anzahl weiter  gesunken, bei den 15- bis 59-Jährigen sind die Werte stabil  geblieben und den ab 60-Jährigen angestiegen  Stabilisierung der SARI-Fallzahlen und der SARI mit  Intensivbehandlungen, Werte liegen aktuell im Bereich der</p>	<p>AL3  FG37</p> <p>FG36</p>
--	---	----------------------------------



	<p>Jahre 2021 und 2022 (SARI) bzw. deutlich niedriger, auf Sommerniveau (SARI mit Intensiv)                  Anteil COVID-19 an SARI und an SARI mit Intensivbehandlung leicht gestiegen bei relativ stabilen SARI- Fallzahlen                  Anteil RSV an SARI mit Intensivbehandlungen schwankend;                  Anteil Influenza stabil                  Zahlen zum DIVI-Intensivregister <a href="#">hier</a>                  Mit Stand 15.02.2023 werden 774 COVID-19-Patient:innen auf Intensivstationen behandelt.                  Leichter Anstieg in der COVID-ITS-Belegung                  ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +717 in den letzten 7 Tagen                  Modellierungen                  (nicht berichtet)</p>	<p>MF4</p>
<p>2</p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>WB; 3.1.1 Testzahlentwicklung und Positivenanteil: Überlegen, ob das nicht beim nächsten Mal raus kann. Bedeutung geht auch weiter zurück, weil durch die Vortestung mit Selbsttests das alles weniger aussagekräftig ist.                  Wunsch vom Team auf Pandemieradar zu verweisen, dieser zeigt Positivenanteil, aber nicht Gesamtzahl der Tests                  Soll SARS in ARS weiter im Wochenbericht dargestellt werden?                  Vorschlag auf Pandemieradar zu verweisen wird angenommen                  Overlap zw. SARS-in-ARS und VOXCO bzgl. der Labore: 30 % der Daten mit Voxco etwa 50%                  Darstellung Ausbrüche im Wochenbericht kürzen oder einstellen, möglich?  <i>Diskussion:</i>                  Grundsätzlich Wochenbericht zu verkürzen gut, aber SARS-CoV-2 spielt weiterhin Rolle im aktuellen Infektionsgeschehen, in dem auch Präventionsmaßnahmen abgebaut werden                  Nicht absehbar, ob ggf. Varianten epidemiologische Situation noch mal verschärfen oder Wellen kommen                  Dokumente bei Auslauf der Maskenpflicht?                  KRINKO Dokumente müssen angepasst werden                  Anpassung der Dokumente in Planung, AG hat diese für Anhörung vorbereitet, Anhörung für dieses Frühjahr geplant                  Erfahrungsgemäß mit Änderungen Veröffentlichung im Herbst                  Altenheimpapiere müssen überarbeitet werden                  Austausch auf Arbeitsebenen um ggf. zu überbrücken? muss mit jeweiligen FGL abgesprochen werden</p> <p>Umgang mit Feiertagen an denen der Wochenbericht erstellt wird</p>	<p>Alle</p>

	<p>Wochenbericht in der 10. KW ! Mi, 8.3. Feiertag  ! Verschieben der Veröffentlichung auf 10.3?  Handhabung wie in den letzten Malen, an dem Wochenbericht mit Feiertagen innerhalb einer Woche erstellt wurde:  verkürzte Version, Verschiebung</p>	FG31
<b>3</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Neuer Monatsbericht vom 02.02.2023</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>Aktualisierung der STIKO Empfehlungen: Stellungnahme 7.2.:  Keine Empfehlung zur Extra-Dosis während der Schwangerschaft  25. Aktualisierung der COVID-Impfempfehlungen(geplant 23.2.)</p>	FG 33
<b>4</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>5</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>6</b>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>! Hinweis: nächste Sitzung Beitrag zur Bewegungsförderung in Kitas während der Pandemie geplant</p>	Abt.2
<b>7</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung  xxx</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Hinweis: Herr Wieler ist als Person benannt, nicht als Vertreter des RKI, daher wird er auch mit seinem Weggang diese Position beibehalten, Änderungen können nur seitens Bundeskanzleramt veranlasst werden</p>	VPräs
<b>9</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	BZgA n.A.





	<p><b>Presse</b></p> <p>xxx</p> <p><b>P1</b></p> <p>neue Kollegin Julia Pantoglu, herzlich Willkommen anlässlich Love-Date Week, derzeit täglich Datensatz auf Twitter und ein Post auf LinkdIn</p> <p><i>Diskussion zur begleitenden Kommunikation zum Ende der Pandemie:</i> Bedarf wird regelmäßig im Jour-Fix mit BMG besprochen Bedarfe auf Fachebene werden gesehen, Entscheidung vom Ministerium steht aus Benötigt begleitende, gemeinsame Kommunikation In AGI hat sich dazu bereits eine Arbeitsgruppe gegründet Rückmeldungen aus den Ländern in der Epi-Lag: dort werden ebenfalls die gleichen Bedarfe gesehen</p>	<p>Presse</p> <p>P1</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Zeitpunkt Anpassung Empfehlung Absonderung Betreute in Pflege und KHS (Rückmeldung Jour Fixe) Bisher keine Rückmeldung erfolgt, wird in nächste Jour Fix mitgenommen</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>Berichterstattung zum R-Wert im Lagebericht einstellen? Lagebericht allgemein runterfahren und auf Pandemieradar und Dashboard verweisen Vorschlag Runterfahren Berichterstattung zum vorzeitigen Ende der Maßnahmen zum 01.03. wird in Freitagrunde mit BMG genommen</p>	<p>ZBS7</p> <p>Alle</p>
<p><b>11</b></p>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p>
<p><b>12</b></p>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>

<b>13</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b> (nicht berichtet)	ZBS7
<b>14</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>15</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>16</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> Info: Maßnahmen für Einreisen aus China als Virusvariantengebiet, in dem eine besorgniserregende Variante aufzutreten droht, Sequenzierung in Frankfurt (Flughafen) bisher keine erfolgreich, Rückmeldung BMG: Abwassersurveillance fortgeführt,	FG31
<b>17</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b> nicht berichtet	FG31
<b>18</b>	<b>Wichtige Termine</b> keine	Alle
<b>19</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: Mittwoch 01.03.2023, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:39 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 29.03.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

### Moderation: Lars Schaade

<b>Teilnehmende:</b>	! FG32
! Institutsleitung	○ Michaela Diercke
○ Lars Schaade	○ Claudia Sievers
! Abt. 1	! FG33
○ Martin Mielke	○ Jonathan Fischer-Fels
! Abt. 3	! FG36
○ Tanja Jung-Sendzik	○ Udo Buchholz
! FG11	○ Silke Buda
○ Sangeeta Banerji (Protokoll)	○ Stefan Kröger
! FG14	○ Kristin Tolksdorf
○ Melanie Brunke	○ Romy Kerber
! FG17	! FG37
○ Thorsten Wolff	○ Muna Abu Sin
○ Barbara Biere	○ Werner Espelage
! FG 24	! ZBS7
○ Thomas Ziese	○ Agata Mikolajewska
! FG28	! P1
○ Benjamin Wachtler	○ Ines Lein
○ Claudia Hövener	! Presse
○ Florian Beese	○ Susanne Glasmacher
○ Jens Hoebel	○ Marieke Degen
! FG31	○ Nadin Garbe
○ Ute Rexroth	! ZIG1
○ Petra v. Berenberg- Gossler	○ Andreas Jansen
○ Alexandra Hofmann	○ Auss Abbood
○ Amrei Wolter	! BZgA
	○ Linda Seefeld





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Weltweit: Fälle, Todesfälle  Datenstand: WHO, 21.03.2023  Rückgang der Fallzahlen und Todesfälle auf allen Kontinenten, nur in Ozeanien gibt es einen Anstieg der Todesfälle, die aber z.T. auf Unregelmäßigkeiten beim Melden zurückzuführen ist  Generell sollten Daten mit Vorsicht interpretiert werden, da Meldeverfahren sowie Testpflichten mittlerweile stark divergieren zwischen den Ländern  Karte mit 7-Tage-Inzidenz:  Anstieg 7-d Inzidenz pro 100.000 Einwohner in Russland, sonst Entspannung  Rekombinante XBB.1.16:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- WHO-Einstufung als Variante unter Beobachtung seit 22.03.2023</li> <li>- Variante hat Wachstumsvorteil aufgrund von 3 Mutationen im Spike-Protein</li> <li>- Fallzahlenanstieg in mehreren indischen Bundesländern möglicherweise wegen XBB.1.16</li> <li>- Keine erhöhte Krankheitsschwere</li> <li>- Variante wurde auch in weiteren Ländern nachgewiesen</li> <li>- Meeting zu Virusvarianten nur noch alle 4 Wochen</li> </ul> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 38.343.472 (+5.174), davon 170.627 (+134) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 31,6/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.875.263 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.561.685(76,4%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Rückgang in allen BL und allen Altersgruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang Hospitalisierungsinzidenz in allen BL</li> <li>▪ Sterbefälle: Plateau, leichte Übersterblichkeit, aber nicht wegen COVID</li> </ul> <p>Testkapazität und Testungen  (nicht berichtet)  ARS-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Rückgang der Testungen in allen BL</li> <li>▪ Rückgang in den Arztpraxen und im Krankenhaus, beim letzteren aber Anstieg des Positivenanteils</li> <li>▪ Ausbrüche: Rückgang der Ausbrüche</li> </ul>	<p>ZIG1 Jansen</p> <p>FG32 Sievers</p> <p>FG37 Abu Sin</p>

	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Invasive Isolate: Weiterhin starker Anstieg der Group A Streptokokken</li></ul> <p>VOC-Bericht</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li><li>▪ XBB1 steigend, BA2 Sublinien fallend, XBR kaum Nachweis in Deutschland, XBB1.16 wird noch nicht explizit ausgewiesen durch MF2</li><li>▪ CorSurV läuft zum Mai aus. Formulierungsvorschlag des BMG für den Wochenbericht am 6.04.2023 wurde vorgestellt</li><li>▪ Surveillance wird auf IMSSC2-Netzwerk umgestellt mit Ziel: 100 Sequenzen pro Woche</li><li>▪ 2 Berichtsversionen möglich, beide mit aggregierten Daten: entweder Kalendermonatlich oder als „Sliding Window“</li><li>▪ Vorschlag: Reduktion der Berichtsfrequenz, Anpassung des Reportings so wie andere Länder, z.B. UK, Dänemark auch</li></ul> <p>Molekulare Surveillance (nicht berichtet)</p> <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li><li>▪ Rückgang der ARE Raten, aber mit 5,7 Mio. immer noch hoch, in der AG 15-34 noch kein Rückgang</li><li>▪ Insgesamt ist festzustellen, dass in jüngeren Altersgruppen Influenza dominiert und bei den Älteren COVID</li></ul> <p>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folien <a href="#">hier</a> (ab Folie 15)</li><li>▪ Coronaviren: 10% Sars-CoV-2, 6% NL63</li><li>▪ Influenzaviren: B/Victoria: Anstieg und vereinzelt A(H1N1), aber kein A(H3N2), Sonstige Viren: HMPV 10%, Rhino: 10%, PIV: 5%, RSV: 0%, Altersverteilung: Influenza bei Schulkindern und jungen Erwachsenen, Sars-CoV-2: bei älteren und HMPV bei 0-4-jährigen</li></ul> <p>Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nicht berichtet)</p> <p>Modellierungen (nicht berichtet)</p> <p>○ Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Datenaggregation für den VOC Bericht wird mit MF2 abgestimmt</li><li>▪ Anlässlich der anvisierten Reduktion der Berichtsfrequenz des VOC Berichts wurde auch über die Reduktion anderer Berichte, vor allem der täglichen Berichte und auch der automatisierten Berichte diskutiert und eine Reduktion als zielführend angesehen.</li><li>▪ Länder haben beim BMG eine Einstellung der tagesaktuellen Situationsberichte beantragt, was RKI begrüßt</li><li>▪ Woher kommt Anstieg der invasiven Streptokokken: Es wird vermutet, dass höhere Inzidenzen bei Kindern zu einer erhöhten Ansteckung der Älteren führen</li></ul>	<p>FG36 Kröger</p> <p>FG36 Buda</p> <p>FG17 Biere</p>
--	---	---



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lässt sich aus den ARS Daten die Zahl der deutschlandweiten Testungen ableiten? Ja, die ARS Daten haben eine 30-35% Abdeckung</li> <li>▪ Paragraph 6 Meldepflicht, also Meldungen von Verdachtsfällen sollte abgeschafft werden: Dazu möchte FG32 einen Initiativbericht für das BMG erstellen</li> </ul> <p><i>ToDos (wahrscheinlich keine ID Vergabe Notwendig, da Initiative von den Betroffenen selbst ausging)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-In der kommenden Jour-Fixe sollen dem BMG konkrete Vorschläge bezüglich der Einstellung von Berichten und ggf. Reduktion von Frequenzen gemacht werden (Presse/ FG36)</li> <li>-Initiativbericht zu IfSG-Änderungen: Ankündigung in der Jour-Fixe (Diercke/ Rexroth)</li> <li>-Tägliche Berichte der R-Werte an Bundesländer wird eingestellt, Ankündigung in EpiLag (ggf. als Nachtrag in den Notizen) und der AGI (Rexroth)</li> </ul>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>Auslaufen der CorSurV, Ankündigung der damit einhergehenden Änderung der VOC Berichterstattung: siehe auch <a href="#">Folien</a> zu VOC</p>	<p>Alle</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aktuelle Impf-Verordnung (ImpfV) läuft am 7.4. aus</li> <li>▪ Referentenentwurf der neuen „Verordnung zum Anspruch auf zusätzliche Schutzimpfung und auf Präexpositionsprophylaxe gegen COVID-19 (COVID-19-VorsorgeV)“ im Stellungsverfahren</li> <li>▪ Impfquoten konstant, Abbau Impfstellen</li> <li>▪ kurze Vorstellung der COVIK Studie zur Impfeffektivität und Impfdurchbrüchen</li> </ul> <p>Frage Leitung: Gibt es eine Sprachregelung für den Wochenbericht für die Folgeverordnung? Antwort: Nein, Referentenentwurf zur Folgeverordnung ist im Stellungsverfahren und eine Sprachregelung ist erst nach Genehmigung der Folgeverordnung möglich, da sich vorher noch Änderungen ergeben können</p> <p>Frage von FG33: Wurde RKI um Stellungnahme zum Referentenentwurf gebeten? Antwort: Der Leitung liegt nichts vor, zur Sicherheit bei Herrn Mehlitz nachfragen</p> <p><b>Hinweis aus FG32/FG33: PEI hat Daten zu Impfschaden vorgestellt. Die Folien können auch im Lage-AG Verteiler geteilt werden</b></p> <p><b>Antwort: Zustimmung und Hinweis im Chat, dass Folien bitte auch an <a href="mailto:impfakzeptanz@rki.de">impfakzeptanz@rki.de</a> gesendet werden sollen.</b></p>	<p>FG 33 Fischer-Fels</p>

	<p><i>ToDo:</i></p> <p><i>Sprachregelung für den Wochenbericht, sobald Folgeverordnung erlassen wurde (FG33, Fischer-Fels)</i></p>	
<b>4</b>	<p><b>Internationales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! NaLaA</li> <li>! Folien <b>hier</b></li> <li>! Ziel: Stärkung der event-based Surveillance durch KI-basierte natürliche Sprachverarbeitung</li> <li>! KI-Tool zur Analyse von Tweets zur Erkennung von frühen Signalen</li> <li>! Zusammenarbeit mit Africa-CDC</li> <li>! Tool wurde in lokales Dashboard integriert</li> </ul>	ZIG Abbood
<b>5</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>6</b>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Soziale Ungleichheit in Infektionen, Impfungen und Antigenkontakten (RKI-SOEP-2 Studie) und der erklärende Einfluss von Homeoffice auf Bildungsunterschiede</li> <li>! Folien <b>hier</b></li> <li>! Impfquoten hoch über alle sozialen Gruppen</li> <li>! Unterschiede sichtbar bei 3 Antigenkontakten</li> <li>! tägliches HO reduziert Infektionsrisiko um die Hälfte unabhängig von der Haushaltszusammensetzung</li> <li>! Ergebnisse sollen in den nächsten 2 Monaten zur Publikation eingereicht werden</li> </ul> <p>Vorschlag von Abt. 3: Frau Scheidt-Nave könnte über Steuerungskreis Long-COVID berichten: fiel aus</p>	Abt.2 Benjamin Wachtler und Jens Hoebel (beide FG28)
<b>7</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Ein Bürger wies auf abweichende Wortwahl im Dokument hin: „moderat“ versus „mäßig“ in den Hintergrunddokumenten. Lage-AG sieht beide Worte als Synonyme an und daher wird keine Anpassung vorgenommen</p> <p>ToDo -In der übernächsten Jour-Fixe die Entfernung des Dokuments beim BMG ansprechen (Rexroth)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Expertenbeirat</b> (<i>montags Vorbereitung, mittwochs Nachbereitung</i>)</p> <p>Kanzleramt möchte Expertenbeirat fortführen Herr Wieler ist als Person eingesetzt und wird diese Funktion fortführen Beirat erwägt eine Stellungnahme über den Verlauf der Pandemie zu erstellen</p>	Wieler





<p><b>9</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Bitte um Rückmeldung bei allen FGs, bei denen geändertes COVID-FAQ zirkuliert wurde und bitte um Prüfung verlinkter Dokumente</p> <p><b>P1</b></p> <p>nicht berichtet</p> <p><b>FG36</b></p> <p>! morgen erscheint ein Beitrag im EpiBull über Ergebnisse aus dem GrippeWeb: 2/3 der Bevölkerung hatte COVID-19, bei Ü80 nur 1/3; Bundesländer variierten 55-75%, wöchentliche COVID-raten parallel zur 7-d Inzidenz, aber seit Anfang 2023 starke Divergenz.</p> <p>Dokument <a href="#">hier</a></p> <p><b>FG31</b></p> <p>! Geplante EpiBull Veröffentlichung BBK-Projekt: Befragung von 92 Gesundheitsämtern</p> <p>! Ankündigung in der nächsten Jour-Fixe + schicken der Kernergebnisse</p> <p>! Folien <a href="#">hier</a></p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p> <p>Buchholz</p> <p>Rexroth</p>
<p><b>10</b></p>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Beendigung der Corona-Surveillance Verordnung, Diskussion der notwendigen Anpassungen</p> <p>Vorschlag Mielke: Testverordnung endete am 01.03.2023: Kommunikation der Konsequenzen in der nächsten Lage-AG diskutieren</p> <p>bereits durch vorhergehende Diskussionen abgearbeitet</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>IAR COVID-19-Krisenmanagement: Konzept – zur Diskussion Dokument <a href="#">hier</a></p> <p>Es sollen die Kernanliegen während zweier Termine (3h + 2h) diskutiert werden</p> <p>Es wurde beschlossen, dass beide Termine virtuell über Webex im 2. Quartal stattfinden sollen</p> <p>Im Vorfeld soll in der Leitungskonferenz informiert werden</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p> <p>FG31 Rexroth</p>

11	<p><b>Dokumente</b></p> <p>FG14: hat seine Änderungsvorschläge in der letzten Lage-AG vorgestellt und geänderte Dokumente werden am 01.04. veröffentlicht</p> <p>FG37: Dokumente (Alten- und Pflegeeinrichtungen + Organisatorische Maßnahmen in medizinischen Einrichtungen) sind mit FG14 abgestimmt und werden im Lage-AG-Verteiler zirkuliert</p> <p>Dokumente <a href="#">hier</a> + <a href="#">hier</a></p> <p>Hinweise zur Testung: COVID in PCR-Regime eintakten wie bei anderen Infektionserkrankungen – Anpassung in den betreffenden Dokumenten</p>	Alle
12	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li># SARS-CoV-2</li> <li>## Rhinovirus</li> <li>## Parainfluenzavirus</li> <li>## saisonale (endemische) Coronaviren</li> <li>## Metapneumovirus</li> <li>## Influenzavirus</li> </ul> <p>Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
13	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
14	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>Entwurf Krinko zur Sars-CoV-2 Integration in edemische Lage in der Anhörung</p>	FG14 Brunke
15	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Länder-Diskussion: Anpassung Referenzdefinition / Darstellung AG-Testergebnisse?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alten- und Pflegeheime kritisieren, dass Schnelltests nicht durch die Referenzdefinition abgedeckt sind und somit Ausbrüche nicht mehr adäquat erfasst werden, seitdem sie nun statt PCR Test Schnelltests durchführen.</li> <li>▪ EpiLag, BL-AG und AG-I einig darüber, dass Referenzdefinition nicht geändert wird. Stattdessen Hinweis, dass bei vulnerablen Gruppen weiterhin PCR Testungen empfohlen sind.</li> <li>▪ Surveillance Strategie COVID-19 soll auf Konsistenz zu der Strategie von anderen Erregern geprüft werden zusammen mit FG36</li> </ul>	FG 32



## Koordinierungsstelle des RKI

## Protokoll der COVID-19

	<p>Abwassersurveillance:          EU Projekt ist abgeschlossen          Abschlussbericht wird erstellt und soll in Lage-AG vorgestellt werden          Kooperationsvertrag noch nicht abgeschlossen          Berichtsformat noch nicht feststehend, wahrscheinlich im Wochenbericht</p>	
<b>16</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
<b>17</b>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Initiativbericht zur Deeskalation liegt vor: Leitung bittet um Wiedervorlage im April          Nächstes Mal wird zur Einstellung Koordinierungsverfahren berichtet</p> <p>! <b><u>Info der Leitung an Koordinierungsstelle:</u></b>  <b><u>Bitte alle Referenten darauf hinweisen, dass Präsentationen maximal 5 Folien beinhalten dürfen</u></b></p>	FG31
<b>18</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>19</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 12.04.2023, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:55 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch 12.04.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                      |                                  |
|----------------------|----------------------------------|
| ! Institutsleitung   | o Thomas Ziese                   |
| o Lars Schaade       | o Anke Christine Saß             |
| ! Abt. 1             | ! FG25                           |
| o Martin Mielke      | o Christa Scheidt-Nave           |
| ! Abt. 2             | ! FG31                           |
| o Michael Bosnjak    | o Ute Rexroth                    |
| ! Abt. 3             | o Maria an der Heiden            |
| o Osamah Hamouda     | o Petra v. Berenberg             |
| o Tanja Jung-Sendzik | o Katharina Alpers               |
| o Janna Seifried     | o Inessa Markus                  |
| o Nadine Litzba      | o Ulrike Grote                   |
| ! FG11               | o Meike Schöll                   |
| o Sangeeta Banerji   | o Ariane Halm                    |
| ! FG12               | o Claudia Siffczyk               |
| o Annette Mankertz   | o Renke Biallas                  |
| o Sebastian Voigt    | o Christian Wittke               |
| ! FG14               | o Alexandra Hofmann              |
| o Mardjan Arvand     | ! FG32                           |
| o Melanie Brunke     | o Michaela Diercke               |
| o Marc Thanheiser    | o Claudia Sievers                |
| ! FG17               | o Justus Benzler                 |
| o Thorsten Wolff     | ! FG33                           |
| o Barbara Biere      | o Ole Wichmann                   |
| o Ralf Dürrwald      | o Thomas Harder                  |
| o Djin-Ye Oh         | o Judith Koch                    |
| ! FG21               | o Sabine Vygen-Bonnet            |
| o Patrick Schmich    | o Jonathan Fischer-Fels          |
| o Jennifer Allen     | ! FG34                           |
| o Wolfgang Scheida   | o Viviane Bremer                 |
| ! FG23               | o Barbara Gunsenheimer-Bartmeyer |
| o Robin Houben       | o Matthias an der Heiden         |
| ! FG 24              | o Andrea Sailer                  |
|                      | o Daniel Schmidt                 |

- Claudia Winklmayr
- ! FG35
  - Klaus Stark
  - Hendrik Wilking
- ! FG36
  - Hauer Barbara
  - Walter Haas
  - Udo Buchholz
  - Romy Kerber
- ! FG37
  - Tim Eckmanns
  - Muna Abu Sin
  - Sebastian Haller
- ! ZBS1
  - Andreas Nitsche
  - Janine Michel
- ! ZBS7
  - Christian Herzog
  - Claudia Schulz-Weidhaas
  - Michaela Niebank
  - Agata Mikolajewska
- ! MF2
  - Torsten Semmler
- ! MF3
  - Nancy Erickson
- ! MF4
  - Martina Fischer
- ! P1
  - Ines Lein
  - Christina Leuker
  -
- ! P4
  - Dirk Brockmann
  - Susanne Gottwald
  - Benjamin Maier
- ! Presse
  - Susanne Glasmacher
  - Nadin Garbe
  - Jamela Seedat
  - Ronja Wenchel
- ! ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - Mikheil Popkhadze
  - Iris Hunger
- ! ZIG1
  - Sarah Esquevin
  - Regina Singer
  - Carlos Correa-Martinez
  - Sofie Gillesberg Raiser
  - Anna Rohde
- ! ZIG2
  - Thurid Bahr
- ! ZIG4
  - Sabrina Weiß
- ! BZgA
  - Heide Ebrahimzadeh-Wetter
  - Oliver Ommen
  - Martin Dietrich
  - Andrea Rückle
- ! BMG
  - Christophe Bayer



TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <b>hier</b>  Weltweit: Fälle, Todesfälle  Fallzahlen sinken, Anstieg liegt an  Nachmeldungen/unregelmäßigen Meldungen  WHO veröffentlicht Zahlen nur 1x die Woche, leichter Anstieg  der Fallzahlen in USA  Fallzahlen in Chile sinken  Rekombinante XBB-1-1-16 in Indien:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inzidenz bei 1,42/100.000 Einw.</li> <li>2. Signifikanter Anstieg, Zahlen sind noch gering im Vergleich zu vergangener Jahre</li> <li>3. Kein Hinweis auf erhöhte Krankheitsschwere oder Hospitalisierung, keine Überlastung der Krankenhausbelastung</li> <li>4. Landesweite Impfkampagne, Maskenpflicht in einigen Bundesstaaten wieder eingeführt</li> <li>5. Nachtrag zur Testung in Indien:</li> <li>6. Datenstand: 12.04.2023</li> <li>7. Durchgeführte Tests in den letzten 24 Stunden: 214.242</li> <li>8. Anteil positiver Ergebnisse in den letzten 24 Stunden: 3,65%</li> <li>9. Keine weiteren Informationen zur Art der Testungen (PCR vs. Schnelltests)</li> </ol> <p>Datenstand: WHO, TT.MM.JJJJ  Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen:  xxx  Karte mit 7-Tage-Inzidenz:  xxx  Epikurve WHO Sitrep:  xxx  Andere Berichte:</p> <p>ToDo:</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <b>hier</b>  Fehlende Übermittlung aus GÄ und Länder kein Zuwachs  Weiterhin Rückgang (aktive Fälle, Genesene, Inzidenzen)  Verlauf Hospitalisierungsinzidenz: Rückgang, kontinuierlich seit 4 Wochen, fehlende Fallzahlen Wochenende  Bundesland: niedrige Inzidenzen  Fallzahlen in allen AG: Rückgang</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Sterbefallzahlen gehen langsam zurück, eher Plateau</li> <li>! Sterbefallzahlen: leichte Übersterblichkeit, nicht auf COVID zurückzuführen</li> </ul>	<p>ZIG1 Correa Martinez</p> <p>FG32 (Sievers)</p>



	<p>!</p> <p>SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: <b>X.XXX.XXX</b>  (+<b>XX.XXX</b>), davon <b>XX.XXX</b> (+<b>XXX</b>) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: <b>XXX</b>/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis <b>XX.XXX.XXX</b> (<b>XX,X</b>%),  mit vollständiger Impfung <b>X.XXX.XXX</b> (<b>XX,X</b>%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  xxx  Testkapazität und Testungen  (nicht berichtet)  ARS-Daten  10. Muna  11. Laborbasierte Surveillance: Rückgang in Testzahlen  12. Geht gleichmäßig über BL zurück  13. In KH Rückgang an Testungen  14. Rückgang an Ausbrüchen  VOC-Bericht (Kerber)  XBB1 gestiegen  Gesamtanteil BA2 und BA5 zurückgegangen  Anteil an Sequenzierung schwankte zwischen 4 und 7%  Zirkulierende Sublinien: Anteil rekombinante Linien nimmt zu,  KW14 bei 79%. Anteile Sublinien: XBB1.5: 50% und am  häufigsten in Stichprobe nachgewiesen. Stagniert grade.  Wachsenden Anteil: XBB1.9.1 und XBB.1.9.2, Anteil nimmt  weiter zu  Zwei Sublinien mit über 1%, die sich nicht aus Sublinien  ableiten (CH.1.1  XBB1.16 für DE: 14 Nachweise bis KW13  Auslaufen der CorSurV zum Mai  (Folie einfügen)  Molekulare Surveillance  (nicht berichtet)  Syndromische Surveillance (<i>Udo Buchholz</i>)  15. GrippeWeb seit 3 Wochen stabil, Niveau wie  Grippewellen-Peak  16. Ostereffekt bei Kindern  17. AGI: gehen deutlich zurück  18. SEED Are: niedriges Niveau  19. ICOSARI: Rückgang  20. Anteil COVID-19 an ICOSARI: von 17% auf 13% Rückgang  21. Influenza: Schulkinder, junge Erwachsene  22. COVID-19: bei Senioren  23. Hospitalisierungsinzidenz COVID-SARI: rückläufig  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten  24. Dürrwald  25. COVID-Nachweise bei 5-6%  26. NL63 Nachweise (aber unter 5%)  27. Influenza Viren: hohe Aktivität B Victoria, Influenza Viren  sind stärkste Viren im Sentinel  28. Rhinoviren starke Aktivität, Hpmv?  29. RSV mehrere Wochen nicht nachgewiesen  Zahlen zum DIVI-Intensivregister  (nicht berichtet)</p>	
--	---	--



	<p>Modellierungen (nicht berichtet)</p> <p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Umstellung VOC-bericht: Formulierung in Wochenbericht?</li> <li>! Ausgefeilt und abgestimmt. Nicht sicher, ob morgen oder nächste Woche</li> <li>! Zweimal in Wochenbericht? Diese und nächste Woche?</li> <li>! Wenn Surveillance Verordnung ausläuft. Zeitvrezug von 2 Wochen (in KW 15 wird für KW13 berichtet), Mitte Mai daher die letzten Sequenzdaten aus Surveillance rechnen.</li> <li>! Positivrate in Indien: sehr niedrig (2.8%), Hintergrundinformation, dass repräsentative Zahlen?</li> <li>! Daten vom indischen Gesundheitsministerium. Wieder mehr getestet.</li> <li>! Erkennbar ob PCR oder Antigen? Nein, wird nicht differenziert</li> <li>! Warum dauert es bei den Sequenzen zukünftig länger?</li> <li>! Auch Proben am RKI sequenziert worden. Soll erhöht werden (100 Proben/Woche). Arbeitsaufwand in FG wird erhöht, Prozess verlängert. Prozessschritte werden angeguckt, Timeline aufstellen, optimierung. Stand der Dinge, dass es sich verlängert.</li> <li>! Dash bleibt offen? Sequenzen aus peripheren Laboren können abgegeben werden? Bleibt offen, aber nicht mehr lange. Irgendwann geht es in DEMIS.</li> <li>! DEMIS-Migration erst in Q4/2023</li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Ersten draft vom Wochenbericht und schickt Vorschlag. Tenor der letzten Wochen setzt sich fort. Alle Systeme auf Entspannung</li> </ul>	Alle (Presse)
<b>3</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Letzte Woche Impfv ausgelassen KK bezahlt STIKO will Empfehlungen aktualisieren Risikogruppen jährliche Auffrischimpfung Für gesunde Personen unter 18 keine Empfehlung mehr Impfstellen nehmen ab Monatsberichte: kommen 2x</p> <p><b>STIKO</b></p> <p>xxx</p>	FG 33 (Fischer- Fels)
<b>4</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>SISS A+C (?)</p>	ZIG



5	<b>Update digitale Projekte</b>	FG21
6	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! <b>Ärzte befragen zu Long COVID</b></li> <li>! Informationsbedarfe John Gubernath P1</li> <li>! [Folien ergänzen]</li> <li>! Erfragt, ob 1 Pat. oder mehrere?</li> <li>! Anzahl im letzten Quartal (Q2/22), im Median 10/Praxis. Streuung von 1-500</li> <li>! Im Schnitt 10 Patienten im Vorquartal</li> <li>! Informationsquellen: gibt es fortbildungsveranstaltungen?</li> <li>! Ja, GBA bereitet initiative vor, um dies zu systematisieren. Es fehlt hauptsächlich an ergebnissen von Therapiestudien. Wie System der Weiterversorgung ausbauen?</li> <li>! Ist die klinische Endität Long COVID für HÄ konkret genug beschrieben, um Therapiestudien anbieten zu können? So konkret beschrieben wie möglich. Diffusität/Vielfalt der Symptomatik. Es wird präziser eingeschlossen. Symptomkomplexe werden zu Grunde gelegt. Großer Bedarf ist da. Menschen gehen zu nächst zu HÄ, laufen auf, stockt dort. In Leitlinien wird ein Update erarbeitet. Fortlaufender Aktualisierungsbedarf</li> <li>! Kriegt BMG zur Kenntnis,?</li> <li>! BMG „Erste Hilfe Koffer für Betroffene“: RKI stark eingebunden</li> </ul>	Abt.2
7	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung Derzeit moderat/mäßig Wann gering? wie sind unsere Kriterien für Deklaration Krankheitsschwere, Belastung Gesundheitssystem, Heftigkeit/Stärke des Transmissionsgeschehens. Zeigt alles nach unten. ECDC hat auf 0 zurückgefahren (internes Krisenmanagement), anstatt runtergehen keine Risikobewertung abgeben? Wie weiter mit Berichtsfrequenz umgehen? Wie mit Risikobewertung? Einfließen? Weglassen? Vorschlag: abwarten, was aus Berichten wird, Risikobewertung nebebi angucken, tendenziell zwei alternativen: risikobewertung in monatsbericht einbauen oder ganz wegfallen lassen.</p>	Alle
8	<b>Expertenbeirat</b> ( <i>montags Vorbereitung, mittwochs</i> )	Wieler

	<p><i>Nachbereitung)</i></p> <p>Letzte Woche Dienstag letzte Sitzung. Inhaltlich nichts wesentliches, Expertenbeirat selbst wird keine Schlussfolgerung ziehen (Lessons learned), Arbeit ausgelaufen Ursprung von COVID-19 Drosten: natürlicher Ursprung</p>	
9	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>(nicht berichtet) Aktivitäten neu: xxx</p> <p><b>Presse</b></p> <p>xxx</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA n.A.</p> <p>Presse</p> <p>P1</p>
10	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3</p>
11	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Fachlicher Vorschlag von Isolierungs und Quarantäne empfehlungen Kontaktpersonenmanagement unter Medizinischem Personal aufnehmen Patient:innen/Bewohnende mit positivem Test Für Atemwegsinfektionen ummodel oder auf KRINKO verweisen? Verweis für Umgang mit Personal (egal of infiziert oder KP) auf DOK Ist es so, dass GÄ anordnen müssen/können, dass Personal zuhause bleiben soll? GÄ können Tätigkeitsverbot anordnen Erfahren und Methode (Tätigkeitsverbot) Problem Empfehlen, dass jemand mit resp. Atemwegssymptomen nicht mit vulnerablen Personen arbeitet. Muss das RKI das alles lösen? Können KH mit Hausrecht regeln. RKI macht fachliche Empfehlung. Bei sympt. Atem. Und positive PCR keine Krankenbetreuung.reicht nicht fachliche Empfehlung? Offener formulieren: viele sehen es als Vorgabe und nicht Empfehlung. Im DOK einfügen: <i>näheres regelt der Hygieneplan der Einrichtung.</i> Ansonsten kommt RKI aus Dilemma nicht raus.</p>	<p>Alle Buchholz</p>



## Koordinierungsstelle des RKI

## Protokoll der COVID-19

	<p>Personalmangel trägt der Träger. In beiden Dokumenten den Satz einfügen, Link unter neuen Text von Udo und dann werden die Artikel so gelassen, bis KRINKO Empfehlung kommt. BMG kriegt alles zugeschickt. Warten auf Krinko Empfehlung. Text von Udo: Anordnung der GÄ in speziellen Situationen sind zu achten. „Generell wird bei Auftreten“: „Unabhängig vom Erreger“, GÄ haben die abschließenden Entscheidung entsprechend der Situation und Gegebenheiten Rottmann hat gebeten, direkt an ihn (kein Initiativbericht), Leitung schickt es (3 Dokuemnt, Udo, artiekl für website und anpassung der anderen 2 dokuemnte von ff 37</p>	
<b>12</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon: # SARS-CoV-2 ## Rhinovirus ## Parainfluenzavirus ## saisonale (endemische) Coronaviren ## Metapneumovirus ## Influenzavirus Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>13</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>14</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG14
<b>15</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG 32
<b>16</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
<b>17</b>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>nicht berichtet</p>	FG31
<b>18</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle

<b>19</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: <b>Mittwoch, 19.04.2023, 11:00</b> Uhr, via Webex	
-----------	--	--

Ende: **XX:XX Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 26.04.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

**Teilnehmende:**

- |                                   |                             |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| ! Abt. 1                          | ! FG36                      |
| ○ Martin Mielke                   | ○ Udo Buchholz              |
| ! Abt. 3                          | ○ Silke Buda                |
| ○ Osamah Hamouda                  | ○ Stefan Kröger             |
| ! FG14                            | ○ Kristin Tolksdorf         |
| ○ Melanie Brunke                  | ○ Romy Kerber               |
| ! FG17                            | ! FG37                      |
| ○ Ralf Dürrwald                   | ○ Werner Espelage           |
| ! FG 24                           | ○ Sebastian Haller          |
| ○ Thomas Ziese                    | ! ZBS7                      |
| ! FG26                            | ○ Turid Piening             |
| ○ Caroline Cohrdes                | ! P1                        |
| ! FG31                            | ○ Ines Lein                 |
| ○ Maria an der Heiden             | ! Presse                    |
| ○ Mario Martin-Sanchez            | ○ Marieke Degen             |
| ○ Alexandra Hofmann               | ○ Ronja Wenchel             |
| ○ Christian Wittke<br>(Protokoll) | ! MF1                       |
| ! FG32                            | ○ Torsten Semmler           |
| ○ Michaela Diercke                | ! MF4                       |
| ○ Justus Benzler                  | ○ Martina Fischer           |
| ! FG33                            | ! BZgA                      |
| ○ Jonathan Fischer-Fels           | ○ Anne-Laure Caille-Brillet |





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Weltweit: Fälle, Todesfälle  Datenstand: WHO, 19.04.2023  Zahl der gemeldeten neuen Fälle und Todesfälle rückläufig  Einweisungen in die Intensivstation rückläufig  Indien und Südostasien:  1. Nach wie vor signifikanter Anstieg der neu gemeldeten Fälle und Todesfälle  Indien:  gehört zu den Ländern, die in letzter Zeit einen Anstieg der Fälle, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle aufgrund von XBB.1.16 zu verzeichnen hatten  Allerdings sind die aktuellen Zahlen deutlich niedriger als bei früheren Wellen. Dies kann nach Einschätzung der WHO teilweise auf die erhöhte Immunität der Bevölkerung zurückgeführt werden  Rekombinante XBB.1.16 Risikobewertung WHO:  <ul style="list-style-type: none"> <li>- XBB.1.16 als VOI ausgewiesen</li> <li>- Die WHO schätzt das Risiko durch die XBB.1.16-Sublinie als gering ein</li> <li>- Bis zum 17. April 2023 wurden 3.648 Sequenzen der Variante Omikron XBB.1.16 aus 33 Ländern gemeldet, die meisten aus Indien (2.314), USA (396) und Singapur (250)</li> <li>- In KW13 (27.03. - 02.04.2023) lag die globale Prävalenz von XBB.1.16 bei 4,15 % (KW9: 0,52%)</li> </ul> </p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: SurvNet übermittelt: 38.398.881 (+2.422), davon 172.761 (+126) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 11,4/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.876.323 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.563.065(76,4%)  Hospitalisierungsinzidenz weiterhin rückläufig  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Rückgang in allen BL und allen Altersgruppen <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rückgang Hospitalisierungsinzidenz in allen BL</li> </ul> Alle Landkreise haben eine 7-Tages Inzidenz unter 50  Rückläufige Tendenz bei Todesfällen, Gesamtsterblichkeit auf Niveau der Vorjahre  Erlass vom BMG: RKI-Stellungnahme zu Übersterblichkeit im Jahr 2022 verglichen mit Zeitraum 2015-2019. Antwort wird heute eingereicht.  Aktuell ist die Übersterblichkeit nicht auffällig</p>	<p>FG37 (Espelage)</p> <p>FG32 (Diercke)</p>



	<p>ARS-Daten</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folien <a href="#">hier</a> , Datenstand vom 13.04.</li><li>▪ In den letzten 12 Kalenderwochen (2023-W3-2023-W14). In diesem Zeitraum wurden 1.309.557 Testungen mit Ergebnis von insgesamt 75 teilnehmenden Laboren übermittelt. Hiervon waren 280.419 (21.4%) positiv</li><li>▪ Die Anzahl positiv Getesteter ist über alle Altersgruppen hinweg rückläufig</li><li>▪ Ausbrüche in medizinischen Behandlungseinrichtungen und Alten- und Pflegeheimen (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Zahlen gehen soweit zurück, dass es schwer ist noch valide Trends abzuleiten</li><li>○ Darstellungen könnten aus dem Wochenbericht genommen werden</li></ul></li><li>▪ Aktuelle Daten zu bakt. Infektionen aus ARS, v.a. Pneumokokken (Folien <a href="#">hier</a>)<ul style="list-style-type: none"><li>○ Bei Pneumokokken und v.a. bei Gruppe A Streptokokken ein nie zuvor gemessenes Level erreicht. Empfehlungen werden abgeleitet.</li></ul></li></ul> <p>VOC-Bericht</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li><li>▪ XBB.1.16 jetzt als VOI eingestuft</li><li>▪ XBB1(83%) und Sublinien dominierend</li><li>▪ Anzahl übermittelter Sequenzen fallend, Labore stellen Kapazitäten um</li><li>▪ Blick auf die Sublinien: XBB.1.16. zeigt hier kein großes Wachstum (insges. nur 24 Nachweise)</li><li>▪ Zukünftige Berichterstattung soll aggregiert über Zeitraum von 28 Tagen erfolgen („Sliding Window“). Ab KW 19 monatliche Berichterstattung im Rahmen des Wochenberichts</li><li>▪ Zukünftige Übermittlung von SARS-CoV-2 Sequenzen Abschaltung von DESH zum 31.05., danach Hauptquelle Labornetzwerk (ca. 400 Sequenzen pro Monat)</li></ul> <p>Molekulare Surveillance (nicht berichtet)</p> <p>Syndromische Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li><li>▪ Rückgang der ARE Raten auf 4,1 Mio. (4,9%) in KW16</li><li>▪ ARE-gesamt seit Jahreswechsel im oberen Wertebereich der vorpandemischen Jahre,</li><li>▪ KonsInz in KW 16/2023 im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben (1153; Vorwoche:1.157); Plateau</li><li>▪ In KW 16 Rückgang in allen Altersgruppen</li><li>▪ SARI-Fallzahlen in der 13. und 14. KW zurückgegangen und weiterhin auf niedrigem Niveau; rückläufige Tendenz</li><li>▪ Diagnosecodes bei SARI-Fällen: Influenza überwiegend bei den und 5-14-Jährigen und den 15- bis 34-Jährigen COVID vorwiegend bei über 35-Jährigen</li></ul>	<p>FG37 (Haller)</p> <p>FG36 (Kröger)</p> <p>FG36 (Buda)</p>
--	---	--



## Koordinierungsstelle des RKI

## Protokoll der COVID-19

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ COVID-SARI Hospitalisierungsinzidenz:</li> <li>▪ Rückgang seit KW 11/2023 auf 1,5 je 100T in KW 16</li> <li>  <i>Diskussion:</i> Wird weiterhin in den Krankenhäusern getestet? Antwort: Nach Auskunft unseres Kooperationspartners wird noch umfassend getestet. Vorwiegend per Schnelltest als PCR-Test.</li> <li>Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a> (ab Folie 15)</li> <li>▪ Coronaviren: 3% Sars-CoV-2 – kein Unterschied mehr zu anderen endemischen Coronaviren</li> <li>▪ 3% NL63, 3% 229E, 2% HKU1, OC43 – nicht nachgewiesen</li> <li>▪ Influenzaviren: B/Victoria: Einzige nachgewiesene Influenzaviren, 9% (drittstärkstes Virus im Sentinel), Trend rückläufig</li> <li>▪ Sonstige Viren: Rhino: 16%, PIV: 13%, HMPV:4%, RSV: 0%</li> </ul> </li> <li>Zahlen zum DIVI-Intensivregister       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Folien <a href="#">hier</a></li> <li>▪ Mit Stand 26.04.2023 werden 544 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser) behandelt</li> <li>▪ Stete Reduktion in der COVID-ITS-Belegung</li> <li>▪ ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +378 in den letzten 7 Tagen</li> <li>▪ Anzahl der Verstorbenen auf ITS (pro Tag) weiterhin moderat / gering.</li> <li>▪ Gesamtzahl der Intensivbetten in allen BL zwischen 1-5%</li> <li>▪ Nach Altersgruppen: 70-79-Jährige dominierend, danach 80+</li> <li>▪ Nach Behandlungsformen: Rückgang in allen Arten</li> <li>▪ Kapazitätsbelegung der Non-COVID-Erwachsenen: Abnahme der Belegung auf Normalniveau, dadurch freie Kapazitäten wieder angestiegen.</li> </ul> </li> <li>○ Diskussion       <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der Minister hat Anfang April die <a href="#">Pandemie für Deutschland für beendet erklärt</a>. Wie gehen wir mit dem Begriff Pandemie in Bezug auf Deutschland um?           <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ggf. Nutzung des Begriffs postpandemische Phase, Abklärung notwendig</li> <li>○ Solange Tedros Pandemie nicht für beendet erklärt hat, sind wir in einer Pandemie, da Pandemie weltweit. Es gibt kein landesspezifisches Ende einer weltweiten Pandemie</li> <li>○ Bevor die Pandemie beendet wird, könnte überlegt werden, die Risikobewertung auf niedrig zu setzen. Ggf, Thema für die nächste Lage-AG. Abstimmung mit BMG notwendig</li> <li>○ Formale Orientierung an WHO sinnvoll</li> </ul> </li> <li>▪ Datenaggregation für den VOC Bericht wird mit MF2 abgestimmt</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG17 (Dürrwald)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>
--	---	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Warum kann man den technischen Weg des DESH nicht weiterhin noch offenhalten /nutzen? <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Aus ökonomischen Gründen: Es ist zu teuer /ineffizient.</li> </ul> </li> </ul>	
<b>2</b>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>! Reduktion Inhalte des Wochenberichts und Änderungen in der Berichterstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wegfall Inhalte zu Ausbrüchen in den Einrichtungen und VOC-Teil (bereits mit BMG abgestimmt)</li> <li>○ Vorschlag: Diese Inhalte heute noch mit einbringen mit einem Disclaimer, dass diese ab nächster Woche eingestellt werden</li> <li>○ Umfangreiches Kürzungspotential wird im gesamten Wochenbericht gesehen. Orientierung zu Monatsbericht. Sollte schrittweise erfolgen.</li> <li>○ Es wären noch 5 COVID-Wochenberichte (einschließl. in KW21) und dann ggf. ab 1.6. Monatsbericht.</li> <li>○ Vorstellungen von Kürzungspotential sollen kursiert und kommentiert werden</li> </ul>	Alle
<b>3</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ STIKO Empfehlung zu COVID-19 im Stellungnahmeverfahren <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aufnahme der COVID-19-Impfung in die allg. Impfeempfehlungen</li> <li>▪ Jährliche Auffrischimpfung für Risikogruppen</li> <li>▪ Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren: Keine Impfeempfehlung mehr</li> </ul> </li> <li>▪ Letzter Monatsbericht Impfen erscheint Anfang Mai</li> </ul>	FG 33 (Fischer-Fels)
<b>4</b>	<p><b>Internationales</b></p> <p>! (nicht berichtet)</p>	ZIG
<b>5</b>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG21
<b>6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausnahme: Positive Bewältigungsstrategien (z.B. positives Umdenken, Akzeptanz) besonders charakteristisch für resilientes Verlaufsmuster</li> <li>○ Negativer Trend: Psychische Gesundheit/Wohlbefinden im Mittel über die Zeit gesunken, während ungünstige Bewältigungsstrategien (z.B. Verleugnung, Substanzkonsum) anstiegen</li> <li>○ Handlungsbedarf: Individuelle Maßnahmen (Strategien) und gesellschaftliche Maßnahmen (Angebote,</li> </ul>	Abt.2 Cohrdes (FG 26)



	<p>Voraussetzungen, Setting)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausblick: Längsschnittliche Forschung, Ableiten von Risikogruppen, kombinierte Forschung, Ableitung von konkreten Förderbedarfen</li> </ul>	
<b>7</b>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>8</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <p>Informationen Zusammen gegen Corona wurden am 5. April abgeschaltet und archiviert. Bis Ende des Jahres gelten Weiterleitungen zur Informationsseite Coronavirus von infektionsschutz.de</p> <p><b>Presse</b></p> <p>Tägliche Berichterstattung wurde mit sehr wenig Rückmeldungen im Info-Postfach konnotiert. Nach 3 Jahren das erste Mal ein Teaser ohne COVID/ARE-Bezug. Zukünftig wieder Teaser zu wechselnden Themen. Disclaimer soll eine Woche im Voraus auf Dashboard geschaltet werden, dass dieses zum 1. Juni abgeschaltet wird. Weiterleitung zu weiterhin bestehenden Seiten bzgl. Datenabrufe.</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Caille-Brillet)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Lein)</p>
<b>9</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>! XYZ</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>XYZ</p>	Alle
<b>10</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Herunternahme der Bundesempfehlungen zur Isolation wurde auch in AGI angesprochen. Voraussichtlich kommt dazu Ende der Woche ein positives Signal vom BMG</p>	Abt.3 (Hamouda)
<b>11</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ## Proben, davon:</p>	FG17

	<p># SARS-CoV-2  ## Rhinovirus  ## Parainfluenzavirus  ## saisonale (endemische) Coronaviren  ## Metapneumovirus  ## Influenzavirus  Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	ZBS1
<b>12</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
<b>13</b>	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
<b>14</b>	<p><b>Surveillance</b></p> <p>Gibt es Erwartungen zur Vorbereitung auf den Herbst?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antwort: Das hängt von der aktuellen Entwicklung ab. Wir sollten darauf vorbereitet sein, bei Bedarf eskalieren zu können.</li> </ul>	FG 32 (Diercke)
<b>15</b>	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG31
<b>16</b>	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <p>Reduzierte Berichterstattung seit 16. KW  Keine besonderen Reaktionen auf die Reduktion  Aktivitäten in Koordinierungsstelle sind sehr zurückgegangen</p>	FG31 (an der Heiden)
<b>17</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>keine</p>	Alle
<b>18</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.05.2023, 11:00 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:28 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 10.05.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Lars Schaade / Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	! FG32
! Institutsleitung	o Michaela Diercke
o Lars Schaade	! FG33
o Andreas Gilsdorf	o Ole Wichmann
! Abt. 2	o Jonathan Fischer-Fels
o Thomas Ziese	
! Abt. 3	! FG36
o Osamah Hamouda	o Udo Buchholz
o Tanja Jung-Senzik	o Silke Buda
! FG12	o Stefan Kröger
o Annette Mankertz	o Kristin Tolksdorf
! FG14	o Romy Kerber
o Mardjan Arvand	! FG37
o Melanie Brunke	o Sebastian Haller
! FG17	! ZBS7
o Thorsten Wolff	o Agata Mikolajewska
o Ralf Dürrwald	! MF4
! FG21	o Martina Fischer
o Wolfgang Scheida	! P1
! FG27	o Ines Lein
o Susanne Jordan	! Presse
! FG31	o Susanne Glasmacher
o Ute Rexroth	o Marieke Degen
o Maria an der Heiden	o Jameela Seedat
o Petra v. Berenberg	o Ronja Wenchel
o Claudia Siffczyk	
o Alexandra Hofmann	! ZIG
	o Werner Espelage





TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:  Zahl der gemeldeten neuen Fälle, Todesfälle und Einweisungen ITS rückläufig;  Ausnahme: Südostasien - Anstieg der neu gemeldeten Fälle und Todesfälle;  Indien -Seit Februar 2023 Anstieg der neu gemeldeten Fälle, Höchststand 20.04.23; Seitdem rückläufiger Trend;  XBB.1.16 und Sublinien sind in Indien dominant  Am 03.05.2023 veröffentlichte die WHO eine aktualisierte Version ihres strategischen COVID-19 Bereitschafts- und Reaktionsplans für 2023-2025.  Beendigung PHEIC erklärt (04.05) - Begründung und weiteres Vorgehen (siehe Folien)</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Fallzahlen/Todesfälle</u></li> </ul> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In allen BL niedrige Inzidenzen, unter 10/100T;</li> <li>- Gesamtzahlen: über 38 Mio. laborbestätigte und gemeldete Fälle. Wenn von doppelter und 3-facher Untererfassung ausgegangen wird, war die gesamte Bevölkerung mindestens 1 Mal infiziert;</li> <li>- Hospitalisierung: kontinuierlicher Rückgang</li> <li>- Inzidenz in den LK: überall unter 50/100T</li> <li>- Inzidenz in den Altersgruppen: am höchsten in Gruppe 80+, 30/100T;</li> <li>- Todesfälle: Rückgang; Zahlen der letzten Welle nur noch halb so hoch im Vergleich zu den vorangegangenen beiden Wellen.</li> <li>- Keine Übersterblichkeit momentan.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>ITS-Belegung und Spock</u></li> </ul> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 367 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (Stand 10.05.23).</li> <li>- Stetiger Rückgang</li> </ul>	<p>ZIG1</p> <p>AL3</p> <p>MF4</p>







Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19-...

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisierungsinzidenz : 1,3 COVID-SARI pro 100T ; entspricht ca. 1.100 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D</li> <li>○ <u>Viol. Sentinel :</u> Folien <a href="#">hier</a> (ab Folie 14)             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bis auf OC43 wurden alle Coronaviren nachgewiesen. SARS-CoV-2 : 5% aller Nachweise</li> <li>- Influenza : B Viktoria 9% drittstärkstes Virus nach PIV und Rhino</li> <li>- PIV 3 am häufigsten (13%), HMPV rückläufig, RSV seit mehreren Wochen nicht nachgewiesen.</li> </ul> </li> <li>○ <u>Testkapazität, Testungen, ARS</u> Folien <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anteil positiver Testungen geht zurück bei stabile Testzahl (ca. 80T/Woche)</li> <li>- In Arztpraxen/Testzentren: Rückgang der Testungen, in Krankenhäusern wird weiterhin getestet.</li> <li>- Maximum bei 80+, ansonsten Angleichung über alle Alters-Strata und Rückgang.</li> <li>- Erlass BMG zu Streptococcus pneumoniae, (Hintergrund: Antibiotika-Engpässe vor allem im pädiatrischen und ambulanten Bereich): stabile Entwicklung und Rückgang, Quartal 1 hohe Zahlen, Vergleichbar mit starken vorpandemischen Saisons.</li> <li>- Invasive Group A Strep und HIB: überdurchschnittlich hohe Zahlen, nicht begründet in geänderten Erregerereigenschaften, sondern in paralleler RSV/Influenza-Saison und erhöhter Suszeptibilität.</li> </ul> </li> <li>○ <u>Molekulare Surveillance, VOC</u> Folien <a href="#">hier</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Keine Änderung zu Vorwochen der VOC/VOI/VUM</li> <li>- Deeskalierte VOC und Rekombinanten: gleichbleibend;</li> <li>- Zum 30.04. Ende der Vergütung der Sequenzierung- Anzahl übermittelter Sequenzen drastisch abgefallen, 361 im Rahmen der Stichprobe übermittelt (Anteil 1.8% an allen COVID-19-</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36</p> <p>P4</p> <p>Alle</p> <p>FG36/37</p>
--	---	--

	<p>Fällen) Mit weiterem Rückgang wird gerechnet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variantenverteilung: nur einstellige Änderungen, Geschehen insgesamt stabil</li> <li>- Xbb1.16: VOI, mediale Aufmerksamkeit (Indien): unter 2%</li> <li>- Xbb2.3 in Indien mit starker Zunahme; in Stichprobe seit KW4 detektiert, 1.9%; weltweit zunehmend.</li> </ul> <p>○ <u>Modellierungen</u></p> <p>Nicht berichtet</p> <p><u>Fragen/Diskussionsbeiträge:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- BMG Anfrage zu Strep. Pneumoniae: Sollten wir umfassender antworten? Ein Engpass bei den Antibiotika ist nicht alleinig erklärbar durch Bakterien, sondern durch erhöhte Nachfrage aufgrund resp. Infektionen im Allgemeinen-- Gespräch mit DGPI hat dazu bereit stattgefunden (Welche klinischen Bilder momentan dominierend?)–</li> <li>- Anekdotische Berichte von Häufungen von Co-Infektionen im Krankenhaus, z.B. Staph. Pyogenes/Influenza mit schweren ARDS; Können wir Co-Infektionen detektieren? – FG37: Wird in ARS ausgewertet, aber momentan noch nicht deutlich darstellbar; FG36: ICOSARI. Co-Infektionen über Diagnosecodes feststellbar, Einschätzung läuft;</li> </ul> <p><b>To Do:</b> Ergebnisse der syndr. Surveillance mit ARS-Daten abgleichen und umfassendere Schlussfolgerungen ziehen (FG36, FG37)</p>	
<b>2</b>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>Weiterhin Deeskalation</p>	Alle
<b>3</b>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- STIKO Beratung zur Impfeempfehlung findet heute statt; 25.05 Publikation erwartet</li> <li>- ECDC Vergleich Impfeempfehlungen: Kein Land in der EU impft in kommender Saison impft noch Kinder;</li> <li>- COVID Varianten für nächste Impfstoffanpassung: Wuhan-Stamm soll entfallen; Monoimpfaffe;</li> <li>- Technical advisory group der WHO wird wohl gemeinsam mit FDA/EMA über Stämme im Impfstoff entscheiden</li> <li>- 04.05 letzter Monatsbericht Impfen erschienen</li> <li>- Lücke Anspruch Impfschaden aufgrund fehlender STIKO Empfehlung; § 60 IfSG soll hier angepasst werden.</li> </ul>	FG 33



<b>4</b>	<b>Internationales</b>  (nicht berichtet)	ZIG
<b>5</b>	<b>Update digitale Projekte</b>  (nicht berichtet)	FG21
<b>6</b>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>„Überzeugungskraft verschiedener Informationsquellen auf die COVID-19-Impfentscheidung. Ergebnisse aus der Studie Corona-Monitoring bundesweit – Welle 2“</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infodemie: gezielte Fehl- und Falschinformationen u.a. in sozialen Medien, Messenger-Diensten</li> <li>- Infoquelle: Nicht Häufigkeit der Nutzung angeschaut, sondern Überzeugungskraft einer Quelle</li> <li>- Klassische Medien und Gespräche mit Verwandten/Freunden: größte Überzeugungskraft zu impfen</li> </ul> <p>Nach Impfstatus aufgeschlüsselt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angabe: soziale Netzwerke/Messenger-Dienste: Signifikant als hauptsächlich überzeugende Quelle von Ungeimpften genutzt.</li> <li>- Ergebnisse in Regressionsmodellen bestätigt</li> <li>- Ungeimpfte sehen soziale Medien als überzeugende Informationsquelle; Gesprächen mit Ärzten/Ärztinnen waren überzeugende Informationsquelle bei Geimpften</li> </ul> <p>Manuskript und Vortrag in Vorbereitung</p>	Abt.2 Jordan (FG27)
<b>7</b>	<b>Risikobewertung</b> Siehe Punkt 9	
<b>8</b>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b>  (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b>  Aufräumen der Internetseite: wie gehen wir mit Steckbrief künftig um? Vorschlag und Diskussion in der nächsten Lage-AG</p> <p><b>P1</b>  (nicht berichtet)</p>	BZgA n.A.  Presse  P1
<b>9</b>	<p><b>Strategiefragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p><u>Beendigung PHEIC: Implikationen? Konsequenzen?</u> –</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Im Wochenbericht erwähnen;</li> <li>- In ARE Wochenbericht Hinweis auf Ende PHEIC aufnehmen;</li> <li>- Von Seiten ECDC wurde die Situation genutzt, um Berichterstattung nach Rücksprache mit den Ländern weitestgehend einzustellen;</li> <li>- Interpretation der Empfehlungen und Angaben der WHO Zum</li> </ul>	Alle

	<p>Ende PHEIC für D? – <b>EpiDBull-Artikel bis Ende Mai (wer?)</b>,  <b>To Do:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle Dokument kontrollieren, ob aufgrund des Endes der PHEIC Modifikation notwendig sind</li> <li>- Konzept der COVID-Berichtsanpassung und Interpretation Ende PHEIC mit BMG klären (Leitung)</li> </ul> <p><b>Anpassung COVID-Wochenbericht</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ende des Monats letzter Wochenbericht; zum 01.06 Übergang Kurzinformationen zu COVID-19 in ARE Wochenbericht;</li> <li>- Möglichst schlanke Lösung mit Verweis auf Internet-Quellen, Bewertung und Erklärung der Systeme nur auf den Seiten der Systeme selbst; Risikobewertung würde somit entfallen.</li> <li>- Wird dem BMG im JF vorgeschlagen</li> <li>- <b>Aufgabe an:</b> FG36 mit Unterstützung FG32 vorbereiten.</li> </ul> <p><b>Bericht COVID-Kennzahlen für BkA</b>  Vorlage <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monatsübersicht: aufgrund der rückläufigen Testfrequenz wohl bald ohne hohe Aussagekraft mehr; außer in Krankenhäusern;</li> <li>- Es sollte auf auf syndr. Surveillance und einen zusätzlichen Indikator zurückgegriffen werden</li> <li>- Grobe Struktur beibehalten,</li> <li>- Kommunikationsweg: via BMG oder direkt? Via BMG</li> <li>- <b>Aufgabe:</b> Vorschlag und Rückmeldung bis Morgen Mittag; Abt. 3;</li> </ul> <p><b>AGI-Feedback zu Empfehlungen Entlass-Management</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Empfehlungen für Alten-Pflegeheime und in nosokomialen Settings werden als zu streng betrachtet (7 Tage Isolation, anschließend Test bei Symptomen);</li> <li>- Antwort an BL: Es gibt gute Gründe dafür die Empfehlungen so zu belassen; - KRINKO Empfehlungen im Herbst erwartet</li> </ul> <p>Allgemeine Quarantäne und Isolationsregelungen sollen auf Ministerweisung, so wie momentan ausgewiesen, beibehalten werden</p>	
<b>10</b>	<b>Dokumente</b>  (nicht berichtet)	Alle
<b>11</b>	<b>Labordiagnostik</b> <b>FG17/ZBS1</b>  Keine Ergänzungen	FG17/ZBS1
<b>12</b>	<b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b>  (nicht berichtet)	ZBS7
<b>13</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b>  nicht berichtet	FG14



## Koordinierungsstelle des RKI

## Protokoll der COVID-19

<b>14</b>	<b>Surveillance</b> Meldepflicht § 6 IfSG: Aufforderung von Seiten des BMG zur Stellungnahme; Max Vorschlag: Verdachtsmeldungen sollten entfallen. Schwere hosp. SARI Fälle werden weiterhin über §7 gemeldet; Angleichung an Influenza-Meldungen Begründung befindet sich noch in Abstimmung	FG 32
<b>16</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> nicht berichtet	FG31
<b>17</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b> ! Erinnerung Anmeldung zum AAR Krisenmanagement am 8. und 9.6.2023; Sehr generisch und umfassend Erlasse auf klassischem Weg kanalisieren anstatt über Koordinierungsstelle: Planen ab dem 01.06	FG31
<b>18</b>	<b>Wichtige Termine</b> Siehe Punkt 17	Alle
<b>19</b>	<b>Andere Themen</b> Nächste Sitzung: 24.05.2023, 11 Uhr, via Webex	

**Ende: 13:00 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Wochentag, 24.05.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

<b>Teilnehmende:</b>	!	FG34
! Institutsleitung		o Viviane Bremer
o Andreas Gilsdorf	!	FG35
	!	FG36
! Abt. 1		o Udo Buchholz
o Martin Mielke		o Stefan Kröger
! Abt. 2		o Kristin Tolksdorf
! Abt. 3		o Romy Kerber
o Osamah Hamouda	!	FG37
! FG11		o Muna Abu Sin
! FG12	!	ZBS1
! FG14	!	ZBS7
o Melanie Brunke		o Agata Mikolajewska
! FG17	!	MF2
o Thorsten Wolff	!	MF3
o Ralf Dürrwald	!	MF4
! FG21		o Janina Esins
o Wolfgang Scheida	!	P1
! FG23		o Julia Pantoglou
! FG 24	!	P4
! FG25	!	Presse
! FG31		o Jamela Seedat
o Ute Rexroth		o Ronja Wenchel
o Maria an der Heiden	!	ZIG
o Claudia Siffczyk		o Johanna Hanefeld
o Alexandra Hofmann	!	ZIG1
o Amrei Wolter		o Sarah Esquevin
o Annika Heck	!	ZIG2
o Nadine Püschel		o Lukas Feddern
(Protokoll)	!	ZIG4
! FG32	!	BZgA
o Claudia Sievers		o Mirco Steffens
! FG33	!	BMG
o Jonathan Fischer-Fels		







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p>Folien <a href="#">hier</a>  Weltweit: Fälle: 965.373 (14d), Todesfälle: 7.368 (14d)  Datenstand: WHO, 17.05.2023  Das globale Infektionsgeschehen nimmt weiterhin ab  Afrika: sinkende Fall- und Todeszahlen. Keine relevanten Anstiege in einzelnen Ländern.  Amerika: sinkende Fall- und Todeszahlen. Prozentualer Anstieg der Todeszahlen bei niedrigen absoluten Zahlen (+24% innerhalb von 14 Tagen). Keine relevanten Anstiege in einzelnen Ländern.  Asien: sinkende Fall- und Todeszahlen. Fallzahlenanstiege in Bangladesch (+102%), Sri Lanka (+106%), Myanmar (+113%) und Philippinen (+123%) ohne signifikante Anstiege der Todeszahlen. Fallzahlen weiterhin rückläufig in Indien (-76%).  Europa: sinkende Fall- und Todeszahlen. Keine relevanten Anstiege in einzelnen Ländern. Mit Stand 14.05.2023 zeigte sich ein Rückgang der Fallzahlen, Hospitalisierungen, Intensivbelegung und Todeszahlen.  Ozeanien: sinkende Fall- und Todeszahlen. Keine relevanten Anstiege in einzelnen Ländern.  XBB.2.3 (Acrux) seit 17.05.2023 als VUM geführt</p> <p>ToDo:</p> <p><b>National</b></p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend, Folien <a href="#">hier</a>  SurvNet übermittelt: 38.424.437.XXX.XXX (+1.137), davon 174.110 (+78) Todesfälle  7-Tage-Inzidenz: 4,5/100.000 Einw.  Impfmonitoring: Geimpfte mit 1. Dosis 64.876.933 (77,9%), mit vollständiger Impfung 63.563.780 (76,4%)  Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer:  Abwärtstrend in allen BL  Anzahl neuer Fälle auf konstant niedrigem Niveau  Starker Rückgang bei Todesfallzahl seit KW12  Abwärtstrend Hospitalisierungsinzidenz in allen BL  Testkapazität und Testungen, Folien <a href="#">hier</a>  ARS-Daten  Rückgang Anzahl Testungen (Feiertag plus Brückentag)  VOC-Bericht, Folien <a href="#">hier</a>  Molekulare Surveillance  (nicht berichtet)  Syndromische Surveillance, Folien <a href="#">hier</a>  Der Wert (gesamt) lag in KW 20 bei 6.100 ARE (in der 19. KW: 5.700) pro 100.000 Einwohner.</p>	<p>ZIG1</p> <p>FG32</p>



Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19

	<p>Entspricht einer Gesamtzahl von 5,1 Mio. ARE in Deutschland, unabhängig von einem Arztbesuch.                  Im Vergleich zur Vorwoche: Rückgang bei Kindern bis 14 Jahre; Anstieg bei den Erwachsenen ab 15 Jahre                  ARE gesamt: zwischen 17. KW und 19. KW relativ stabil, in KW 20 leichter Anstieg der ARE-Rate; KW 20: 6,1 % (Vorwoche: 5,7 %)                  Höhepunkt 50. KW 2022 mit 11,1 %                  ARE-gesamt in KW 20 über dem Wertebereich der vorpandemischen Jahre (2012-2019), 5AG: 0-4J. Im Wertebereich, alle anderen AGs darüber (insbesondere 5-14J./15-34J.)                  ILLI gesamt: gesunken: 1,0 % (Vorwoche: 1,2 %)                  ARE mit COVID-19 Konsultationen bis zur 20. KW 2023: Rund 16 Arztbesuche ARE mit COVID-Diagnose /100.000 EW                  SARI-Fallzahlen sowie SARI mit Intensivbehandlung und verstorbene SARI lagen in den letzten Wochen auf Niveau der vorpandemischen Jahre, weiterhin leicht rückläufig                  Anteile COVID Diagnosen an SARI sinkt kaum noch, scheint sich bei etwa 10 % einzupegeln.                  Anteil von COVID an SARI mit Intensivbehandlung schwankend bei ca. 15-20%; Influenza und RSV nur noch vereinzelt.                  Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten, Folien <a href="#">hier</a>                  Zahlen zum DIVI-Intensivregister, Folien <a href="#">hier</a>                  Mit Stand 23.05.2023 werden 265 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen gemeldet.                  Stete Reduktion in der COVID-ITS-Belegung                  ITS-COVID-Neuaufnahmen mit +160 in den letzten 7 Tagen                  Modellierungen                  (nicht berichtet)</p>	
<p><b>2</b></p>	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>Gespräch zum weiteren Vorgehen zum Wochenbericht am Montag wurde abgesagt, neuer Termin steht noch nicht fest                  Weiteres Vorgehen Wochenbericht: beziehen auf Initiativ-Bericht aus dem April zur Berichterstattung;                  Reduktion der Berichtsfrequenz wurde da zugestimmt                  Weitere Planung mit gekürztem Wochenberich, bis andere Info erfolgen sollte                  Alle Daten, die in Bewertung der Gesamtsituation einfließen, sollen deutlich im Wochenbericht zum Ausdruck gebracht werden                  WoBe mit markierten Kürzungsvorschlägen liegt <a href="#">hier</a>:</p>	<p>Abt. 3</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p> <p><b>STIKO</b></p>	<p>FG 33</p>





Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19

	<p>letzte Woche geteilt                  Entwurf wird mit allen Teilnehmenden der Lage-AG besprochen                  Steckbrief zu COVID-19 herunternehmen?                  Tendenz aus Lage-AG Steckbrief solange zu behalten, bis er durch Ratgeber ersetzt werden kann, allgemein nicht mehr darauf verweisen                  Besprechung weiterer Punkte zur Kürzung der COVID-19 Internetseite wird gesondert weiter diskutiert</p> <p><b>P1</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	P1
<b>10</b>	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>Allgemein</b></p> <p>Kürzung Wochenbericht (siehe oben)                  AG-I für Beendigung des Koordinierungsverfahrens                  Stand: 11 von 16 BL haben dem zugestimmt, andere BL werden das beim nächsten Treffen tun                  AG-I Sitzung nur noch 1 mal im Monat                  Bei Beendigung des Koordinierungsverfahrens, Einstellung des Wochenberichtes</p> <p><b>RKI-intern</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>Alle</p> <p>Abt. 3/FG31</p>
<b>11</b>	<p><b>Dokumente</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>12</b>	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <p><b>FG17</b></p> <p>Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen ##                  Proben, davon:                  # SARS-CoV-2                  ## Rhinovirus                  ## Parainfluenzavirus                  ## saisonale (endemische) Coronaviren                  ## Metapneumovirus                  ## Influenzavirus                  Rest negativ</p> <p><b>ZBS1</b></p>	<p>FG17</p> <p>ZBS1</p>
<b>13</b>	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7

<b>14</b>	<b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b> nicht berichtet	FG14
<b>15</b>	<b>Surveillance</b> nicht berichtet	FG 32
<b>16</b>	<b>Transport und Grenzübergangsstellen</b> nicht berichtet	FG31
<b>17</b>	<b>Information aus der Koordinierungsstelle</b>  Sperrung Räumlichkeiten Lagezentrum vom 22.06. - 27.06. aufgrund Neuausstattung IT/Büromöbel Update AAR RKI internes Krisenmanagement vom 08.06.- 09.06 Bisher 38 Anmeldungen Alle Abteilungen gut vertreten 4 Themen (Surveillance, Diagnostik, Wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn, Maßnahmen)	FG31
<b>18</b>	<b>Wichtige Termine</b>  ID5864: Erlass Große Anfrage AfD Relativ umfangreich Beantwortung sollte trotz längere Bearbeitungszeit nicht aufgeschoben werden, lieber eher vorbereiten Koordinierungsstelle bereitet Inhalte, wo möglich vor  <b>400. Sitzung Lage-AG</b> ! Nächste Sitzungen am: 07.06.2023 und 21.06.2023 ! Am 5.7. wäre die 400. Sitzung der Lage-AG ! Vorschlag: Präsenztreffen der Lage AG am 05.07; Sitzungen am 07.06. und 21. 06 als Vorbereitung Lage-AG koordinierend zurückzuziehen, danach Anlass zur Einstellung nehmen	FG31
<b>19</b>	<b>Andere Themen</b>  Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.06.2023, 11:00 Uhr, via Webex	

**Ende: 12:59 Uhr**



## Lage-AG-Sitzung zu COVID-19 Ergebnisprotokoll

Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014

<b>Anlass:</b>	COVID-19
<b>Datum:</b>	Mittwoch, 07.06.2023, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Webex-Konferenz

**Moderation: Osamah Hamouda**

### Teilnehmende:

- |                        |                          |
|------------------------|--------------------------|
| ! Institutsleitung     | ! FG32                   |
| ○ Lars Schaade         | ○ Michaela Diercke       |
| ○ Andreas Gilsdorf     | ○ Claudia Sievers        |
| ! Abt. 2               | ! FG33                   |
| ○ Thomas Ziese         | ○ Jonathan Fischer-Fels  |
| ! Abt. 3               | ! FG34                   |
| ○ Osamah Hamouda       | ○ Sandra Dudareva        |
| ○ Tanja Jung-Sendzik   | ! FG36                   |
| ○ Janna Seifried       | ○ Silke Buda             |
| ! FG14                 | ○ Julia Schilling        |
| ○ Melanie Brunke       | ○ Romy Kerber            |
| ! FG17                 | ! FG37                   |
| ○ Thorsten Wolff       | ○ Muna Abu Sin           |
| ○ Ralf Dürrwald        | ! ZBS7                   |
| ! FG21                 | ○ Michaela Niebank       |
| ○ Wolfgang Scheida     | ! MF4                    |
| ! FG25                 | ○ Martina Fischer        |
| ○ Christa Scheidt-Nave | ! P1                     |
| ○ Christin Heidemann   | ○ Ines Lein              |
| ○ Giselle Sarganas     | ! Presse                 |
| ! FG31                 | ○ Nadin Garbe            |
| ○ Maria an der Heiden  | ○ Ronja Wenchel          |
| ○ Mario Martin Sanchez | ! ZIG                    |
| ○ Alexandra Hofmann    | ○ Carlos Correa-Martinez |
| ○ Antonia Hilbig       | ! BZgA                   |
| ○ Christian Wittke     | ○ Astrid Rose            |
| (Protokoll)            |                          |







TO P	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <p>Weltweit:                      Zahl der gemeldeten neuen Fälle, Todesfälle und Einweisungen                      In den letzten 14 Tagen auf allen Kontinenten rückläufig;                      Ausnahme: Südostasien - Anstieg der neu gemeldeten Fälle und                      Todesfälle;                      Asien: Anstieg der neu gemeldeten Fälle und Todesfälle in                      einzelne Länder: Bangladesch (+161 %) und Kambodscha                      (+1077 %); China: Fallzahl Anstieg XBB</p> <p>Varianten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ XBB.1.5: 49 %! 34 % (KW15! KW19)</li> <li>▪ XBB.1.16: 9 %! 16 % (KW15! KW19)</li> <li>▪ XBB.2.3: 6 % aller geteilten Sequenzen (KW19)</li> </ul> <p>○ Keine Hinweise auf erhöhte Krankheitsschwere bei den aktuell                      zirkulierenden Virusvarianten in Deutschland</p> <p><b>National</b></p> <p>○ <u>Fallzahlen/Todesfälle</u></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In allen BL niedrige Inzidenzen, unter 10/100T;</li> <li>- Gesamtzahlen: über 38 Mio. laborbestätigte und gemeldete                      Fälle. Wenn von doppelter und 3-facher Untererfassung                      ausgegangen wird, war die gesamte Bevölkerung mindestens                      1 Mal infiziert;</li> <li>- Hospitalisierung: kontinuierlicher Rückgang</li> <li>- Inzidenz in den LK: überall unter 50/100T</li> <li>- Inzidenz in den Altersgruppen: am höchsten in Gruppe 80+,                      10-20/100T;</li> <li>- Todesfälle: rückläufig seit Frühjahr</li> <li>- Keine Übersterblichkeit momentan.</li> </ul> <p>○ <u>ITS-Belegung und Spock</u></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 169 COVID-19-Patient*innen auf Intensivstationen (Stand                      07.06.23).</li> </ul>	<p>ZIG1 (Martin- Sanchez)</p> <p>FG32 (Sievers)</p> <p>MF4 (Fischer)</p>





## Koordinierungsstelle des RKI

## Protokoll der COVID-19

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SARI-Fälle mit ITS-Behandlung: COVID-Anteil stabil bei 7%, Influenza und RSV vereinzelt</li> <li>- Altersverteilung COVID-SARI-Fälle: fällt ab, aber COVID19 weiterhin dominierend bei Älteren</li> <li>- Influenza vor allem bei 5-14-Jährigen</li> <li>- Hospitalisierungsinzidenz : 0,5 COVID-SARI pro 100T ; entspricht ca. 400 neuen Krankenhausaufnahmen wegen COVID-SARI in D</li> </ul> <p>○ <u>Virol. Sentinel :</u></p> <p>Folien <a href="#">hier</a> (ab Folie 13)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mit KW22 erstmals &lt;50 Proben/Woche</li> <li>- Endemische Coronaviren auf niedrigem Niveau &lt; 10%. SARS-CoV-2 : Rückläufiger Trend weiterhin</li> <li>- Influenza : B/Victoria zuletzt in KW21 nachgewiesen, in KW 22 1 Nachweis von H1N1. Sonst keinerlei Nachweise</li> <li>- Sonstige : Anstieg bei HRV (üblich für Jahreszeit), Rückgang PIV und HMPV, RSV (1 Nachweis)</li> <li>- Altersverteilung : In KW21 SARS-CoV-2 als einziges Virus in allen AG vertreten ; vorwiegend bei den Älteren</li> </ul> <p>○ <u>Testkapazität, Testungen, ARS</u></p> <p>Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anteil positiver und durchgeführter Testungen geht weiterhin zurück</li> <li>- Wenige Testungen die noch durchgeführt werden vorwiegend im stationären Bereich (hier oft bei Älteren). Testungen bei Jüngeren eher im ambulanten Bereich</li> <li>- Positivenanteile bei 80+ am höchsten</li> <li>- Veraluf anderer, bakterieller, respiratorischer Erreger in ARS: A-Streptokokken (invasiv), Pneumokokken und Haemophilus Influenza auf niedrigem Niveau und allesamt rückläufig</li> <li>- Rückgang nicht nur für invasive, sondern ebenso für nicht-invasive Nachweise</li> </ul>	<p>FG36 (Kerber)</p>
--	--	--------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ <u>Molekulare Surveillance, VOC</u></li> <li>Folien <a href="#">hier</a></li> <li>- Keine Änderung zu Vorwochen der VOC/VOI/VUM</li> <li>- WHO SSARS-CoV-2 Varianten: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ VOC: keine</li> <li>○ VOI: XBB.1.5, XBB.1.16</li> <li>○ VUM: BA.2.75, CH.1.1, BQ.1, XBB, XBB.1.9.1, XBB.1.9.2, XBB.2.3</li> </ul> </li> <li>- Deeskalierte VOC und Rekombinanten: Nur noch 33 Proben, deutlicher Rückgang</li> <li>- SARS-CoV-2 Varianten in KW 21/2023: XBB.1.5 (30,6%), XBB.1.16 (0%), BA.2.75 (12%), CH.1 (9,1%), BQ.1 (27,1%), XBB (0%), XBB.1.9.1(15,1%), XBB.1.9.2 (3,1%), XBB.2.3(0%)</li> <li>- Zu XBB.1.16 gab es am 5.06. ein Risk-Assessment durch die WHO. In vielen Ländern liegt ein Wachstumsvorteil vor, allerdings ist weder mit erhöhter Krankheitsschwere als auch erhöhtem Risiko zu rechnen</li> <li>- Präsentation der zukünftigen Webseite zu SARS-CoV-2 Varianten in Deutschland: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Berichtsanteil zu Virusvarianten wurde im Wochenbericht eingestellt. Daher Einrichtung einer Website mit Tableau.</li> <li>○ Darstellung: Einordnung in historisches Geschehen</li> <li>○ VOI/VUMS Darstellungen, aktuell gültige Definitionen mit Verlinkung zu WHO</li> <li>○ Daten sind per Download mit Datenstand verfügbar</li> <li>○ Weiterführende Informationen zu VOC/VOI/VUM</li> <li>○ Ziel ist es die Daten der Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen</li> </ul> </li> <li>○ <u>Modellierungen</u></li> </ul> <p>Nicht berichtet</p>	
--	--	--



2	<p><b>Wichtige Punkte für den Wochenbericht</b></p> <p>! Angepasster ARE-Wochenbericht, Entwurf (<a href="#">hier</a>)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Wochenbericht soll nach dieser Woche eingestellt und in deutlich reduzierten Umfang gemäß Entwurf in den ARE-Wochenbericht integriert werden. Hinweis mit entsprechenden Informationskasten im Wochenbericht.</li> <li>- Entscheidung: Wochenbericht wird morgen noch einmal mit dem Hinweis erstellt, ab der kommenden Woche in den ARE-Bericht überführt zu werden</li> <li>- Testzahlenabfrage und R-Wert Berechnung wird eingestellt</li> </ul> <p><b>TO DO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klären ob Pandemieradar fortgesetzt werden soll bzw. ab wann eingestellt?</li> <li>- Wegfall der Übermittlung der Todesfälle an DESTATIS muss mit Matthias an der Heiden abgesprochen werden.</li> </ul>	FG36 (Buda)
3	<p><b>Update Impfen</b></p> <p>! Folien <a href="#">hier</a></p> <p>! STIKO Impfeempfehlung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Aufnahme der COVID-19-Impfung in die allg. Impfeempfehlungen: Veröffentlichung im Epid Bull 21/2023 + Anpassung des Epid Bull 4/2023</li> </ul> <p>! COVID-Impfstoffe der nächsten Generation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Zukünftige Varianten-angepasste COVID-Impfstoffe voraussichtlich: Monovalent gegen XBB ohne Wildtyp!</li> <li>o Empfehlung der WHO vom 18.05.</li> <li>o Gemeinsame Empfehlung von EMA und ECDC vom 06.06.</li> </ul>	FG 33 (Jonathan Fischer-Fels)

<p><b>4</b></p>	<p><b>Internationales</b></p> <p>COVIMPACT-HEPATITIS (Folien <a href="#">hier</a>)  Einfluss der COVID-19 Pandemie bei Bemühen Eliminierung der Virushepatitis  Die COVID-19-Pandemie stellte die Mitgliedstaaten in Osteuropa und Zentralasien vor zusätzliche Herausforderungen bei der Erreichung der Eliminierungsziele  Während der Pandemie war der Zugang zu Gesundheitsdiensten für Tests und Behandlungen unterbrochen, es ergaben sich jedoch neue Möglichkeiten für eine bessere Überwachung, Zugang zu Behandlung und Eliminierung im Allgemeinen  Schnelle Anpassungen und eine erhöhte Flexibilität des Gesundheitssystems könnten einen Teil der Auswirkungen der COVID-19-Pandemie abfedern  Um wieder auf den richtigen Weg zu kommen, sollten die Länder die derzeit erhöhte Aufmerksamkeit für Infektionskrankheiten nutzen und sie auf die Eliminierung von Hepatitis richten</p>	<p>ZIG (Dudareva)</p>
<p><b>5</b></p>	<p><b>Update digitale Projekte</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	<p>FG21 Schmich</p>



<p><b>6</b></p>	<p><b>Daten aus der Gesundheitsberichterstattung</b></p> <p>! Vortrag. "NCD-Themen in Bezug auf die Pandemie": "Langfristige gesundheitliche Folgen der SARS-CoV-2 Infektion - Ergebnisse der CoMoLo Follow-up Studie" Folien <a href="#">hier</a></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterscheiden sich Personen mit und ohne SARS-CoV-2-Infektion zur Basisuntersuchung nach mehr als 1 Jahr Nachbeobachtung hinsichtlich: 1.) Long-COVID-assoziierte Symptome, 2.) Neuauftreten ärztlich diagnostizierter Erkrankungen 3.) selbsteingeschätzte Lebensqualität 4.) selbsteingeschätzter Gesundheitsstatus</li> <li>- Fazit: Personen mit einem überwiegend milden Verlauf der akuten SARS-CoV-2-Infektion berichten im Vergleich zu Personen ohne Infektion nach &gt;1 Jahr:             <ul style="list-style-type: none"> <li>o häufiger verschiedene wiederkehrende oder anhaltende gesundheitliche Beschwerden</li> <li>o häufiger eine subjektive Gedächtnisverschlechterung</li> <li>o eine schlechtere körperliche Funktionsfähigkeit</li> <li>o häufiger einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand</li> <li>o keine schlechteren Werte für die betrachteten psychischen und sozialen Aspekte</li> </ul> </li> <li>- Notwendigkeit für epidemiologische und Versorgungsforschung zur Planung und Umsetzung wirksamer Präventions- und Gesundheitsversorgungsmaßnahmen</li> <li>- Die Einschränkungen durch Long-COVID sind eher in den körperlichen als psychischen Aspekten zu sehen</li> <li>- Die vorliegende Studie kann nicht abschätzen wie weit Long-COVID in der Bevölkerung verbreitet ist oder hierfür eine Definition geben</li> </ul>	<p>Abt. 2 FG 25 (Heidemann und Scheidt-Nave)</p>
<p><b>7</b></p>	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <p>! Mit Einstellung des Wochenberichts wird auch die entsprechende Seite herausgenommen</p>	<p>Alle</p>
<p><b>8</b></p>	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>Presse</b> (nicht berichtet)</p> <p><b>P1</b> (nicht berichtet)</p>	<p>BZgA (Astrid Rose)</p> <p>Presse (Wenchel)</p> <p>P1 (Ines Lein)</p>

9	<p><b>Strategiefragen</b></p> <p><b>Allgemein</b>  Länder stimmen Beendigung IfSG-KoordinierungsVwV-Verfahren zu. Anlagen <a href="#">hier</a> und <a href="#">hier</a>  Einstimmig beschlossen am 06.06.  Dadurch enden dort verankerte Berichtspflichten</p> <p><b>RKI-intern</b>  (nicht berichtet)</p>	Alle  FG31 (MadH)
10	<p><b>Dokumente</b></p> <p>Zukünftige Webseite zu SARS-CoV-2 Varianten  (s. oben Punkt „VOC“)</p>	FG36 (Kerber)
11	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Einstellung VOXCO-Abfrage Testzahlerfassung</li> <li>! Die Testzahlerfassung wird eingestellt (s. Punkt 2 Wochenbericht)</li> </ul>	FG17/ZBS1
12	<p><b>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	ZBS7
13	<p><b>Maßnahmen zum Infektionsschutz</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG14
14	<p><b>Surveillance</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- RSV-Meldepflicht kommt voraussichtlich im Sommer und wird vorbereitet</li> <li>- In der AGI-Telefonkonferenz gab es Nachfragen zu Arztmeldungen COVID-19 und Kapazitätenerfassung. Noch keine konkreten Rückmeldungen</li> </ul>	FG 32 (Diercke)
16	<p><b>Transport und Grenzübergangsstellen</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	FG31
17	<p><b>Information aus der Koordinierungsstelle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>! Initiativbericht zu Beendigung Koordinierungsstelle Ende Juni <ul style="list-style-type: none"> <li>○ vorbereitet mit Vorschlag zur Beendigung der Koordinierungsstelle</li> <li>○ nächste reguläre Lage-AG am 21.06. weiterhin wie gehabt per Webex</li> <li>○ 400. Lage-AG am 5.7. im Hörsaal Seestraße soll zeitgleich Einstellung der Lage-AG und Koordinierungsstelle einläuten</li> <li>○ Initiativbericht wird im JF RKI/BMG am Freitag</li> </ul> </li> </ul>	FG31 (MadH)





Koordinierungsstelle des RKI

Protokoll der COVID-19

	<p>vorbesprochen. Danach kann dieser rausgeschickt werden.</p> <p>! Hinweis auf After-Action-Review am 08.06. + 09.06. zum RKI-internen Krisenmanagement zu COVID-19</p>	
<b>18</b>	<p><b>Wichtige Termine</b></p> <p>(nicht berichtet)</p>	Alle
<b>19</b>	<p><b>Andere Themen</b></p> <p>Nächste Sitzung: 21.06.2023, 11 Uhr, via Webex</p>	

**Ende: 12:51 Uhr**