



## 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 Gemeinschaftsunterkünften 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 Verlaufsformen. 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	