



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	03.08.2020, 13:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Marc Thanheiser
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG21
 - Patrick Schmich
- ! FG 32
 - Maria an der Heiden
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Ines Lein
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZBS1

- Marcia Grossegesse
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Iris Andernach
 - Christophe Beyer



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <p>! 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"> ○ Auf 10. Position Philippinen und nicht mehr Bangladesch ○ Trends ähnlich, Brasilien scheint stabiler zu werden <p>! Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner > 50 Fälle</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Äquatorialguinea dazugekommen ○ Südamerika weiterhin Hotspot <p>! Afrika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Elfenbeinküste nicht mehr dabei; neu hinzugekommen Malawi; 5 Länder für 75% der kumulativen Fallzahlen verantwortlich ○ Epidemie nicht mehr nur auf Großstädte beschränkt (WHO Afrika) ○ Äthiopien: nationalweite Testung geplant <p>! Nord- und Südamerika – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neu ist Paraguay mit exponentiellem Anstieg ○ > 50% aller Fälle weltweit ○ USA Stabilisierung der Fallzahlen, Rekordwerte bei Todesfallzahlen ○ Mexiko auf Platz 3 der kumulativen Todesfälle weltweit, starke Untererfassung der Fallzahlen <p>! Asien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Afghanistan nicht mehr dabei ○ Indien verzeichnet nach wie vor Tagesrekorde, Testkapazitäten wurden aufgestockt 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fallzahlen in Japan gehen nach oben, nicht mehr nur auf Tokio beschränkt ○ Auf Philippinen steigen Fallzahlen rasant nach Lockerungen im Juni. <p>! Europa – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Albanien neu hinzugekommen, Luxemburg, Montenegro nicht mehr dabei ○ Belgien: vor allem auf Region Antwerpen zurückzuführen ○ abnehmender Trend in Russland ○ Stabilisierung in Spanien ○ Vereinigtes Königreich: Angst vor 2.Welle sehr groß, Wiedereinführung von Maßnahmen <p>! Ozeanien – Aktuelle Lage, > 700 Fälle (7T)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Australien unverändert steigender Trend; Sperrzeiten Nachts eingeführt, mit Ausnahmezustand; Sorge, dass sich Ausbruch in Pflege- und Altersheime ausbreitet <p>! Gibt es Hintergrundinformationen zu Rumänien? Update ist in den nächsten Tagen geplant</p> <p>! Warum sinkt der Anteil der Verstorbenen? Im Moment starker Anstieg der Fälle, Todesfälle werden immer erst zeitverzögert sichtbar.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 210.402 (+509), davon 9.148 (4,4%) Todesfälle (+7), Inzidenz 253/100.000 Einw., ca. 193.500 Genesene, Reff=1,09; 7T Reff=1,00 ○ Durch eine Fehl-Stornierung des LK Ennepe-Ruhr sind gestern 145 Fälle nicht in die Fallzahl eingegangen, die vorher aber vorlagen. Heute sind sie wieder dazugerechnet. Die heutige Anzahl der Neuinfektionen beträgt ohne diesen Faktor 364 Erkrankungsfälle und 1 Todesfall. ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fälle aus BW und Sachsen noch nicht in Statistik, da keine Übermittlung am Wochenende ○ Nowcasting 	<p>FG32</p> <p>FG35/ FG36</p>
--	---	-------------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ leichter Rückgang beim R-Wert ▪ relativ stabil über 1 ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ in vielen BL Wiederanstieg ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ > 50: LK Dingolfing-Landau ▪ > 25: SK Offenbach, LK Dithmarschen, LK Kleve ▪ 78 LK haben keine Fälle übermittelt (Anzahl LK ohne Fälle geht zurück) ○ Landkreise mit höchsten Fallzahlen in letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ die meisten Fälle in Essen, Düsseldorf, Hamburg Duisburg, München ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Dithmarschen: heterogen, Reiserückkehrer aus verschiedenen Gebieten; strengere Kontaktbeschränkungen wieder eingeführt ▪ LK Kleve: Hochzeitsfeier, viele Personen in Quarantäne ▪ SK Herne: keine Verschärfung der Maßnahmen ▪ LK Dingolfing-Landau: Gemüsehof, umfangreiche Testungen ○ Ausbrüche nach Setting <ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwierigkeit: Ausbrüche werden in den GA sehr kleinteilig verzeichnet ▪ viele Ausbrüche in privaten HH und Pflegeheimen <p>! Rolle von Gottesdiensten in der Pandemie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gottesdienste spielen in der Pandemie auch international eine Rolle: <ul style="list-style-type: none"> ▪ großer Ausbruch in Ostfrankreich: großes Treffen einer Pfingstgemeinde mit Teilnehmern aus vielen verschiedenen Gegenden Frankreichs 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kirchen(-assoziierte) Ausbrüche in USA ▪ Ausbrüche in Deutschland: in evangelischen Freikirchen und Pfingstgemeinden in Bremerhaven, Neukölln, Stuttgart, Sinsheim, Gütersloh,... ○ Begünstigung von Übertragungen in Kirchen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nicht-Einhaltung von AHA-Regeln; Gesang; Priester mit vielen Kontakten als Indexfall; große Teilnehmerzahl, gewollte Nähe; lange Gottesdienste und häufige andere kirchliche Events; Räume mit geringem Luftvolumen ○ Begünstigung überregionaler Ausbreitung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seltenheit der spezifischen Gemeinschaft in der Fläche, was zu weiten Reisen der Teilnehmer und Priester führt; missionierende Tätigkeiten; große Haushalte (Sekundärübertragung) ○ Begünstigung später Ausbruchsentdeckung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ eher Abschottung der Gemeindemitglieder von Allgemeinbevölkerung (sprachlich und/oder religiös motiviert) ○ Pfingstkirchen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine staatlichen Kirchen, viel Gesang, lange Gottesdienste, Hauskreise spielen eine Rolle, zunehmende Verbreitung vor allem in ehem. „Entwicklungsländern“ -> langes Zusammensein in engen Räumen ○ BZgA warnt vor einer Generalisierung. Es sollten die Gewohnheiten analysiert werden, die zur Verbreitung führen und daraus Risikofaktoren abstrahiert werden. Diese Botschaft sollte an die Allgemeinbevölkerung gebracht werden. ○ Lässt sich eine Zahl Personen pro Fläche ermitteln, die das Risiko stark erhöht (Gruppengröße, Fläche, Zeitdauer der Kontaktexposition)? Kommt auf die Kombination der Risikofaktoren an, deshalb schwierig Schwellenwerte zu definieren. ○ Wenn ein Ereignis ein Superspreading Event ist, sollte die Anzahl Personen nur so groß sein, dass KoNa bei Ausbrüchen noch realisierbar ist. ○ Unterschied offizielle Treffen und private Zusammenkünfte, Risikowahrnehmung ist bei privaten Treffen viel geringer. ○ Zusammenhänge sind komplex, wann findet Infektion statt, während des Gottesdienstes, bei Zusammenkünften 	FG36
--	---	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>danach?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Telefonat mit einem Pastor vom Bund deutscher Baptisten: Glaube spielt eine Rolle („Gott schützt“). Dies muss kommunikativ anders angegangen werden als nur durch Grenzwerte in Räumen. ○ Bisherige Untersuchungen sprechen für die Nicht-Einhaltung der AHA-Regeln als Hauptrisikofaktor. Es gibt Evidenz dafür, dass die Mehrzahl der Fälle sich durch Tröpfcheninfektion angesteckt hat. ○ Bias, je genauer recherchiert wird, desto eher ist eine Ansteckung nicht auf Aerosole oder die Klimaanlage zurückzuführen, sondern auf Tröpfchen. Dies ist aber aufwendiger zu ermitteln. Es wäre gut zur Evidenz beizutragen. <p><i>ToDo: Abt. 3 soll eruieren, ob sich belegen lässt, dass bei genauerer Anamnese eher Tröpfcheninfektion in Frage kommt.</i></p> <p>! Corona-KiTa-Studie (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Unter welchen Bedingungen sind Öffnungen von Kitas und Schulen möglich? RKI Modul 3 (FG36: Auswertung von Meldedaten und der syndromischen Surveillance) und Modul 4 (Abt.2) ○ Inzidenz und Anteil: Zahlen bei ab 6 Jährigen steigen eher an und gehen bei 0-5 Jährigen eher zurück. ○ Betreuung in einer Einrichtung: schwierig auszuwerten ○ Ausbrüche in Kindergärten/Horte: Anzahl Fälle 15 Jahre und älter ist ziemlich groß, betroffene Betreuer scheinen eine große Rolle zu spielen sowie 0-5 Jährige ○ Ausbrüche in Schulen: deutlich mehr Lehrende betroffen; spricht dafür, dass ein Großteil eher von privaten HH in Schulen und Kitas getragen wird und nicht umgekehrt. ○ Liegen Daten zur Positivenrate bei Kindern und Lehrern vor? Die Positivenrate ist für alle Altersgruppen sehr niedrig. Eine Differenzierung nach Berufsgruppe ist nicht möglich, weder im Meldewesen noch bei ARS. Solche Auswertungen (COVID-Diagnose nach Berufsgruppen) führt z.B. der Dachverband BBK durch. ○ Es gibt Ausbrüche in Schulen und Kitas. Auch in Schulen sind Grundregeln einzuhalten. Es gibt keinen Anlass dafür, 	
--	--	--

	dass in Schulen von den AHA-Regeln abgesehen werden kann. Jedoch muss der Meinung, dass Schulen und Kinder Superspreeder sind, entgegengetreten werden. Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen muss dagegen mehr Überzeugungsarbeit geleistet werden.	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Prozess der Etablierung eines Symptom-Checkers ist nahezu abgeschlossen, muss noch auf den Internetseiten integriert werden. Personen können Symptome eingeben und bekommen dann Anweisungen, wie sie sich verhalten sollen. ! Datenspende: mit Fieber assoziierte Erkrankungen scheinen erkennbar zu sein ! CWA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hotline muss noch am RKI etabliert werden, es besteht Bereitschaft für 1-2 Wochen Bürgerfragen zu beantworten. ○ Evaluation der App soll kostensparend verwirklicht werden. Eine Projektstruktur, die bis Mai 2021 trägt, muss erarbeitet werden. ○ An einer Beseitigung der Mängel bei der Laboranbindung und einer besseren Einbindung der GA wird unter Hochdruck gearbeitet. ○ SAP und Telekom haben sich mit ihren Plänen Richtung Europa gewandt. Es gibt ähnliche Systeme in Europa und von der EU Kommission gibt es den Wunsch nach einer Plattform für das gesamte europäische System. 	FG21
4	Aktuelle Risikobewertung ! Nicht besprochen	
5	Kommunikation BZgA ! Rückmeldungen aus der Bevölkerung: Es gibt eine große Unkenntnis des Systems und große Unsicherheiten z.B. dazu, wie sich der Rest der Familie verhalten soll, wenn ein Kind getestet wurde und auf das Ergebnis wartet. ! Reiserückkehrer: <ul style="list-style-type: none"> ○ Werden nicht künstlich Hotspots generiert, wenn mehrere 100 Menschen in einer Warteschlange stehen? ○ Wenn der Wunsch besteht, sich nach der Rückkehr aus einem Nicht-Risikogebieten testen zu lassen, ist es nicht immer einfach eine Anlaufstelle zu finden. Sollte hier nicht nochmal auf den ärztlichen Bereitschaftsdienst (Telefon 116117) zugegangen werden. ! Es wäre sehr im Sinne der für Flughäfen verantwortlichen GA, in	BZgA



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>der Fläche zu testen und nicht nur auf Flughäfen. Eine Testung sollte möglichst innerhalb von 72 h nach Ankunft stattfinden, bis dahin Quarantäne zu Hause. Am Flughafen würde dann nur Infomaterial zur Verfügung gestellt werden. Hierzu gibt es keine Einigkeit auf politischer Ebene und kein Mitziehen der KVen (regional sehr unterschiedliche Handhabung, Länderangelegenheit).</p> <p>! Diese Punkte sollen gesammelt und in der AG Diagnostik zur Sprache gebracht werden (nächste Sitzung Mitte August).</p> <p><i>ToDo: Hr. Mielke wird Mail mit Bitte um Ausnahme dieses Punktes formulieren.</i></p> <p>! Eine leichtere Zugänglichkeit von Teststellen soll parallel in der AGI thematisiert werden. Es gibt eine Linksammlung mit einer Übersicht über Möglichkeiten zur Testung.</p> <p>Presse</p> <p>! FAQ zur Einordnung eines negativen Testergebnisses ist geplant. In den Hinweisen zur Testung, die im Laufe des heutigen Tages publiziert werden sollen, wurde hierzu etwas formuliert. Dieses Papiers wird für die allgemeinverständliche Aufbereitung an die Presse weitergegeben.</p> <p>! Vorschlag: Die Sprachregelung vom 24.07 (Information zu gestiegenen Fallzahlen) soll von der Internetseite genommen werden. Problem: Im Situationsbericht wird auf Stellungnahme vom 24.07 verwiesen. Diese könnte von der COVID-Übersichtsseite genommen, aber im Link belassen werden. Eigentlich findet jedoch bereits eine gute Einordnung im Lagebericht statt.</p>	<p>Abt.1</p> <p>FG32</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Risikogebiete stehen immer mehr in der öffentlichen Debatte, es gibt Ideen einer täglichen Ausweisung der Risikogebiete auch auf regionaler Ebene. Die internationale Lage soll engmaschig kontrolliert werden, damit soll verhindert werden, dass eine tägliche Inzidenzausweisung gefordert wird.</p> <p>! Deshalb würde Hr. Beyer gerne bei den Krisenstabssitzungen beim Punkt „Internationales“ teilnehmen. BMG möchte Signale auffangen und würde sich, falls erforderlich um weitere Daten bemühen.</p> <p>! Eine weitere Möglichkeit wäre stattdessen am täglichen round table von ZIG teilzunehmen.</p> <p>! In welcher Frequenz und Detailtiefe die epidemiologische</p>	<p>BMG-Liaison</p>

	<p>Situation im Ausland betrachtet werden kann, muss in ZIG noch besprochen werden, zu viel Detailtiefe ist epidemiologisch nicht sinnvoll. Die Daten (7-Tages Inzidenzen) werden von der WHO Euro in Auflösung NUTS 2 zur Verfügung gestellt. Es wird nicht auf nationalen Seiten nach Zahlen gesucht. Dieses Screening wird täglich durchgeführt, auch weltweit aber auch nicht in dergleichen Tiefe.</p> <p>! Die Anordnung der Pflichttestung wird nach §36 oder § 5 IfSG erfolgen. Ist noch nicht klar. Die Anordnung soll frühestens nächsten Freitag im Bundesanzeiger veröffentlicht werden. Ist das den Länder bekannt?</p> <p>! Inwieweit war RKI in Arbeitsschutzstandards des BMAS miteingebunden? Bitte direkt mit Fr. Sasse besprechen.</p>	
<p>7</p>	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <p>! „Coronavirus in the Air“, Nature, 23 July 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ auf Mittwoch verschoben <p>! SARS-CoV-2 Genomdiversität (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 70.000 Genome wurden zwischenzeitlich sequenziert. ○ Genom ist mit 30 kb ziemlich groß. Evolutionsrate ist relativ langsam (gute Nachrichten). ○ Größe des Spike Gens, für Bindung verantwortlich, fällt auf. Vor allem Bindung an ACE-2 Rezeptor wichtig. Einfaches Target für neutralisierende Antikörper. ○ Mutationen im Spike wurden analysiert, D614G ist häufigste Mutation (71%). ○ G614 ist in fast allen infizierten Populationen dominant geworden, auch dort, wo initial D614 vorherrschte. Trend hat sich global vollzogen. Auch in Deutschland ist das die Mutation, die sich durchgesetzt hat. ○ G614 ist mit niedrigeren Ct-Werten verbunden und mit höherer Viruslast assoziiert, aber nicht mit einer schwereren Erkrankung. ○ G614 könnte den Spike stabilisieren, könnte Zeichen sein, 	<p>FG17</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>dass sich Virus an Wirt anpasst.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Keine Unterschiede bei Neutralisierung. ○ Ist ein Escape vor neutralisierenden Antikörpern möglich? Inwieweit kann es zu Escape Mutanten kommen? Resistente Spike-Mutanten kommen in niedriger Frequenz in der Natur vor. ○ Inwieweit lassen sich die Viren neutralisieren? Durch den Einsatz von AK-Kombinationen konnte die Antikörper-Resistenz vollständig überwunden werden. -> Gute Voraussetzung für Therapie und Impfstoff, so schnell sind keine Escape Mutanten zu erwarten. ○ Die G614 Mutante hat sich durchgesetzt, da sie Replikationsvorteile hat, damit verbunden ist keine höhere Virulenz. ○ Die Ganselt-Variante wurde verdrängt, ○ Man kann analysieren, ob es in einer Klinik verschiedene Einträge gibt. ○ Kann eine Reinfektion mit einem neuen Virus von einer Exazerbation einer perzipierenden Infektion unterschieden werden? Könnte nachgewiesen werden, wenn in einem Patienten beide Gruppen nachweisbar wären. <p>! CORONA-Monitoring lokal -Erste Ergebnisse für die Gemeinde Kupferzell im Landkreis Hohenlohe (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Als eine von 4 Studien geplant: Kupferzell (20.05.-09.06.), Bad Feilnbach (23.06.-04.07.), SK Straubing (ab 08.09), ab Oktober eine weitere Gemeinde/Stadt ○ Studienziele: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bestimmung des Anteils der Bevölkerung in besonders betroffenen Gemeinden, der schon Kontakt mit Virus hatte; Anteil akut Infizierter und derer, die die Infektion schon durchgemacht haben ▪ asymptomatische Verläufe und des Dunkelzifferfaktors ▪ Antikörperstatus, klinische Verläufe, Spätfolgen ▪ Rahmenbedingungen der Gemeinden und Maßnahmen 	Abt.2
--	--	-------

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Studiendesign: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ca. 2.000 Teilnehmer pro Ort (18 Jahre und älter), repräsentative Einwohnermeldeamtsstichproben ▪ PCR Rachenabstrich, Blutproben für Antikörpertestung ▪ Neutralisationstests am NRZ für Coronaviren ▪ Kurzbefragung und längere Nachbefragung, ca. 2-3 Wochen später, ▪ Studienzentren: Untersuchungsbusse, angemietete Räume, Hausbesuche ▪ Wiederholte Querschnittsuntersuchungen und längsschnittliches Weiterverfolgen sind möglich. ○ Erste Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stichprobe 2.203 Personen ab 18 Jahre, Response: 62%, in höheren Altersgruppen bis 80% ▪ Prävalenz: 13,1% grenzwertige Befunde eingeschlossen; 11,3% positive AK-Befunde; mit positiven NT-Befund: 7,6%, die weiteren Ergebnisse beziehen sich auf diesen korrigierten Befund ▪ Seroprävalenz nach Alter und Geschlecht: häufiger positiver Befund bei Frauen (nicht signifikant), häufiger positive Befunde bei Älteren (signifikant) ▪ Anteil asymptomatischer Verläufen: 16,8%, deutlich höherer Anteil bei Älteren ▪ Anteil an Personen mit diagnostizierter SARS-CoV-2-Infektion und negativem Antikörpertest: 28,3% ○ Vergleich der vorliegenden Studien: Kupferzell, Gangelt, Neustadt, Ischgl (nur für groben Eindruck, Ergebnisse nicht vergleichbar): <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reaktiver AK-Befund mit 42,4% in Ischgl am höchsten, Gangelt: 14,1%, Neustadt 8,4%; Dunkelzifferfaktor in Kuperzell bei 4, in Gangelt bei 5 und Ischgl bei 6-7 ○ Nächste Schritte: 5.8. Ergebnisbericht für BMG; 14.08. Präsentation in Kupferzell; 25.08. Ergebnispräsentation in Bad Feilnbach; 08.09. Studienstart in Straubing, Oktober Studienstart im vierten Ort und virtuelles Vernetzungstreffen ○ Darstellung aller Studien zu diesem Thema auf RKI-Webseite 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Rate der Asymptomatischen ist bemerkenswert, weil durch viele Darstellungen in der Presse der Eindruck entstanden ist, dass dieser Anteil sehr viel höher ist. ○ Was waren die häufigsten Symptome? Austausch mit Kollegen und differenziertere Analysen sind geplant. Ergebnisse liegen erst seit Freitag vor. ○ 28% der in der Vergangenheit PCR positiv Getesteten haben keine Serokonversion oder sind schon wieder negativ (?) (in Studie selbst kein positiver PCR-Test). Dies ist in Hinblick auf Pathogenese und eine mögliche Virämie ein Befund, der gut diskutiert werden sollte. Welche Subpopulation bildet keine Antikörper? ○ Inwieweit spielen Asymptomatische bei der Übertragung eine Rolle, bekommen die GA diese Information? Abt. 2 steht in engem Kontakt mit GA in Kupferzell. ○ In Darstellung sollte noch Inzidenz, Letalität und zeitlicher Peak aus dem Meldewesen ergänzt werden. 	
9	Informationen zu Arbeitsschutz ! Nicht besprochen	IBBS
10	Labordiagnostik ! ZBS1 <ul style="list-style-type: none"> ○ In der letzten Woche gingen 547 Proben ein, davon wurden 91 (16,6%) positiv auf SARS-CoV-2 getestet. ! Virologische Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ○ Sehr hoher Anteil von Rhinoviren, bisher keine anderen Viren. 	ZBS1 FG17
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Wird am Mittwoch besprochen	
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Stand Aerosolepapier mit UBA <ul style="list-style-type: none"> ○ Es fand ein Expertengespräch mit Teilnehmern aus Bundesministerien und Einzelexperten statt. Aufhänger waren die Ausbrüche in Fleischzerlegebetrieben, außerdem wurde freies Lüften thematisiert. ○ Ergebnis: Eine RLT-Anlage ist das Beste um eine Aerosolausbreitung zu verhindern. Mobile Luftreiniger sind in der Regel nicht erforderlich und nur sinnvoll, wenn sie fachmännisch aufgebaut werden. Bei einer UV-Desinfektion der Luft muss diese trotzdem gefiltert werden. Bei Fensterlüftung ist eine CO2 Messung (CO2-Ampel) durchaus 	FG14

	<p>geeignet um anzuzeigen, wann gelüftet werden muss.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ UBA wird hierzu Mitte August ein umfassendes Papier veröffentlichen. FG14 sieht FF im UBA und möchte hierfür Unterstützung anbieten, also kein eigenes Papier verfassen. ○ Stattdessen soll eigene FAQ erstellt werden und auf das Dokument verwiesen werden. Die Empfehlungen des UBA sind deckungsgleich mit den RKI Empfehlungen. FG36 hat schon einen Text zugeliefert, dieser soll berücksichtigt werden. ○ Deutsche Gesundheitsseite mit den meisten Klicks ist im Moment die RKI-Seite, deshalb wären praktische Empfehlungen hier sehr sinnvoll. ○ Fr. Brunke hat Übersicht mit allen RKI-Dokumenten zur Lüftung erstellt, wird im Krisenstab zirkuliert. 	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Inwieweit ist die Meldung negativer Befunde bereits umgesetzt? Roll out läuft, ein großer Anteil der GA, ein kleinerer Anteil der Labore ist eingebunden, noch nicht in großen Umfang umgesetzt.</p>	FG32
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
16	<p>Wichtige Termine</p> <p>!</p>	Alle
17	<p>Andere Themen</p> <p>! Nächste Sitzung: Mittwoch, 05.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	