



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	02.09.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Ralf Dürrwald
- ! FG 24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Silke Buda
 - Walter Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
 - Sandra Beermann
- ! ZIG (INIG)
 - Eugenia Romo Ventura

- ! ZBS1
 - Eva Krause
- ! MF3
 - Nancy Erickson (Protokoll)



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 25.509.135 Fälle gemeldet (Stand: 01.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Indien, vereinigte Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, Spanien, Peru, Frankreich, Mexiko, Russ. Föderation ! 40 Länder/Territorien mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 Ew.: neu: Französisch Polynesien, Belize, Brit. Jungferninseln, Honduras, Montenegro, San Marino, Monaco; nicht mehr gelistet: Kosovo, Färöer Inseln, Luxemburg ! Zusammenfassung der Europäischen Subregionen: Subregionen in der EU/EEA/UK-Region plus Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Schweiz, Serbien mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 EW; Länder: Albanien (1), Andorra, Belgien (1), Bosnien und Herzegowina (6), Frankreich (3), Kosovo, Kroatien (7), Montenegro, Nordmazedonien (2), Rumänien (11), Schweiz (2), Spanien (18), Tschechische Republik(1), Vereinigtes Königreich (1) (Datenstand 01.09.2020) <p>National</p> <p>Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 1.256 neue Fälle und +11 Verstorbene im Vergleich zum Vortag; insgesamt ist der Anteil Verstorbenen rückläufig ! R-Wert und 7-Tage-R unter 1 ! ITS im Vergleich zu den Vorwochen weiterhin um die 250 Fälle (aktuell 235) ! 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer: seit in etwa dem 22.08.2020 zeichnet sich eine gewissen Umkehr ab – leichte Rückläufigkeit in nahezu allen BuLä ! Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz: kein LK mit 7-Tages-Inzidenz >50-100 Fälle/100.000 Einw.; 12 LK mit 7-Tages-Inzidenz >25-50 Fälle/100.000 Einw. (davon ausschl. LK Trier-Saarburg > 40 und 4 weitere LK > 30 Fälle/100.000 Einw.) 	<p>ZIG1</p> <p>FG32 FG36</p>

	<p>! Im Wochenvergleich KW 34 und KW45: in mehr als 50 % der BuLä rückläufige Inzidenz</p> <p>! Anteil der Altersgruppen an Hospitalisierten: rote Linie = Gesamtzahl; Höchststand in KW 14, dann rückläufig und ab ca. KW 22 in etwa konstant</p> <p>! Anteil Hospitalisierter je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: rückläufiger Trend KW34/35 aufgrund des Zeitverzuges der Diagnosestellung mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt recht konstant</p> <p>! Anteil der Altersgruppen der Verstorbenen über die Zeit (nach Meldewoche): insgesamt größter Anteil bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen, jedoch gewisse Veränderung des Anteils jüngerer Altersgruppen über die Zeit zu verzeichnen</p> <p>! Anteil Verstorbenen je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: Anteil der Altersgruppe der über 80-Jährigen von 35 % auf derzeit unter 10 % zurückgegangen, ähnlicher Trend bei der Altersgruppe der 60- bis 79-Jährigen</p> <p>! Deutlicher Hinweis, dass sich der Anteil an Verstorbenen über die Zeit verändert hat, Rückläufigkeit sehr interessant:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vermehrte Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird ○ Dezierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme ○ Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, Hospitalisierung j/n, Geburtskohorten ○ Dezierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant ○ Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstorbenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe ○ Gesamtbetrachtung nötig <p><i>To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung</i></p> <p>! 7-Tages-Inzidenz von COVID-19 in Abhängigkeit vom Ende</p>	
--	---	--



	<p>der Ferien (Folie hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hochrelevant und höchstwahrscheinlich Gegenstand zukünftiger Kommunikation/Diskussion ○ Folie „Ferienende/Schulstart“ kommunikatorisch möglichst neutral fassen: „wird weiter beobachtet“ bzw. hinsichtlich Reiserückkehrer: „diese haben im Zusammenhang mit dem Reiseende zu keinem wesentlichen Anstieg der Inzidenz in Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt beigetragen“ ○ Cave: sehr vorsichtige und zurückhaltende Interpretation nötig, bestenfalls ausschließlich hinsichtlich der Reiserückkehrer formulieren, zumal zeitlicher Verzug der Meldedaten wahrscheinlich ○ Wäre auch für das BMG in abgerundeter Narrative von Interesse <p><i>To do: Einbettung in den Lagebericht gewünscht</i></p> <p>Laborbasierte Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anzahl Testungen pro 100.00 Ew. nach Altersgruppe und KW: Mutmaßlich sinkende Mortalität innerhalb der Altersgruppe der über 80-Jährigen (s.o.) muss an anderem Setting liegen, da Anzahl an Testungen seit mehreren Wochen nahezu konstant ! Ursache sollte, auch im internationalen Vergleich, eruiert werden ! Mittlere Altersgruppen insgesamt Zunahme an Tests, ebenfalls an Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit sichtbar ! Anzahl Pers. mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Ew. nach Altersgruppe und KW: alle Altersgruppen rel. ähnlich, Altersgruppe der 15- bis 14-Jährigen um 34. KW erhöht und nachfolgender Abnahme (ggf. durch Reisetätigkeit - hierzu Abgleich mit anderen Datensätzen nötig) ! Testverzug: relativ stabil, Zunahme der Vorwoche wird sich höchstwahrscheinlich aufgrund der Datenübermittlungszeit nivellieren ! Cave: die verschiedenen Eingriffe von Entscheidungsträgern auf die Auswahl der zu testenden Personenkreise erschwert die Interpretation <p><i>To do: Bitte an Herrn Eckmanns um Bereitstellung einer Datentabelle</i></p>	
--	--	--

zu Positivraten nach Altersgruppe für die AG Diagnostik zur Justierung von Teststrategien.

Syndromische Surveillance (Folien [hier](#))

- ! Grippeweb: bevölkerungsbasierte ARE-Raten ansteigend bis 35. KW (noch im Rahmen der Vorjahres vergleichbar, bei Kindern jedoch auffällig);
- ! Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen, bis zur 35. KW: von KW 13/14 bis KW 23 „Allzeittief“, Anstieg bis zur KW 29, konsekutive Ab- und derzeit erneute Zunahme;
- ! Konsultationsinzidenz nach Altersgruppe und BuLä:
 - Bayern, BaWü: niedrige ARE-Raten
 - Berlin/BB: starker Anstieg in Vorwoche, derzeit wieder absteigend
 - NRW: Anstieg unabhängig der Ferien
- ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle:
 - Covid19 spielt für Aktivität als Einzelerreger in der Bevölkerung keine Rolle (hier bei ca. 1 %; unter den SARI-Fällen (=hospitalisiert) konstant unter 3 %)
 - Nutzung als sensitives Instrument der zeitnahen Erfassung, wann Covid19 hier eine entscheidende Rolle spielt, möglich?
 - 2 Faktoren:
 - Syndromisch meldende Praxen (Zunahme ihrer Anzahl = Abnahme der Unsicherheit, die mit der Berechnung der Konsultationsinzidenz einhergeht)
 - Virologische Surveillance (derzeit ca. 100 Praxen, Stichprobennahme muss geographisch, technisch und der Fachrichtung der Praxen entsprechend repräsentativ korrekt gewählt werden)
 - Sentinelvorgehen gern ausweitbar, BMG hat Unterstützung bereits zugesagt, ITZ Bund Priorisierung derzeit zur Klärung

Falldefinitionen und Testzahlen, Anfrage von Prof. Krüger (u.a. Wiss.



	<p>Beirat PEI) (Kommunikation hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Derzeitige Ausdrucksweise in Kommunikation mit der Öffentlichkeit scheinbar missverständlich bis zu abstrakt ! Kernaspekte des derzeitigen öffentlichen Interesses: 1. Sind die erhöhten Fallzahlen durch vermehrte Tests bedingt? (Erläuterung Testzahlen hier) 2. Sinkt die Todesrate pro gemeldeter Fälle? (FAQ dazu von Presse geplant) ! Einfache Botschaft an prominenter Stelle nötig ! Lagebericht kann technisch bleiben, aber Trendwenden oder Kernpunkte des öffentlichen/pressetechnischen Interesses sollten im Lagebericht auf der zweiten Seite („Allgemeine Situation“) in verständlicher und ausführlicher Weise angeführt und als vereinfachte Sprachregelung auf der Website veröffentlicht werden <p><i>To do: Mirjam Jenny (P1) und Abt. 3 (jew. Lageberichtsautor*innen) schließen sich dazu kurz, Implementierung erst ab nächster Woche</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ! Begrifflichkeit und Falldefinition „Covid-19 Erkrankung versus Infektion“ – klare begriffliche Trennung hinsichtlich Allgemeinverständlichkeit nötig, Falldefinition gibt Anlass zum Missverständnis ! Cave: Falldefinition selbst sollte ggf. nicht geändert werden <p><i>To do: Als TOP einer der nächsten Sitzungen</i></p>	
<p>2</p>	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
<p>3</p>	<p>Update digitale Projekte (nur diese Woche am Mittwoch)</p> <p>Anbindung der CoronaWarnApp an die Labore (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Problematik mit QR Code: Nutzer installiert Warnapp, kann positives Testergebnis eingeben, wird durch QR Code oder Verifikationshotline via Tele-TAN verifiziert, dann entscheidet Nutzer aktiv, ob Ergebnis an Personen innerhalb der Risiko-Definition mitgeteilt werden darf (im Sinne der Mitteilung „Risikobegegnung erfolgt“) ! Risikoermittlung: niedrig (keine Begegnung), niedrig mit Risikobegegnung (die aber nicht als erhöhtes Risiko eingeschätzt wird - Abstand zu groß oder zeitlich zu kurz), hoch (längerer Kontakt, kurze Distanz; nur hier Textempfehlung zum weiteren Vorgehen) ! Laboranbindung: Muster geht ans Labor, QR Code zum Nutzer ! Labor gibt nicht-personenbezogene Daten auf Server ein ! Abgleich mit App (wenn Lab nicht angeschlossen ! App-Nutzer 	<p>Beermann/ Schmich</p>

	<p>muss via Hotline Tele-TAN erbitten); Arzt muss vor Probenahme Einverständnis von Patienten zur elektron. Übermittlung über WarnApp einholen;</p> <p>! Problematiken:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Angeschlossene Labore <ul style="list-style-type: none"> ○ Priorisierung auf niedergelassene Labore; Krankenhäuser und Unikliniken noch kaum angeschlossen ○ 183 Labore für SARS-CoV-2-Testungen ○ 120 Labore sind technisch angeschlossen ○ 70 % der Testkapazitäten in D ○ 103 Labore E2E (end 2 end), Eurofins ist nicht angeschlossen ! Häufigste Fehlerquellen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Labore sind nicht an CWA angebunden ○ Verwechslung mit anderen Labor-Apps ○ Änderung der CWA-Funktion ○ Verifikation positiver Ergebnisse vs. personalisierte Befundmitteilung ! Häufigste Fehlerquellen Muster 10C, Muster ÖGD <ul style="list-style-type: none"> ○ Dokument wurde kopiert und für mehrere Nutzer verwendet ○ Der individuelle Abschnitt wird den Nutzern nicht ausgehändigt ○ Einverständniserklärung fehlt ○ Kontaktdaten nicht leserlich ○ QR-Code wurde in sehr schlechter Qualität gedruckt ○ Verwechslungsgefahr: <ul style="list-style-type: none"> ▪ QR-Code kann auch von anderen Apps genutzt werden, die mit anderen Laboren verbunden sind ▪ Eigene Laborcodes werden ausgegeben ! Häufigste Nutzungsfehler: QR-Code wird vorzeitig gelöscht oder mehrfach eingescannt ! Lösungsansätze: <ul style="list-style-type: none"> ○ Diskussion über Veröffentlichung einer Liste mit allen an die CWA angeschlossenen Laboren ○ Texte in der App werden überarbeitet (z.B. Fehlerhinweise, Anleitung für QR-Codes) ○ Information an Teststellen und Hausärzte zum richtigen Umgang mit Muster 10C ○ Einbeziehung und Sensibilisierung der GÄ durch die AG Infektionsschutz ○ BMG und RKI haben eine Liste mit Kontaktadressen für Teststellen an Grenzübergängen und Flughäfen erstellt, um Rückfragen aus der Bevölkerung besser beantworten zu können ○ Priorisierung der Laboranbindung bei Grenzübergängen und Flughäfen 	
--	---	--



<p>4</p>	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Deeskalierendes Wording im Lagebericht angepasst an die aktuelle Situation – und daran angeschlossen angepasst an die Risikobewertung ! Da Fallzahlen derzeit stabil soll wording entsprechend angepasst werden <p><i>To do: Vorschlag dazu soll im Anschluss im Krisenstab-Verteiler verschickt werden (Vorschlag hier: „muss weiter intensiv beobachtet werden“)</i></p>	<p>alle</p>
<p>5</p>	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>Bundesgesundheitsblatt: Themenheft "Erkennen, bewerten, handeln – die Reaktion des ÖGD auf COVID-19"</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Neu eingestellt und downloadbar: grafische Aufbereitung „Einreisen aus Risikogebiet <i>versus</i> aus Nicht-Risikogebiet“ (Anpassung am 15.09./ 01.10. nötig) ! Bei terminologischer Unschärfe - Vorschlag: an entsprechenden Stellen aufeinander verlinken ! Rückmeldung aus Telefonberatung: große Verunsicherung zum Umgang mit Infektanzeichen (Erkältungssymptome) ! Fieber als Einschätzungsparameter: wird in Schulen sehr unterschiedlich gehandhabt (Temperaturprotokoll, Risiko der Falschpositivität), Papier und Links werden an LageAG gesendet <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Englischsprachige Website zu COVID-19 im Aufbau ! Begrifflichkeiten „Isolierung“ (von Erkrankten) versus „Quarantäne“ (von Kontaktpersonen) werden weiterhin vermischt <p><i>To do: Bitte an Presse um ersten Aufschlag hinsichtlich einer Erklärung Isolierung versus Quarantäne</i></p> <p>Allgemein</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Antigen-Test als Vortest: prinzipiell denkbar in Abhängigkeit des Testmaterials, der Verwendung (als Screening?), Warnung vor Empfehlung von Tests unklarer Spezifität, bleibt zur 	<p>BZgA Presse Bremer/ Schaade</p>

	<p>Diskussion</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute und Montag Telefonkonferenzen mit BMG und BfArM geplant ○ Klares Signal von Länderseite zur differenzierten Umsetzung nötig aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Praxen (Pädiatrie weitaus höhere Anzahl potentiell infektiöser Patienten als Internisten bspw.) ○ Ggf. Zusammenarbeit mit KBV/KV hinsichtlich gemeinsamer Lösung / Empfehlung denkbar? ○ Wird bei Tagung der beim BMG diesbezüglich angesiedelten AG am Donnerstag thematisiert <p>! Bundesgesundheitsblatt - Konzept wurde weitgehend zugestimmt</p> <p>! Vorschläge zu Verbesserungen wurden eingereicht</p> <p>! Artikel zu Schulen oder zu Deutschland im internationalen Vergleich mit Einreichungs-Deadline 01.10. sehr willkommen</p>	
<p>6</p>	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>BMG-Liaison</p>
<p>7</p>	<p>Strategie Fragen</p> <p>Allgemein</p> <p>Diskussion zur Verkürzung der Quarantänezeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Bereits thematisiert in EU Ministerkonferenz und ECDC ! Ohne Test Quarantänezeit nicht verkürzbar, im Rahmen von Contacttracing ggf. auf 10 Tage verkürzbar ! Bericht auf Basis der Arbeit von Herrn von Kleist und Kolleg*innen wird dazu verfasst ! Cave: Compliance sollte berücksichtigt werden ! Erlass muss noch bearbeitet werden ! Diskussion wird vertagt <p>RKI-intern</p> <p>Strategiepapier „COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten“ (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wurde im Krisenstab vormittags in aktueller Version (in Positionierung erneut angepasst) verbreitet ! Zur Vorlage bei Herrn Wieler am Montag ! Ggf. bei Bedarf Diskussion der Zielstellung am Freitag (ggf. inkl. ppt in Abhängigkeit des Umfangs der Änderungsvorschläge) 	<p>Hanefeld</p>



	<i>To do: Bitte von Frau Hanefeld an den Krisenstab um Durchsicht hinsichtlich der jeweiligen Expertise und Signal bis Donnerstag hinsichtlich zu überarbeitender Punkte</i>	
8	Dokumente <ul style="list-style-type: none"> ! Dokument „Marginalisierte Gruppen“ finalisiert ! Wurde BMG bereits vorgelegt, Rückmeldung dazu ausstehend ! Erneute Zusendung an das BMG in finalisierter Form zur Kenntnisnahme („Veröffentlichung heute in nochmals überarbeiteter Form auf der Website“) 	
9	Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW nicht besprochen 	FG37
10	Labordiagnostik <ul style="list-style-type: none"> ! Weiterhin ca. 10 Einsendungen pro Tag ! Davon 70 bis 80 % positiv auf Rhinoviren ! Andere respiratorische Viren unterhalb der Nachweisgrenze 	FG17/ZBS1
11	Klinisches Management/Entlassungsmanagement <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	FG36/IBBS
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
13	Surveillance <ul style="list-style-type: none"> ! DEMIS – Versand von falsch positiven Daten an Gesundheitsämter seitens Labor (Häkchen bei „positiv“, jedoch aus Meldung selbst ersichtlich, dass „negativ“) ! Übermittlung dieser Daten als sicherheitsrelevanter Vorfall deklariert (kein Versand von Negativdaten an Gesundheitsamt laut IfSG) ! Falsch positive Daten sind jedoch derzeit höchstwahrscheinlich nicht in der Statistik erfasst ! Labor bereits gesperrt ! Derzeit Erhebung der genauen Faktenlage ! Presse soll informiert werden, Bitte dazu um Sprachregelung, wenn Faktenlage ausreichend eruiert 	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) <ul style="list-style-type: none"> ! Aussteigekarte – Amtshilfe durch RKI-Beauftragung der Deutschen Post: Scanlösung bei der Post durch BMG angestrebt, Amtshilfe erbeten, RKI hierbei lediglich als Mittler, Auftrag soll per Mail rausgeschickt werden 	FG32
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)	

	! Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine ! Nicht besprochen	alle
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 04.09.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero	