



## 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 zugrundliegender 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 Altergruppen 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>! Synopse 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	