



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	28.10.2020, 11-13 Uhr
Sitzungsort:	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>Aktuelle Lage International</p> <p>Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 43,6 Mio Fälle, 1,1 Mio Verstorbene (2,7%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ USA an erster Stelle, alle Länder steigender Trend außer Indien ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ Statt 77 Ländern am Montag heute 81 Länder > 50; neu: Kanada, Malediven, Aserbaidshan und Serbien ○ EU/EWR/UK/CH: alle Länder > 50 außer Norwegen, Schweden, Finnland, Estland > 25 – 50 ! 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% ! Anstieg der Fälle Ende Juni / Anfang Juli in Melbourne, Victoria ausgehend vermutlich von „Quarantäne-Hotel“ -- > über Sicherheitspersonal in Bevölkerung getragen -- > dort Weiterverbreitung via Familienfeiern ! Maximale Anzahl der Fälle in Victoria: 687 neue Fälle / Tag (August 2020) ! Anstieg der Fälle in NSW, lokal begrenzte Cluster in NSW ! Seit 24.07. Restriktionen in NSW verschärft (v.a. Gastronomie) ! Eintrag der Fälle in Alten- und Pflegeheime ! Starke Reisebeschränkungen ! 14-Tage-Quarantäne (bei Einreise) in Quarantäne-Hotels ! Weiterer Verlauf: <ul style="list-style-type: none"> ○ “Testing blitz” in Melbourne (1 Woche: 100.000 Personen getestet) ○ Ausgangssperren in 10 Bezirken ○ 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 	ZIG / Luisa Denkel



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>möglich)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Victoria ○ Maskenpflicht im öffentlichen Raum (Melbourne / Shire of Mitchell) Ende Juli ○ Lockdown für Victoria Anfang August ○ 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); ○ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Queensland ○ Allgemeine Maskenpflicht in Victoria <p>! Mitte September:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lockerung der Maßnahmen, z.B. Kita-, Outdoor-Pool-Öffnung Ende September ○ Weitere Lockerungen in Victoria und Melbourne (stay home, stay safe) ○ Weitere Lockerungen geplant den Fallzahlen entsprechend <p>! Zusammenfassung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Weiterhin drastische Zunahme neuer Fälle in Europa (ca. 50 % der Fälle weltweit) ○ Innerhalb der EU/EWR/GB/CH: nur noch Schweden, Norwegen, Estland und Finnland 7-Tages-Inzidenzen < 50 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner ○ Langsame Rückkehr zur Normalität in Melbourne und Victoria, Australien nach wochenlangem Lockdown („Steps to COVID-19 normal“) ○ Am 24.10.: 137 lokal erworbene asymptomatische Fälle in der Region Xinjiang, China <p>! Diskussion zu Australien:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Berichte zu Schwierigkeiten mit Compliance in Australien vorerst nicht ersichtlich, jedoch empfindlich hohe Bußgelder bei Non-Compliance ○ Trotz Lockdown und scharfen Maßnahmen sehr langwieriger Prozess bis Fallzahlrückgang, Gründe dafür vorerst nicht ersichtlich ○ Sehr klare Kommunikation bezüglich Einschränkungen und empfindliche Strafen <p>National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</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>	<p>FG32 / Michaela Diercke</p>
--	--	--

	<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 >100 Fällen/100.000 Ew; 166 LK >50-100 Fällen/100.000 Ew; 86 LK mit >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 Verstorbenen: 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 -> vornehmlich erkrankte Personen oder ältere AG getestet), Anzahl hospitalisierter Personen angestiegen, Anteil Verstorbenen ebenfalls</p> <p>! Current Mobility Monitor (https://www.covid-19-mobility.org/mobility-monitor/): 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"> ○ Anteil Verstorbenen auf erster Seite im Bericht ggf. mitaufzunehmen, aber: möglicherweise recht unklare Indikatorfunktion im Sinne der Kommunikation nach außen ○ Derzeit liegt zur Mitaufnahme der Inzidenz der AG der über 60-Jährigen Zustimmung seitens BMG vor ○ Indikator für Bevölkerungsgruppe mittleren Alters sinnvoller (da Risikobewusstsein hinsichtl. Erkrankungswahrscheinlichkeit bei älteren AG gegeben) ○ Vorschlag: Aufnahme der Anzahl schwer erkrankter Personen pro AG und Woche <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>Syndromische Surveillance (Folien hier):</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

	<ul style="list-style-type: none"> ! Konsultationsinzidenz ARE: anderes Bild, ab AG der 15-34-Jährigen Anstieg der Arztbesuche, bei 0-4-Jährigen eher Rückgang der ARE-Arztbesuche ! 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) ! 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 ! ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: Anteil der COVID-Patienten an SARI weiter ansteigend, 42. KW bei 20 % ! 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><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>Testkapazitäten und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! 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 ! 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. > 80-Jährige und 15-34-Jährige getestet ! 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) ! 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) ! Testverzug: Anzahl Tag(e) zwischen Abnahme und Test: derzeit keine maßgebliche Verzögerung, aber in Einzelfällen teils großer Verzug, Wartezeiten bis 5 Tage ! Diskussion: welche Bedeutung hat die Positivrate für das Gesundheitssystem? Erhalt der Testindikation als weiteren 	<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>Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen (Dokument hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Schreiben zu Limitationen der wöchentlich erfassten SARS-COV-2-Testzahlen (keine Vollerfassung vorliegend aufgrund der Freiwilligkeit der Angabe) ! 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 	FG32/38 / Ute Rexroth
2	<p>Internationales (nur freitags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	ZIG
3	<p>Update Digitale Projekte (nur montags)</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Verschobener Bericht von Montag ! Weiterhin verschoben 	FG 21/ Patrick Schmich
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Am Montag aktualisiert, kein Bedarf 	Alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Gezieltere Adressierung bestimmter Altersgruppen, Anschlussfähigkeit zu bereits vorhandenen Programmen, Adressierung von Multiplikatorennetzwerken ! Viele fremdsprachige Materialien bereits verfügbar, dennoch weiterhin häufig Unverständnis, Kontakt zu Ethnomedizinischem Zentrum Hannover bezgl. weiterer Streuung von Informationsmaterialien ! Erklärvideo aus Initialvideo „Zuhausebleiben“ soll erneut platziert werden ! Non-digitale KONA für best. Bevölkerungsgruppen als Lösungsmöglichkeit weiterhin von Bedeutung (Notizen zu Tagesende via Papier) ! Gesundheitsportal: Veröffentlichungen nur in Schnittmengen mit Fachbereichen abgestimmt, Problemaspekt bspw. der fehlenden spezifischen Korrelationsmöglichkeit von Symptomen mit bestimmter Infektionserkrankung ! Zur Symptomatik „Schnupfen“ bereits Vorlage vorhanden <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>Neues aus dem BMG ! Nicht besprochen</p>	
7	<p>Strategie Fragen a) Allgemein</p> <p>Kontaktpersonennachverfolgung ! 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>Herausforderung fehlender Meldepflicht für Antigen-Tests</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"> ○ Antigen-Tests als Methode in der VO zu ergänzen (siehe BaWü) ○ Auflage, positive Antigen-Tests durch PCR-Tests bestätigen lassen zu müssen ○ Anpassung der Falldefinitionen („Verdachtsfall“) <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>Votum der AG Labor / Testen zum effizienten Einsatz der der PCR-Testung auf SARS-CoV-2 (27.10.2020) (Dokument hier Markup hier)</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>RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	<p>Diercke</p> <p>FG32/38 / Ute Rexroth</p>
8	<p>Dokumente</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
9	<p>Update Impfen (nur freitags)</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	!	
10	Labordiagnostik ! 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	Klinisches Management/Entlassungsmanagement ! Nicht besprochen	
12	Maßnahmen zum Infektionsschutz ! Nicht besprochen	
13	Surveillance ! Besprochen (siehe oben)	FG32
14	Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags) ! Am Freitag, FG38 ggf. vertreten durch Osamah Hamouda	FG38
15	Information aus dem Lagezentrum (nur freitags) ! Im November/Dezember 2 bis 4 LÜKEX (Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübung)-Mitarbeitende für zwei Monate zu erwarten	FG38 / Maria an der Heiden
16	Wichtige Termine	
17	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Freitag, 30.10.2020, 11:00 Uhr	