	alte Bev.zahlen, neue liegen seit dieser Woche vor. Die neuen Bev.zahlen würden Inz. für München senken. Nun übermittelt München seit gestern keine neuen Fälle o Wir berechnen sich aus Meldedaten nicht auf Fällen aus dem Vortag. Daher hinkt RKI etwas hinterher, was ja eigentlich niedriger ist als die Länder o Sprachregelung: Wir nehmen Bev.zahlen der Landesstelle und haben nicht korrigiert	FG32 [redacted] Leitung/ Schaade
6	**Neues aus dem BMG** • Nichts Aktuelles seit der gestrigen Morgenlage	[redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Strategiepapier von der informellen Beratergruppe an [redacted] zurück mit vielen Anmerkungen • AL1 bittet darum, Testscenarien nicht ins Strategiepapier zu integrieren. Dessen Integration ins Strategiepapier wurde am Mittwoch vor 2 Wochen als Arbeitsauftrag benannt. Dies war ein Missverständnis. Alle stimmen zu, dass Teststrategie nicht in Strategiepapier integriert wird. • Termin bei Minister Spahn ergab: Strategiepapier wird in gemeinsamer PK in erster Oktoberwoche vorsgetellt: o Bis dahin kann Papier verändert werden. o Minister sprach Teststrategie an: Antigentests sollten in Teststrategie eine große Rolle spielen, Details wurden in AG Diagnostik besprochen. o Kernaussage: einfach keine 100% Sicherheit haben kann; mit gewissem Risiko muss man leben. o Sachstand Stellungnahmen zu Antigentests eines mit BfArm und eines AG Diagnostik, heute Nachmittag Gesundheitsminister-Konferenz, Sachliche Infos sind an BMG kommuniziert • Validierungsprotokolle liegen im Verantwortungsbereich des PEI, da Abrechungsfähigkeit von diesen abhängt. Außerdem Validierungsprotokolle als Post-Marketing Maßnahme **b) RKI-intern** Nicht besprochen	IBBS [redacted] AL1 [redacted] Leitung Wieler AL1 Leitung Schaade/ AL1
8	**Dokumente** • RKI internes Lagemanagement	

9	**Update Impfen (nur freitags)**
	
	Aufzählung der wichtigsten Hintergrundaktivitäten zur Einführung der Impfung:
	• Zweiwöchentlichen Jour Fixe mit PEI und BMG
	• Intern am RKI Arbeitsgruppe für Impfempfehlung
	• Kontaktstudien: Erhebung zum Kontaktverhalten der Bevölkerung
	• Eigene Arbeitsgruppe in-house für die Kommunikation Presse, P1 und Team Kommunikation zur Impfakzeptanz (FG33)
	• International: WHO Eurogroup und WHO SAGE, sowie ECDC zur Evidence Aufarbeitung
	• Erstellung der nationalen Impfstrategie in Vorbereitung
	• Aktueller Stand der Impfstoffentwicklung:
	  o Wenn die Daten in Phase-3 Studien weiterhin gut sind, dann ist im Januar 2021 ein Impfstoff vorhanden;
	  o Top-Kandidat Biontec, wahrscheinlich zunächst 4 Mill. Dosen zur Verfügung, dann sicher später andere Pharmaanbieter auf dem Markt
	  o Beschaffungsplanung für Nadeln, Spritzen, Lagerungstemperatur,
	
	• Diskussionen zur Durchführung in Impfzentren vs. bei niedergelassenen Ärzten
	• Koordination der Impfkommunikation wurde am RKI erstellt (für Kernbotschaften), kam zunächst positiv beim BMG an. Denn die Kommunikation an die Bevölkerung zur bevorstehenden Impfung sollte schon jetzt beginnen.
	• Impfquoten Monitoren:
	  o Viele Vorschläge von den beteiligten Akteuren im Gesundheitswesen
	  o am wahrscheinlichsten wird das Monitoring der KBV anvertraut werden. Kontaktaufnahme mit [redacted] als wissenschaftliche Seite der KBV ist geplant.
	  o Herr Wieler hatte mit Minister Spahn dazu gesprochen:
	  o Es wurde dem BMG gesagt, dass eine Vollerfassung der durchgeführten Impfungen benötigt wird. Diese müsste bei einem Dienstleister liegen, da das RKI dies nicht zusätzlich leisten kann.
	  o Herr Spahn hatte angedeutet, dass Vertrauen in das RKI durch die Schwierigkeiten bei DEMIS Implementierung schwieriger wird. [redacted]
		FG33
		[redacted]
		
		Leitung Wieler
		
		FG32
		[redacted]

	verwies darauf, dass die Erwartungen des BMG eher unrealistisch sind. Bei allen Projekten dieser Art dauert das Einbindung der stake holder am längsten und ist für alle Anbieter von DEMIS-ähnlichen Lösung eine Herausforderung	
10	**Info Arbeitsschutz** ABAS könnte bis Dezember 2020 fertiggestellt werden	IBBS [redacted]
11	**Labordiagnostik** • Untersuchung Straubing-Proben: Erste positive Probe • Bemerkenswerte Probenergebnisse: Eine Influenza A und eine Influenza B positive Probe • ansonsten nichts Ungewöhnliches • Neues zur Virusevolution: Viren entwickeln sich, aber bisher keine bedeutsamen Veränderungen	ZBS1 [redacted] FG17 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nichts Neues	FG14

14	**Surveillance**
	Auswertung der Meldedaten zu COVID-19 (Folien hier)
	Beschreibung der ersten Welle mit Fokus auf Krankheitsschwere
	• Auswertung der ersten 200.000 Fälle der 1. Welle, diese sind im internationeln Vergleich jünger.
	• Hinweis zur Methodik: Berücksichtige Fälle haben Angaben zum Alter, Hospitalisierungs- und Verstorbenstatus, sowie nur Fälle mit Meldedatum bis zur KW20; Krankheitsverlauf gemäß Epi Bull Artikel vorgenommen
	• Krankheitsverläufe nach Altersgruppen
	  o Ab den 60-79-jährigen nehmen milde Verläufe deutlich ab, sowie nimmt Anteil der hospitalisierten, IST-pflichtigen als auch verstorben zu
	• Unter den Fällen mit Info zu Risikofaktoren:
	  o Mit zunehmend schwererem Verlauf sind mehr Risikofaktoren gemeldet
	  o Anteil Risikofaktoren: Herz-Kreislauf-Erkr. Am häufigsten, gefolgt von neurolog. Störungen und Diabetes
		FG36
		[redacted]

	o Ab April neorolog. Symptome nach oben gerückt, wahrscheinlich Demenz Pat. Im Pflegeheim • Intervall von Krh.-beginn bis KH-aufnahme bei 40-59-jährigen mit im Median 7 Tagen am längsten. • Intervall von KH-Aufnahme bis zur ITS-Aufnahme im Median 0 Tage. ITS-Daueraufenthalt bei 40-59-jährigen. am längsten (12 Tage); evtl. erst spät erkannt werden später im KH und liegen länger • Verstorbene mit Risikofaktoren: Anteil der Nierenerkr. gestiegen, deckt sich mit Papern, Hälfte der Verstobenen Risikoangaben • Schlussfolgerung Mittlere Altersgruppe 40-59-jährigen unterschätzen ihre Risiken: Dadurch längere VWD und ITS-Aufenthalt, hohes Alter mit vielen Risikofaktoren. Allerdings unklar, ob schon bestanden oder durch COVID-19. Vergleich mit anderen Papern spiegeln Ergebnisse wieder. • Längst nicht alle schweren Fälle waren auf ITS oder auch nicht Hospitalisiert *ToDo:* *-Separate Auswertung zum Trend der Hospitalisierung über die Zeit in Arbeit* *-Bitte um Auswertung zu Anteil Todesfällen in den älteren Altersgruppen* *-Bitte um Auswertung wieviel ohne Pneumonien an Kreislaufversagen verstorben sind.* *-Auswertung der Fälle im Sommer erfolgt mit den ICOSARI-Daten, Präsentation nächste Woche* • Neues SurvNet-Update ausgerollt o neue Version bietet neue Anwendungen für KoNa / Kontakt-Management, welches wichtige Funktionen für GÄ sind.	FG32/AL3
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • Publikation zum Bundesgesundheitsblatt schon viel vorbereitet • Aussteigekarten: Über E-Mail der Deutschen Post können anfallende Fragen nicht geklärt werden; Post-Lösung ist angelaufen und funktioniert mit einigen Schwierigkeiten • Muster-Quarantäneverordnung noch beim BMG	FG38 [redacted]
16	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Kommunikationslast nimmt etwas ab, viel IFG und nachwievor Erlasse • Inaction Review im Haus: geht	FG38/FG32 [redacted] FG38 [redacted] AL3

	datenschutzrechtlich nicht weiter; • [redacted] zunächst für eine Stellungnahme vorlegen und dann der Leitung	
17	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 21.09.2020, 13:00-15:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*21.09.2020, 13:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	ZIG1 FG32
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen **b) RKI-intern** •	Leitung
8	**Dokumente** •	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)**	IBBS

	•	
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** • **Update Corona-KiTa-Studie**	FG36 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** •	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 23.09.2020, 11:00-13:00	

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.09.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	*Virtueller Konferenzraum Vitero*

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- Abt. 3
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32/FG38
  - [redacted]
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Wenig verändert im Vergleich zur letzten Woche ▪ Israel vor Mexiko gerutscht ▪ Eine weitere Spalte zu Fall-Verstorbenen-Anteil (case fatality rate, CFR); Dies bitte mit Vorsicht interpretieren, da die Länder Verstorbene sehr unterschiedlich kodieren; ▪ Trend überwiegend steigender Trend: USA wieder im aufsteigenden Trend, Israel und Frankreich zeigen stärksten Veränderungen; Indiens Veränderung langsamer, vielleicht wird ein plateau erreicht o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner ▪ Insgesamt mit 47 Ländern mit 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.: Dies sind 5 Länder mehr als letze Woche; ▪ Südamerika am stärksten bestoffen, aber stabilisiert sich langsam ▪ Der Kontinent mit den meisten betroffenen Ländern ist Europa; ▪ Trend in Lybien stabilisiert sich ▪ In Asien zeigen Mehrheit der Länder Zunahme: Israel um 26%, Jordanien um 108% o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner - EU ▪ NL und Belgien neu dazugekommen, ansonsten unverändert o Subregion in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 Ew. ▪ Zusammenfassung der Veränderungen seit letzten Freitag: ▪ Belgien: alle Regionen über 50 ▪ generell in Osteuropa wieder stärker zugenommen, z.B. in Polen, diese Entwicklung wird im Zusammenhang mit der Rückkehr zum Arbeitsplatz gesehen ▪ In Frankreich: Isolierungszeit auf 5 Tage verkürzt: Aber erst nach 7 Tagen Isolierung	INIG [redacted]

	erfolgt der PCR-Test; Neu: auch PCR-Tests aus Speichelproben bei symptomat. Personen erlaubt ▪ GB: Sind 3 Regionen über dem Schwellenwert; diese haben Verdopplungszeit von einer Woche, recht kurz, ▪ Kroatien schwankt ▪ NL: 2 Regionen dazugekommen, haben wieder Maßnahmen zur Gastro und Gruppengröße o Nachfrage zur Entwicklung in Schweden, da auf der Folie vergleichbar mit Deutschland: ▪ Schweden haben kontinuierlich abnehmdenden Trend; haben Testrate stark erweitert ▪ ISAA Bericht zu Schweden zeigt auch stabile Entwicklung, ▪ Schweden: 37.KW: 1.394 Tests/100.000, pos. Rate ca. 1% ▪ Publikationen zu Schwedens Maßnahmen; belastbare Quelle zu den Maßnahmen sind: die ISAA platform sowie zur Mortalität ECDC-Angaben (Diese hat [redacted] später per Mail mit dem Krisenstab geteilt).	FG36 [redacted] FG38/32 [redacted] AL1
	• National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o Informationen für den Krisenstab ▪ Mecklenburg-Vorpommern am WE nicht übermittelt ▪ 7-T.-Inz gestiegen, höchster Wert seit April ▪ R-Wert stabilisiert um die eins ▪ ITS keine Änderungen o 7-Tages-Inzidenz nach Berichtsdatum Bundesländer (BL) ▪ Weiter steigender Trend im Bundesdurchschnitt ▪ Berlin und Bayern liegen deutlich über Bundesdurchschnitt ▪ Aber auch BL mit Werten unter dem Bundesdurchschnitt sind kleine Anstiege zu sehen o Geographische Verteilung in Deutschland: 7-T.-Inz. ▪ Top 3: Weiterhin SK Würzburg, LK Cloppenburg, SK München. ▪ SK München:meldet mit 769 Fälle in letzten 7 Tagen die höchste Anzahl ▪ Über 30 LK >25-50 Fälle/100.00 Einw. ▪ Auf der Karte liegt neben Cloppenburg ein Kreis mit 0 Fällen: Hintergrund-Info zu diesem LK wird nachgeliefert	FG32 [redacted] AL3/ FG32 [redacted]

	o COVID-19 Inz. nach Stadt-/LK und Meldewoche ▪ Zeigt zu Beginn von KW5 an keine Unterschiede ▪ Im peak höher in den LKen ▪ Um KW20 steigen Werte in Städten und liegen seit dem höher mit ähnlichem Trend wie in LKen ▪ Wird noch differenzierter ausgeführt werden o Fälle mit Angaben Epidemiologie (nach Meldewoche); (nur Fälle ohne Expositionsort im Ausland) ▪ Zwei Folien hierzu: einmal tabellarisch und dann als Liniendiagramm ▪ Insgesamt konnte man vor 6 Woche noch deutlicher sagen, ob Fälle zu Ausbrüchen gehören ▪ Diskussion, ob Art der Transmission mit Melde- oder Sentineldaten besser erkennbar ▪ Änderung zu community transmission würde u.a. eine Änderung zum Testen gemäß WHO Empfehlung bedeuten, als auch Reisezulassungen verändern. Daher ist es das Ziel, die Einteilung community transmission möglichst kleinteilig zu haben. o Fälle mit Angaben Epidemiologie nach BL (nur Fälle ohne Expositionsort im Ausland) ▪ Die Unterschiede in Sachsen und Meck-Vorp. sind höchstwahrscheinlich Eingabeartefakte, da unterschiedliche Software verwendet (Octoware). ▪ Entscheidung zur Änderung auf community transmission wird zu einem späteren Zeitpunkt getroffen. • Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen o Verlauf des Fall-Verstorbene-Verhältnis bei COVID-19 Fällen nach Altersgruppe (Folien hier) o Fall-Verstorbenen Anteil (nach Meldewoche); Stand 21.09.2020, 0:00 Uhr ▪ Getrennt nach Geschlecht und Altersgruppe ▪ KW11 bis KW33 in der Auswertung ▪ Anteil über Zeit bei beiden Geschlechtern deutlich abgenommen ▪ Anteile der Altersgruppen 60-79 und 80+ liegen bei beiden Geschlechtern und über die Zeit über den anderen Altersgruppen ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach Krankenhausaufenthalt (KH)	FG36 [redacted] FG38/32 [redacted] AL3 FG32 [redacted] Alle Leitung FG34 [redacted] [redacted] Abt.3 [redacted]

	▪ Nur Altersgruppen 60-79 und 80+ gezeigt ▪ Getrennt nach Geschlecht sowie Krankenhausaufenthalt (KH) ▪ Anteil Verstorbene 80+ ohne und mit KH in beiden Geschlechtern höher ▪ Anteil Verstorbene mit KH bei 60-79-jährigen bei beiden Geschlechtern höher als ohne KH o Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche); getrennt nach mit ITS vs. keine ITS: ▪ kein ITS absteigender Trend ▪ Aber mit ITS erscheint Anteil-Fall-Verstorbene relativ konstant o Fazit: ▪ Absteigender Trend sowohl in den beiden Gruppen „kein KH“ und „KH ohne ITS“ ▪ Rückgang Fall-Verstorbenen passiert eher außerhalb KH o Diskussion ▪ Bitte Daten nicht überinterpretieren, da erstmal erster Überblick zur Datenlage ▪ Vermehrte Testen könnte die leichteren Verläufe bewirken ▪ Formulierung für sinkenden Fall-Verstorbenen- Anteil in Dtl.: In allen Altersgruppen in den Meldedaten gesunken. Aber Anteil der Risikofaktoren ist trotz vermehrtem Testen gleich gebliebe; wichtigster Faktor war das häufigere Testen; Wir verringern zurzeit die Dunkelziffer durchs vermehrte Testen ▪ Vermutlich Selektionseffekte in den Daten, bei den Fällen, die nie in KH aufgenommen wurden ▪ Botschaft: Zuschützende Personen immer noch verhanden ▪ Bisher keinen Hinweis, dass Virulenz von SARS-CoV-2 bedeutsam abgenommen hat. *ToDo: [redacted] übernimmt Formullierungsvorschlag, der mit Krisenstab abgestimmt wird. Ziel ist es, den abgestimmten Text in den Lagebericht am Dienstag zu integrieren.*	AL1/ AL3 FG36 [redacted] FG36 [redacted] BZgA FG38/32 AL3/ FG17 [redacted]
2	**Internationales** *Nicht besprochen*	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** *Nicht besprochen*	
4	**Aktuelle Risikobewertung** *Nicht besprochen*	

5	**Kommunikation** • Info-Graphik und Plakat weiterentwickelt zu den drei A	BZgA
6	**Neues aus dem BMG** *Nicht besprochen*	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen **Unter Punkt 1 besprochen.** **b) RKI-intern**	Leitung
8	**Dokumente** • RKI internes Lagemanagement	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	
10	**Info Arbeitsschutz**	IBBS
11	**Labordiagnostik** • Hinweise zur Testung in welchem Ct Bereich Infektiösität; ein Labosstandard hierzu in Arbeit. Dies in Zusammenarbeit u.a. mit KL-Coronaviren • Antigentests in AG-Diagnostik im BMG noch viele Fragen zu klären; nach außen an Presse wurden überraschenderweise andere Ergenisse kommuniziert • Letzte Woche: 1.120 Proben davon waren 109 positiv; knapp 10% pos. Rate • Komolo Proben untersucht; weiter bundesweit Studie vorbereitet, ab dem 01.10.2020 werden Proben an TN verschickt	AL1 ZBS1 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen/kein Update nötig gewesen	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kollegen von WHO verstärkt gemeldet, wollten diskutieren inwiefern zusätzliche Maßnahmen für pharmazeutische Interventionen effektiv sind.	FG14 [redacted]

14	**Surveillance**
	• Update Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	  o Anhand von Grippeweb, liegen alle Inzidenzen unter den Vorjahreswerten
	  o Meldezahlen: Inz. geht in der Woche zurück; SK München zeigt eine erhöhte Inz.
		FG36
		[redacted]

	o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe: Anteil der übermittelten COVID-19-Fälle hat sich stabilisiert. o Ausbrüche in Kita: ▪ 7 neue Ausbrüche: Anzahl der gemeldeten Fälle steigt; Anteil 15 - jährige höher o Ausbrüche in Schulen: ▪ in Schulen 27 neue Ausbrüche seit letzter Woche ▪ deutlich mehr Aktivität, insbesondere 11-14 Jahren eine Bedeutung haben. ▪ Häufig sind Erwachsene aus Privathaushalten Index für Ausbrüche unter Schülern bzw. gehen Schulausbrüche in private Haushalte über • Letzten Freitag wurde SurvNet RKI erfolgreich intern ausgerollt: o Spätestens morgen Früh können die GÄ an die neueste Version angebunden sein o Dieses Update geht aber auch mit Änderungen der DB einher o Info-Brief an die GÄ in Vorbereitung in Abstimmung mit den Landesbehörden o Inbegriffen ist eine Vereinfachnung des Kontaktpersonenmanagement o AL3 wird das erfolgte Update an das BMG kommunizieren ToDo: *Vorstellung der Schulausbrüche in der Epilag durch FG36*	FG32 [redacted]
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)**	
16	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
17	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 23.09.2020, 11:00-13:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*23.09.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Lagebericht: abgestimmte Sprachregelung zum gegenwärtig niedrigen Anteil der Sterbefälle unter den gemeldeten Fällen • SARS-CoV-2 Testkriterien: Anpassungen im Rahmen einer überarbeiteten nationalen Teststrategie für Herbst 2020 **b) RKI-intern** • Abstimmung der Vorgaben für Verhalten am Institut	 FG38 FG36 FG38

8	**Dokumente** •	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** •	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 25.09.2020, 11:00-13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*23.09.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG32/FG38
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**) Ca. 31 Mio. Fälle und über 960.000 Verstorbene (3,1%) Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Insgesamt wenig Veränderung o Israel, Frankreich, USA über 15% Zunahme Fallzahlen nach WHO Regionen weltweit o Leichter Rückgang in Indien, Kolumbien, Peru 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o Keine Starke Veränderung; aktuell 49 Länder mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 EW o Am stärksten betroffen ist Nord- und Südamerika; neu dazugekommen sind die drei Inseln Bonaire, Saint Eustatius und Saba (Karibische Niederlande) Subregionen in EU/EEA/UK und CH mit 7d-Inzidenz >50/100.000 EW o Seit Montag, 21.09.2020, sind Dänemark und Island neu hinzugekommen, sie haben den Schwellenwert von der 7d-Inzidenz >50/100.00 EW überschritten Der ECDC Threat Assessment Brief: Reinfection with SARS-Cov-2: considerations for public health response wurde am 21.09.2020 veröffentlicht mit folgenden Zielen (Folien 4-7): ▪ Die Häufigkeit sowie Eigenschaften von bekannten Reinfektionen zu beschreiben ▪ Informationen über SARS-CoV-2-Infektionen sowie die Entwicklung von Antikörpern zusammenzufassen Fragen zu 7-Tages-Inzidenz: 1. Wird die Schwelle hochgesetzt? 2. Wird erwogen Länder mit > 50 Fälle / 100.000 EW nicht mehr in Risikogebiete einzuteilen? ▪ Ein weiterer Ansatz ist es mit der Europäischen Kommission gemeinsame Standards festzulegen ▪ Aktuell herrscht kein Bestreben Grenzwerte zu erweitern oder zu ändern ▪ Risikogebiete werden weiter mit Schwellenwert festgelegt ▪ Regionale Klassifikation des Risikogebietes ▪ ***Dank an ZIG 1 für die umfangreiche Berichterstattung – wird als ausgesprochen hilfreich angesehen!***	INIG [redacted] FG 32 /FG 38 [redacted] BMG / [redacted]

	3. Wie zielführend ist es, alles als Risikogebiet festzulegen? ▪ Trend: Anstieg der Inzidenzen, Abstimmung dazu erfolgt, relevante Informationen werden von [redacted] am Freitag, 25.09.2020, kommuniziert AGI: eventuell ist mit Klagen von Verwaltungsgerichten zu rechnen **National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien **hier**) o SurvNet übermittelt: 275.927 (+1769), davon 9.409 (3,4%) Todesfälle (+13), Inzidenz 332/100.000 EW, ca. 245.400 Genesene, Reff=0,79; 7T Reff=0,95 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer (Folie 2) o Berlin führend, gefolgt von Bayern und Hamburg o Berlin und Bayern liegen deutlich über bundesweiter Gesamtinzidenz o Erhöhte Inzidenzen liegen in Baden-Württemberg, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Bremen vor Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o 32 LK >25-50 Fälle/100.000 EW o 2 LK >50-100 Fälle/100.000 EW o Führend in der Liste: SK Hamm, SK Remscheid, SK Würzburg Im Bericht aus NRW auf Parties, Events und Bar-Besuche zurückzuführen, aber auch hier gibt es deutliche Unterschiede in einzelnen Regionen – es gilt genau zu beobachten! COVID-19-Fälle mit Expositionsort im Ausland o Rückgang der im Ausland exponierten COVID-19-Fälle **Syndromischen Surveillance (Folien hier)** o Verlauf vergleichbar mit Vorsaison, seit zwei Wochen bei Kindern leichter Abfall und leichter Anstieg bei Erwachsenen (GrippeWeb Raten); alles im Rahmen der üblichen saisonalen Bewegung o Konsultationsinzidenz ähnlich gleicher Verlauf, auch hier alles im saisonalen Rahmen o SARI-Fallzahlen und Anteil COVID seit KW 33 stabil bei 3%	FG34 / [redacted] BMG / [redacted] FG32 / FG38 [redacted] FG32 / FG 38 [redacted] FG 36/ [redacted]

	SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier) o Testverzug: 1,3 Tage Turnaround-time o Keine größeren Änderungen zur letzten Woche o Positivenanteil nach Altersgruppe und Kalenderwoche: paralleler und sehr konstanter Verlauf in allen Altersgruppen Vorschlag: die Spannweite des Verzugs darzustellen (Perzentile)	FG37/ [redacted] FG36/ [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Nicht besprochen / kein Update nötig	Presse / [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ▪ Bei Kürzungen und etwaigen Änderungen im Lagebericht bitte präzise bleiben! ▪ Im Lagebericht wird bei der der Sprachregelung der Fallverstorbenenanteil weggelassen ▪ Sinnvoll hier eine vorsichtige, ausweichende Klausel (Formel) einzufügen (in Fußnote klarifizieren) **b) RKI-intern** ▪ Regelung zum Maskentragen am Institut sollen deutlich kommuniziert werden (Wunsch auch aus Lagezentrum und von Presseabteilung) ▪ Arbeitsauftrag nach innen ist bereits erfolgt und wird in Kürze durch Leitung publiziert - Richtlinien festhalten, die wir nach außen empfehlen!	FG32 / FG38 [redacted] FG36 / [redacted] FG37 / [redacted] FG32/ FG38 [redacted] Presse / [redacted] FG12 / [redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	

9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • keine Veränderung zur Vorwoche • geringer Rhinovirennachweis • kein Influenzavirennachweis	FG17 / [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Internationale Anfragen zur Übernahme von Patienten bespricht [redacted] mit dem BMG	IBBS / [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** Herr Wieler lässt von seinem Besuch in Genf diese Woche bei der WHO als Chair des IHR Review Committes ausrichten, dass der [redacted] das RKI in höchsten Tönen gelobt haben. Hätte man früher auf das US CDC oder Public Health England gesehen, wäre es während der COVID-19 Pandemie wie folgt: "the global landscape shifted to RKI". Herr Wieler sieht dies klar als Teamleistung des RKI, ist schwer beeindruckt von unserer Arbeit und spricht uns seine Hochachtung aus. • Nächste Sitzung: Freitag, 25.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	FG 38/ [redacted]

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*25.09.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
	  o Vortrag des Teams München
		
		ZIG1
		
		FG32

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Info zum neuen RRA das ECDC	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • SARS-CoV-2 Testkriterien: Anpassungen im Rahmen einer überarbeiteten nationalen Teststrategie für Herbst 2020 • Strategie für Schulen • Quarantäne für Haushalte (geplanter Initiativbericht an BMG) **b) RKI-intern**	 FG36

	•	
8	**Dokumente** •	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** •	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Informationen zum Prozess der Digitalisierung der Aussteigekarten	FG32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 28.09.2020, 13:00-15:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*25.09.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
- FG32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- IBBS
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** **Trendanalyse international, Maßnahmen** (Folien **hier**) Ca. 32 Mio. Fälle und über 978.000 Verstorbene (3,1%) Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Insgesamt wenig Veränderung o Vor allem Zunahme in 5 Ländern: USA, Argentinien, Spanien, Frankreich, Israel o Alle außer Russischer Föderation und Indien 7d-Inzidenz/100.000 Ew über 50 % 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew - EU/EWR/UK/CH: 11 Länder, wie Mittwoch, Malta neu hinzugekommen **RRA: Increased transmission of COVID-19 in the EU/EEA and the UK – 12th update** (24.09.2020) (Gesamtdokument **hier**) Hintergrundinformation (Achtung: Datenstand 13.09.2020!) • In der EU gestiegen, erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern • Anhaltende Anstiege von >10 % in der 14-Tage Meldungsrate in 13 Ländern (KW37): Dänemark, Estland, Frankreich, Irland, die Niederlande, Norwegen, Portugal, Slowenien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Ungarn, das Vereinigte Königreich • Anstieg der Testungsrate in den meisten Ländern • Letzte 4 Wochen: Mehrheit der Fälle (67 %) bei Personen zwischen 15-49 J, davon bilden 25-49 J 45% der Fälle • 49 % der Todesfälle bei Personen >80 J • Das Medianalter der Todesfälle ist 80 J (71-86 IQR) • Letzte 4 Wochen: 239 (0,%) schwere Fälle • Höchster Anteil schwerer Fälle zwischen 15-49 J (4 %)	FG32/INIG [redacted]

- Medianalter hospitalisierter Fälle 60 J (41-74 IQR)
- Seroprävalenz für die Mehrheit der Regionen < 15 %

Zum Risiko für die Allgemeinbevölkerung, Risikogruppen sowie die Gesundheitsversorgung:

- **niedrig** für die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsversorgung in Ländern, die stabile oder niedrige Melderaten (notification rates) sowie eine niedrige Testpositivität haben
- **mäßig** für vulnerable Personen in Ländern, die stabile oder niedrige Melderaten sowie eine niedrige Testpositivität haben
- **mäßig** für die Allgemeinbevölkerung und die Gesundheitsversorgung in Ländern, die eine hohe oder anhaltende Zunahme der Melderaten oder Testpositivität haben, ABER mit hohen Testraten sowie einer Übertragung hauptsächlich in jungen Bevölkerungsgruppen
- **hoch** für die Allgemeinbevölkerung in Ländern, die eine hohe oder anhaltende Zunahme der Melderaten oder eine hohe Testpositivität und einen zunehmenden Anteil von Fällen in älteren Bevölkerungsgruppen und/oder eine hohe oder zunehmende COVID-19- Mortalität haben
- **sehr hoch** für vulnerable Personen, basierend auf einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit einer Infektion und sehr schweren Folgen einer Erkrankung.

Länder kategorisiert nach Trend: „stable“ oder „concerning“
„Concerning“ = mindestens 2 von den folgenden Kriterien:

- high (≥ 60/100 000) or sustained increase (≥7 days) in 14-day case notification rates
- high (≥60/100 000) or sustained increase (≥7 days) in 14-day case notification rates in older age groups (65-79 years old AND/OR 80 years or older)
- high (≥ 3%) or sustained increase (≥7 days) in test positivity
- high (≥ 10/1 000 000) or sustained increase (≥7 days) in 14-day death rates
- 2 Kategorien für Länder mit “concerning” trends:
- high or increasing notification rates due to high testing rates; transmission primarily in young individuals with a low proportion of severe cases and deaths
- high or increasing notification rates in older individuals

	and an increase in proportion of hospitalized and severe cases **National** **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien **hier**) o 25.09.2020: + 2.153 bestätigte Fälle, 15 Verstorbene IST 296 (+3 zu Vortag), R: 0,91; 7-Tage-R: 1,01 o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: alle ansteigend, sehr schnell v.a. Berlin (vermutlich bedingt durch ca. 300 nicht-abgerufene Meldungen älteren Datums auf der Plattform zwischen Labor28 und Gesundheitsamt) o Berlin: Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln und Charlottenburg-Wilmersdorf mit 7d-Inzidenz zwischen 41,5 und 32,8 (führend SK Hamm 96,0; SK Remscheid 71,2 und LK Dingolfing-Landau 64,4) o Positivenquote der SARS-CoV-2 Testungen 1,2 % (deutlich höher als in den letzten Wochen, Testkapazitäten der Labore weiterhin hoch mit ca. 1,5 Mio pro Woche; o Wöchentliche Sterbefallzahlen KW34: 17.032 Todesfälle (-2.261 zur Vorwoche), ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 (Nachmeldungen aber noch möglich); o Frühere Todesfälle zu ca. 30 % ambulant, *zu aktuellen Todesfällen wird dies erst noch ermittelt (hospitalisiert oder ambulant)* **Syndromische Surveillance** o Nur Mittwoch **SARS-CoV-2 in ARS** o Nur Mittwoch **Die COVID-19-Daten von Bayern und München im Vergleich** (Dokument **hier**) o Dienstreise 20.9. bis 23.9.2020: sehr schnelle Mobilisierung erforderlich und machbar, Notwendigkeit retrospektiv fraglich o 7-Tages-Inzidenz nach Bundesländern relativ zum Ferienende/Schulstart – Bayern hat keinen Rückgang nach den Ferien, wie viele andere Bundesländer. o Möglicher Erklärungsansatz: Anstieg liegt im allgemeinen Trend (Trendüberlappung) o Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (10 Jahresschritte) Bayern: Ausbrüche von jüngeren Altersgruppen getriggert (vor allem 20- bis 29-Jährige) o Altersadjustierte 7 Tagesinzidenzen (5 Jahresschritte bis 35) insbesondere Altersgruppe 10-19 muss in 10-14 und 15-19 geteilt werden: 0- bis 14-Jährige tragen nicht viel zu Ausbrüchen, diese werden von älteren Altersgruppen	FG37 / [redacted]

	getriggert (siehe Garmisch-Partenkirchen: eine einzige Altersgruppe trägt gesamten Peak) o Exposition Deutschland vs. Exposition Ausland: v.a. Rosenheim (Balkan) → Infektionsgeschehen derzeit v.a. durch Freizeit und private Haushalte getriggert → Bereits erste Ausbrüche in Krankenhäusern und Altenheimen zu verzeichnen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Nicht besprochen	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Initiativbericht an BMG – Quarantäne für Haushalte** (Dokument **hier**) o Quarantänedauer 14 d nach letztem infektiösem Kontakt, bei Infektiosität von bis zu 10 d: mind. 24 d Quarantäne für Mehrpersonenhaushalte o Analyse der Meldedaten von Ausbrüchen in Haushalten (HH): bei 2 bis 5 Fällen pro HH am Tag 0 Anteil Sekundärfalle in etwa ähnlich hoch (Abb. 1) – denkbar durch Kombination aus Fällen kurzer Inkubationszeit oder gemeinsamer externer Quelle überall hoch → Anzahl der Fälle pro HH irrelevant, ca. 98 % bis d 14 → Exposition findet in HH frühzeitig statt, Symptombeginne weiterer Fälle hängen quasi ausschließlich davon ab, wann die Erkrankung des Primärfalles beginnt und nicht davon, ob oder wann weitere Fälle im Haushalt auftreten o Bisheriges Vorgehen: max. ca. 24 d Quarantäne o Vorschlag zukünftig (Abb. 2):	FG36 / [redacted]

	▪ Laborbestätigte Fälle mit mildem Verlauf werden (wie bisher) für 10 d isoliert ▪ Erkrankte Haushaltsmitglieder werden (wie bisher) getestet ▪ Weitere auftretende Fälle werden (wie bisher) für 10 d ab ihrem eigenen Symptombeginn isoliert ▪ Erkrankte/Test-negative oder HH-Mitglieder ohne Erkrankung werden max.14 d quarantänisiert, unabh. vom Auftreten weiterer Fälle im HH (NEU) ▪ Erkrankte/Test-negative oder nicht erkrankte Personen sollen sich von d 15-20 wie Kontaktpersonen II° verhalten (Kontakte auf Min. beschränken, Isolation & Testung bei Erkrankung) (NEU) → *erhebliche Quarantänedauer-Ersparnis bei weiterhin guter Vertretbarkeit und Effizienz* → *Zustimmung zu zukünftiger Handhabung* **SARS-CoV-2 Testkriterien: Anpassungen für Herbst 2020** (Dokument **hier**) o Anpassung der Testkriterien für kommende ARE Saison, um Überlastung Arztpraxen zu verhindern und optimale Nutzung von Labor-Kapazitäten zu ermöglichen o Beschränkung auf Prio1-Personen o keine vollst. Erfassung aller Fälle möglich o wichtige Maßnahme Selbstisolation bei ARE von mind. 5 d als akzeptables Maß Ziele: 1. Senken der SARS-CoV-2-bedingten Mortalität, indem a. Fälle mit erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf rechtzeitig erkannt und b. Erkrankungen bei Kontaktpersonen zu vulnerablen Personen(gruppen) früh identifiziert werden. 2. Erkennung von Fällen mit höherer Wahrscheinlichkeit einer Exposition. 3. Verbreitungsgefahren retrospektiv erkennen und prospektiv verhindern Testkriterien Symptomatische Personen (ARE) wurden angepasst (siehe Kommentar im Text) Hinweise: o *Verwendung des Terminus „Testkriterien", nicht „Teststrategie" (wording des BMG)* o Sinnhaftigkeit der Angabe einer zeitlichen Komponente bei Aufenthalt in geschlossenen Räumen diskutabel, da i.d.R. Zeitintervall von 30 min automatisch erfüllt (Schulstundenlänge) o Verwendung des Terminus „mind." anstelle von „ungefähr" o *Krisenstab bittet, die Zeit auf „5 d und 48 h Symptomfreiheit"*	FG36 / [redacted]

	festzulegen, auch in der mitgeltenden Veröffentlichung zu Schulen (Compliance ist ein relevanter Faktor) o Wechsel zu dieser neuen Teststrategie abhängig von Schwellenwert o *vor Veröffentlichung Absprache mit relevanten Stakeholdern wie KBV, AG Diagnostik BMG, AGI* o *Anpassung Flussdiagramm* o *neue Teststrategie soll aufgrund steigender Fallzahlen möglichst zeitnah veröffentlicht werden* o Priorisierung Teststrategie: wie bisher symptomatisch vor asymptomatisch; anlassbezogen vor nicht-anlassbezogen **Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19 Pandemie** (Präventionsmaßnahmen - Dokument **hier**) (Orientierende Schwellenwerte/Indikatoren für infektionspräventive Maßnahmen in Schulen - Tabelle **hier**) Zielgruppe: hygieneverantwortliche Personen an Schulen Zur Diskussion: o Zu Präventionsmaßnahmen ▪ Pädagogisches Personal sollte auch im Unterricht einen MNS oder MNB tragen, zumindest dann, wenn ein Mindestabstand von 1,5 m zur Schülerschaft nicht sichergestellt werden kann (Ergebnis s.u.) o Zu Vorgehen bei Auftreten eines Verdachtsfalls an der Schule ▪ [Es] sollten Personen (SuS oder pädagogisches Personal) bei Erkrankungen mit jeglicher respiratorischer Symptomatik orientierend für 5 Tage zu Hause bleiben und die Schule erst wieder besuchen wenn sie beschwerdefrei sind ▪ Vorgehen bei Auftreten Verdachtsfall 5 d wird mit 48 h angepasst o Zur Verwendung von Risikoindikatoren und Grenzwerten zur Einschätzung des Eintrags und Transmissionsrisikos in Schulen bzw. zur Ableitung von abgestuften Maßnahmen (Risikoadaptiertes Vorgehen) ▪ „Schulbus“ (siehe Tabelle) entfernen, da im ÖPNV gesonderte Vorschriften gelten raus ▪ Lehrer: Verwendung einer Maske auch bei niedrigem Infektionsgeschehen wenn Mindestabstand nicht eingehalten werden kann, bei mittlerem und hohem Infektionsgeschehen dauerhafte Verwendung einer Maske (MNB oder MNS; bei Schülern MNB ausreichend) ▪ Bei älteren Schülern/höherer Inzidenz: MNB; ▪ Bei positivem Fall in einer Klasse: MNS; Kohorte bleibt dennoch Kontaktperson 1.Grades (Gesundheitsamt-Entscheid) o Inzidenzen(schwellen): keine Änderung, Beibehalt von 25	FG 36 / [redacted]

	(keine Änderung auf 35) o R-Wert (4. Spalte) streichen, auf Landkreisebene nicht relevant **SARS-CoV-2 Teststrategie in Schulen während der COVID-19 Pandemie** (Dokument **hier**) Entspricht besprochenen Kriterien, Kontext stärker erläutert, Präsenzbetrieb als Ziel stärker betont, Kriterien in Kongruenz zu anderem Papier Hinweis: Begriffskonstanz „Testkriterien“ statt „Teststrategie“, cave! Aus den einzelnen Papieren gefasster Bericht wird noch heute an BMG geschickt mit dem Hinweis, dass die Schulpapiere am Dienstag im Kanzleramt benötigt und somit am Montag übermittelt werden müssen (Klärung ob das MBG oder das RKI die Übermittlung übernehmen soll) **b) RKI-intern** ▪ Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Rapid Review der Wirksamkeit nicht-pharmazeutischer Interventionen bei der Kontrolle der COVID-19-Pandemie** (Dokument **hier**) Rapid Review durch ZIG2 Übersicht über 37 OECD Länder und Maßnahmenauswirkungen und Rapid Review der Literatur zu nichtpharmazeutischen Interventionen Submission als Publikation in den kommenden zwei Wochen geplant Systematische Literaturrecherche: 27 Studien in Review eingeschlossen, davon <u>16 Studien: Real World Data Analyse (nicht-modelliert)</u> retrospektiver Erklärungsansatz und Aufarbeitung (Table 1: Evidence from statistical studies of the impact of policies on the COVID epidemic) Einschränkungen u.a.: o wenig Aufschluss über bspw. subnationale Variationen o Maßnahmen sehr unterschiedlich betrachtet: „Lockdown“ und „Tragen einer Maske“ unklar o Wirksamkeit der Maßnahme untersch. gemessen (R, Todesrate, Neuinfektionen,…) o Am häufigsten (siehe Table 1): Reisekontrolle, Maske, Quarantäne, Schul-, Arbeitsplatzschließung, Nachverfolgung, Absage/ Beschränkung öffentlicher Veranstaltungen/ öffentlicher Verkehr o Dennoch: Direction of Travel von Evidenz: Beschränkung von Versammlungen > 5 Personen, Homeoffice, Schulunterbre-	ZIG / [redacted]

	chung, Tragen von Masken erscheinen besonders wirksam, Heterogenität jedoch vorhanden, aber recht eindeutig differenzierbar hinsichtlich untersch. Maßnahmen und deren Ausführungen <u>11 Studien hinsichtlich prädiktiver Simulationsmodellierung</u> (Table 2: Evidence from simulation studies of the impact of policies on the COVID epidemic) o Große Limitation: die strength of impelementation wird nicht gemessen o *Bitte um generelles feedback, nehmen gern noch weitere paper mit auf* o Auffälligkeit: Methode „Kontaktverfolgung" erscheint wenig wirksam: ABER ▪ Wirksamkeit der Umsetzung in den jeweiligen Ländern wird nicht erfasst ▪ Zeitpunkt der epidemiologischen Aktivität muss berücksichtigt werden (ab best. Fallzahl Kontaktverfolgung weniger wirksam, zusätzl. Maßnahmen wie Lockdown greifen) ▪ Dauer bis zur Testergebnismitteilung variiert im Ländervergleich ▪ *Kann so zeitnah auf Homepage publiziert werden, Limitationen in Zusammenfassung mitaufnehmen* Vorschlag: Analyse der Wirksamkeit der Kontaktverfolgung in Beispielländern in Abhängigkeit des Epidemiestadiums o Wirksamkeit einer Maßnahme an unterschiedlichen Werten messen (bei Kontaktverfolgung) in unterschiedlichen Ländern und Darstellung des Vorgehens in Deutschland o Bei Ländern mit hoher Dunkelziffer nach dieser stratifizieren o Compliance innerhalb der Bevölkerung ist zu berücksichtigen o Ggf. als eigenständige Veröffentlichung über Kontaktverfolgung	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	FG17 / ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	FG 36 / IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG 32
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 28.09.2020, 13:00-15:00, via Vitero	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*28.09.2020, 13:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
	  o Vorstellung Studie COALA (Corona - anlassbezogene Untersuchungen in Kitas)
	  o Amtshilfeersuchen
	  ▪ Berlin
	  ▪ Pinneberg
		ZIG1
		
		FG32
		
		FG 27

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Pressebriefings	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Update Strategiepapier **b) RKI-intern**	Leitung
8	**Dokumente** • Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier	FG36/37

9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Impfung	FG33
13	**Surveillance** • Bevölkerungszahlen, SurvNet-Update	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Digitale Aussteigekarten	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 30.09.2020, 11:00-13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*28.09.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG27
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Bundeswehr

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 32,9 Mio. Fälle und ca. 995.000 Verstorbene (3,02%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Neu hinzugekommen ist Vereinigtes Königreich auf Platz 10, Peru ist weggefallen.
	  o Anstieg bei %-Veränderung ist besonders groß im in UK, Israel und Frankreich.
	  o Israel ist auf Platz 1 bei Inzidenz der letzten 7 Tage.
	  o Außer Indien und die Russische Föderation überschreiten alle Länder den Schwellenwert >50 bei der 7d-Inzidenz.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 51 Länder mit Inzidenz >50
	  o Seit Freitag neu auf der Liste ist Belize in Amerika und San Marino und Färöer Inseln in Europa.
	  o Vor allem Nord- und Südamerika sind stark betroffen.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Europa
	  o 11 Länder mit Inzidenz >50, seit Freitag ist Malta nicht mehr auf der Liste, UK ist neu dazugekommen.
	• Zusammenfassung
	  o Amerika: ca. 38% der neuen Fälle und 53% der neuen Todesfälle in den letzten 7 Tagen. Die meisten Fälle/Todesfälle in Brasilien, USA.
	  o Asien: ca. 40% der neuen Fälle und 33% der neuen Todesfälle, vor allem in Indien, Israel, Indonesien, Irak und Iran.
	  o Afrika: vergleichsweise wenig Fälle (2,6%), davon fast 29% in Marokko und 19% in Südafrika.
	  o Europa: weiterhin Anstieg in den meisten Ländern, ca. 20% der neuen Fälle, 11% der Todesfälle.
	  o Ozeanien: Rückgang der Fälle in Melbourne, Australien, Maßnahmen werden ab 29.09. gelockert.
	• Wie kommt es zur geringen Anzahl von Todesfällen in Indien?
	  o Wie Todesfälle gezählt werden, ist nicht bekannt.
	  o Evtl. an der Alterszusammensetzung? Nur 5% der Inder sind älter als 60 Jahre.
	  o Demografische Zusammensetzung spielt eine Rolle, aber auch, wo sich die alte Bevölkerung aufhält (Stadt/Land, in Einrichtungen/Familie). Es wird bald mehr Literatur dazu geben.
		ZIG1
		[redacted]

	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  o SurvNet übermittelt: 285.332 (+1.192), davon 9.460 (3,3%) Todesfälle (+3), Inzidenz 337/100.000 Einw., ca. 252.500 Genesene, Reff=1,18; 7T Reff=0,98
	  ▪ Auch am Wochenende Zuwachs von mehr als 1.000 Fällen.
		FG32
		[redacted]

	▪ 7-Tage-Inzidenz: 14 Fälle /100.000 Einw. o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Berlin mit höchster 7-Tage-Inzidenz, dann Bremen. ▪ In Bayern leichter Rückgang, insgesamt stetiger Anstieg. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Westen und Süden stark betroffen, aber zunehmend auch andere Regionen. ▪ Top 15 Landkreise alle mit Inzidenz >30. ▪ 4 LK mit Inzidenz >50: SK Hamm, SK Remscheid, LK Dingolfing-Landau, SK Berlin-Mitte ▪ In Großstädten diffuses Geschehen. ▪ Rhön-Grabfeld: Hochzeitfeier mit 78 Gästen, davon 36 pos. getestet. ▪ Leichter Rückgang der Inzidenz in München. ▪ 5 Berliner Stadtbezirke in Liste der LK mit Inzidenz >25. Verzögerung der Übermittlung in Berlin trägt auch zu Anstieg bei, in welchem Umfang ist unklar.	
	• Vorstellung Studie COALA (**Co**rona - **A**n**l**assbezogene Untersuchungen in Kit**a**s) (Folien hier) o COALA-Studiendesign (Modul 4 der Corona-Kitastudie) ▪ Eingeschlossen werden nur Kitas mit einem akuten Ausbruchsgeschehen mit mind. 1 Kind oder mind. 1 Mitarbeitenden. ▪ Geplant: 20-30 Kitas in 6-8 Monaten ▪ Pro Kita ca. 15 Kinder und ca. 3 Betreuungspersonen. ▪ Infizierte und Exponierte aus Kita sowie deren Familien werden zuhause besucht, untersucht (Mund-Nase Abstrich, Speichelprobe und Blut) und befragt. ▪ An Tag 3, Tag 6, Tag 9 und Tag 12 nehmen die Untersuchten einen Mund-Nase Selbst-Abstrich vor und schicken diesen zusammen mit einer Speichelprobe ans RKI. Außerdem sollen sie ein Symptomtagebuch führen. o Fragestellungen ▪ Welche Rolle spielen Kinder im Infektionsgeschehen? Wie infektiös sind Kinder? • Berechnung der sekundären Attackrate (wie viele Kontaktpersonen hat ein infiziertes Kind angesteckt) im Vergleich zu Erwachsenen. ▪ Wie verlaufen COVID-19-Infektionen bei Kindern? Durch Symptomtagebücher und die Messung der Viral load alle drei Tage kann festgestellt werden: • Wann die Symptomatik beginnt. • Wie viele Fälle asymptomatisch verlaufen. • Wie lange die Beschwerden dauern. • Und wie sich die Symptomatik zur Virusmenge verhält. ▪ Welche Rolle spielt das Kita-Umfeld? • Einfluss von Gruppenstruktur, Räumlichkeiten, Außengelände, Hygienemaßnahmen wird untersucht.	FG27 [redacted]

	o Beginn mit Planungen im Juni 2020; bisher: Fertigstellung von Infomaterialien, Vernetzung, Genehmigung des Ethikantrags, Schulung des Feldteams. o Ab 12.10. Beginn Feldphase, Intensivierung der Kontakte mit den GA. o Bundeswehr bietet Unterstützung bei Kontaktherstellung zu GA an. o Die Studie findet bundesweit statt und folgt den Ausbruchsgeschehen. Noch ist nicht abzusehen, ob eine Auswahl der Kitas nach bestimmten Kriterien getroffen werden kann oder alle eingeschlossen werden müssen, die in Frage kommen. o Kapazitätsgrenzen liegen bei ca. 1 Kita pro Woche. o BZgA ist vom pos. Ethikvotum erstaunt. Es wird jedoch kein tiefer Rachenabstrich durchgeführt, sondern eine Kombination aus einem Abstrich im Mund und im vorderen Nasenraum. In dieser Kombination wird in etwa die Sensitivität eines tiefen Nasenabstrichs erreicht, außerdem Speicheltest. o Die Kontaktaufnahme muss immer über die Landesbehörden erfolgen. o Das Projekt wird morgen bei der EpiLag vorgestellt. • Amtshilfeersuchen aus Berlin und Pinneberg o Zurzeit wird geprüft, ob die Amtshilfeersuchen bedient werden können. o Pinneberg (SH): ▪ Kontakt mit Bundeswehr wurde hergestellt, da das RKI Schwierigkeiten hat, das Ersuchen zu bedienen. o Berlin: ▪ Containment Scouts für Kontaktpersonennach-verfolgung, Quarantänebetreuung und -überwachung, sowie Unterstützung von Abstrichentnahme-Teams gesucht. ▪ Außerdem Personal für Krisenstab und LAGeSo angefragt, Infektionsschutz/Epidemiologie ▪ Unterstützung mit Containment Scouts ab Donnerstag möglich. ▪ Beratung in Form von Teilnahme an bestimmten Sitzungen und Unterstützung bei Auswertungen evtl. möglich. Frage, ob Ressourcen hierfür vorhanden sind. ▪ [redacted] von IBBS ist weiterhin zur Senatsverwaltung abgeordnet. *ToDo: Kontaktaufnahme für weitere Informationen mit* [redacted] *durch* [redacted] *ToDo:* [redacted] *nimmt das Thema in die Montagsrunde mit.*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Corona Warn-App	FG21

	o Letzten Donnerstag Vortrag von Hr. Wieler bei Akademie für öffentlichen Gesundheitsdienst. o Nutzerfreundlichkeit der Information in App wurde verbessert. o Evaluation mittels externer Datenquellen geplant. o Es besteht der Wunsch den Symptomstatus in App aufzunehmen, jedoch andere politischen Priorisierungen. o Ab 15.10. Internationaler Ansatz mit 3 anderen europäischen Ländern geplant. o Technische Anwendung: Verifizierung und Freigabe der pos. Ergebnisse durch GA hängen von entstehenden Kosten ab. (Einsparung von Kosten gewünscht) o Immer noch nicht alle Labore angebunden, stagniert im Moment etwas. • Symptome von pos. Getesteten sollen mit dargestellt werden? Nicht Symptome, sondern Symptombeginn soll angefragt werden. Im Moment werden nach Freigabe des pos. Ergebnisses alle Personen gewarnt, die Kontakt in den letzten 10 Tagen hatten.	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Soll am Mittwoch besprochen werden.	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Zunehmend Fragen aus Bevölkerung zum Unterschied zwischen Quarantäne und Isolation, vor allem bei Urlaubsrückkehrern bei nachträglicher Ausweisung von Risikogebieten. • Hinweise auf Pflegeeinrichtungen aus Bevölkerung, in denen die AHA-Regeln nicht eingehalten werden. • Risikosituationen wurden ausführlich dargestellt, visualisiert und auf eine Seite gebracht. Infoblatt - Achten Sie auf die „Drei Gs“! - ist verfügbar, soll intensiver beworben werden. **Presse** • Bestrebung der Bundeskanzlerin, dass das RKI wieder regelmäßige Pressebriefings durchführt, hält die Pressestelle nicht für sinnvoll. Gemeinsame Pressekonferenzen mit BMG werden favorisiert, evtl. eine erste am nächsten Donnerstag oder Dienstag kommende Woche. Noch ist nicht klar, ob sie regelmäßig stattfinden werden. **Bundeswehr** • Wo und wie werden Labormeldungen über Probenstau erfasst und gehen diese Infos auch an die lokalen GA? Hintergrund: Laborbefund ist von Montag - Mittwoch innerhalb von 2 Tagen da, ab Donnerstag dauert dies zum Teil eine Woche. In welchen Bereichen besteht der Stau und warum? o Keine Meldung, sondern freiwillige Erfassung der Labore über Voxco, lokale Differenzierung ist in dieser Abfrage nicht möglich. Kleinräumige Auszuweisung wäre auch nur bedingt sinnvoll, da Labore großräumig agieren.	BZgA Presse Bundeswehr

	o Weitere parallele Abfrage der Bundeswehr wäre nicht zielführend. o Infos aus ARS sind kleinteiliger. Jedoch nur Informationen über Dauer von Abnahme bis zur Beprobung vorhanden, nicht bis zur Ergebnismitteilung. Dieser Zeitabschnitt könnte untersucht werden. Es müsste mit den Laboren geklärt werden, inwieweit diese Infos rausgegeben werden können. *ToDo: Abstimmung hierzu zwischen [redacted] und Bundeswehr*	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Update Strategiepapier (Dokument hier, Grafik hier) o Wurde nach Treffen mit Beratergremium nochmal überarbeitet und erneut mit [redacted], [redacted], [redacted] und mit Hr. Schaade diskutiert. o In der Grafik werden 3 Szenarien beschrieben und Ziele, Schwerpunkte und Instrumente benannt. o Ziel ist Perspektiven, wie es weitergehen soll, aufzuzeigen. o Soll am 15.10. in einer Pressekonferenz als RKI Strategiepapier vorgestellt werden, vorausgesetzt es findet Zuspruch im BMG. o Bitte an den Krisenstab das Dokument dahingehend durchzusehen, ob ein wesentliches Element vergessen wurde und ob das Dokument kongruent mit den anderen Papieren ist. o Soll morgen ans BMG übermittelt werden. Deshalb muss die Rückmeldung bis spätestens heute Abend erfolgen. *ToDo: wird per Mail im Krisenstab zirkuliert. Rückmeldung spätestens bis heute Abend.* **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
8	**Dokumente** • Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier o Soll erst am Mittwoch besprochen werden	FG36/ FG37
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nichts Neues	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 o In der KW 39 gingen 1.747 Proben ein, davon waren 137 (7,8%) positiv auf SARS-CoV-2. o Komolo: letzte Probe gestern eingegangen, bisher eine Probe positiv. o 17./18.09. Akkreditierung durch DAkkS • Virologische Surveillance	ZBS1 [redacted] FG17 [redacted]

	o 88 Proben, davon 55% pos. auf Rhinoviren getestet. o 1 positiver SARS-CoV-2 Nachweis bei >50 jährigen Mann mit Fieber, keine Info über Risikokontakte. Symptomatik nicht so einfach von Influenza zu unterscheiden. Keine Reaktion auf Einzelfälle notwendig, Einzelfälle sind noch keine Community transmission. o Vorbereitung auf Wintersaison, saisonale Coronaviren sollen in Diagnostik einbezogen werden.	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapiehinweise werden zurzeit umfangreich überarbeitet.	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Impfung o STIKO hat Mandat Impfempfehlung zu entwickeln. Deutscher Ethikrat und Leopoldina sollen einbezogen werden, d.h. 8 zusätzliche Experten, die nicht alle Expertise in Impfprävention haben. o Zunächst soll ein ethischer Leitfaden für Priorisierung von knappen Impfstoffmengen entwickelt werden. o Im Laufe des Oktobers hat FG33 Jour fixe Termine mit Impfstoffherstellern, die dann ihre Impfstoffe vorstellen. o Daten aus Phase 3 Studien liegen noch nicht vor. Es gibt bis zu 10 Impfstoffe, die peu à peu auf den Markt kommen werden. o Zulassung bei FDA vor US Wahlen ist nicht gewünscht, auch nicht bei europäischer Behörde, d.h. es wird erste Ergebnisse nicht vor November geben. o Alle Impfstoffhersteller produzieren bereits Impfstoffe, die voraussichtlich ab 1.Quartal 2021 zur Verfügung stehen werden. o Im Mai wurde bereits ein erstes Konzept für die Einführung der Impfung entwickelt. Monatelang ging das Konzept hin und her, es wurde z.B. diskutiert, wo geimpft werden soll. o Nun soll das Konzept nochmal überarbeitet werden und in einer nationalen Impfstrategie münden, die dann mit den Bundesländern geteilt werden kann.	FG33 [redacted]
13	**Surveillance** • Bevölkerungszahlen, SurvNet-Update o Ab Anfang Oktober werden neue Bevölkerungszahlen zu Grunde gelegt, möglicherweise wird dies in einzelnen LK Inzidenzsprünge auslösen. o Das Survnet Update ist verfügbar, aber noch nicht in vielen GA installiert. Es beinhaltet mehr Variablen: z.B. im Bereich KoNa; bei Betreuung und Unterbringung ist Mehrfachauswahl möglich und die Beziehung zur Einrichtung; Zugehörigkeit zur Bundeswehr; serologische Ergebnisse im Detail; Fall bekannt durch Corona-Warn-App Kontakte; Expositionsland. o Diese Variablen werden erst peu à peu in einem auswertbaren Zustand sein.	FG32

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**
	• Digitale Aussteigekarten
	  o Ab 01.11.: bis dahin Scan-Post-Lösung
	• Ziemlich viel Aufruhr, weil Tirol als Risikogebiet deklariert wurde.
	  o Presse erfährt auch erst frühestens eine Stunde vorher, was als Risikogebiet deklariert wird.
	  o BMG hat normalerweise am Vormittag die GA, die für Flughäfen zuständig sind, informiert, welche Risikogebiete neu dazukommen. Letzte Woche war dies nicht der Fall.
		FG38

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Interaction Review zum Lagemanagement im Haus wird diese Woche an alle Beschäftigten gehen.	

16	**Wichtige Termine**
	• CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft
	  o Morgen einziges Treffen der CMO in dieser deutschen EU-Ratspräsidentschaft.
	  o Kontaktpersonennachverfolgung im Reiseverkehr ist auf der Agenda, Zeitrahmen ca. 2,5 Stunden.
	  o Ziel wäre eine Entscheidung, dass die Beförderer bessere Kontaktdaten zur Verfügung stellen müssen.
	  o Eine Überlegung ist ein Portal, in das sich Reisende eintragen müssen.
	  o Nächste Woche kann dazu mehr berichtet werden.
		FG32/ FG38

17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.09.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*30.09.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
	  o Regionale Positivenquote an ECDC
		
		ZIG1
		
		FG32
		FG 37

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Pressebriefings	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern**	 Leitung
8	**Dokumente** • Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier	 FG36
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	 FG36/IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** •	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • Rückmeldung zu CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 02.10.2020, 11:00-13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.09.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (VPräs)

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- MF 3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 33 Mio. Fälle und ca. 1 Mio. Verstorbene (3,0 %)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  • Unverändert im Vergleich zu Montag, Indien weiter führend, Trends insgesamt leicht abnehmend, während Entwicklung in Europa dynamischer zu werden scheint
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew
	  • 50 Länder mit Inzidenz >50; Ozeanien: Franz. Polynesien neu hinzugekommen; Amerika: United States Virgin Islands und Guyana nicht mehr gelistet; Länder Eurasiens: unverändert
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew Europa
	  • Neu hinzugekommen: Rumänien
	• Telefonkonferenz zu Risikogebieten
	  • Beratung zu Risikogebieten immer Mittwochs mit BMG, BMI und weiteren Beteiligten statt
	  • Erläuterung der Hintergrundinformationen als Entscheidungsgrundlage anhand des Beispiels Belgien (s.u.)
	  • Montags Hintergrundrecherche zu Ländern im Fokus anhand von WHO-Daten (bilden Daten täglich und regional ab), dazu wird die Situation jeweils im gesamten Land erfasst sowie weitere Parameter wie Testrate und Situation in Krankenhaus und ITS hinzugezogen
	  • WHO EURO Daten mit Farbkodierung (Folie 5): Rot = Schwellenwert (50, gestrichelte Linie in Grafik) überschritten und KEIN Risikogebiet (hier Wallonia, Flandern); Orange = Schwellenwert überschritten UND Risikogebiet laut RKI (hier Brüssel); Brüssel zudem bei > Schwellenwert (x / 10 T) von 10 = an 10 von 10 Tagen Schwellenwert-Überschreitung
	• Zusammenfassung:
	  • Mehr als 1 Mio. Todesfälle, vor allem Amerika, Asien
	  • Derzeit sehr aktives Infektionsgeschehen in Europa
	
	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
		ZIG1 [redacted]
		
		FG 32

- 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 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

[redacted]

Laborbasierte Surveillance (Folien hier)

- Testhäufigkeit (dargestellt: ca. 1/3 der Labore; Folie 2): ggf. Zenit erreicht
- Anzahl Testungen pro 100.000 Ew nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Folie 3): nach wie vor Ältere sowie 15- bis 59-Jährige vermehrt getestet
- 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 %
- 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

FG 37 [redacted]

	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) • 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 • Bayern (Folien 8 & 9): Verlauf hier ähnlicher zu Daten von Deutschland insgesamt • Tage zwischen Probenentnahme und Tag der Durchführung des Tests (Folien 10 jeweilige Anzahl der Tests & 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 • Auffälligkeiten o.g. Daten im Vergleich werden weiter eruiert	
	Syndromische Surveillance (Dokument hier) • Grippeweb: Gesamt-ARE-Raten bis 39 KW liegen unterhalb derer der letzten drei Vorsaisons • ARE-Rate bis 39. KW: Kinder: Anstieg eine Woche früher im Vergleich zu Vorsaison; Erwachsene: derzeit Anstieg, aber unter Werten der letzen zwei Vorsaisons • AG Influenza Praxisindez: relative Anzahl der ARE-Besuche in Arztpraxen im Vergleich zu letzten drei Vorsaisons insgesamt niedriger, kein derzeitig zu verzeichnender Anstieg • ARE-Konsultationsinzidenz: zwei Peaks bei Kindern (0 bis 4 und 5 bis 14 Jahre) nach Lockdown bei partieller Schulöffnung sowie nach Ferienende • 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 > 60-Jährigen in Berlin/BB hat sich wieder relativiert • 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) • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: normales saisonales Niveau, transient höherer Anteil hospitalisierter Kinder wieder zurückgegangen • Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: in 38. KW auf 5 % gestiegen *ToDo: Eruierung möglicher Erklärungsansätze des in allen abgebildeten BuLä zu verzeichnende Anstieg vor Ferienende (um KW 27*	FG 36 [redacted]

	in Berlin/BB, um KW 30 in Bayern und BaWü) mit Ausnahme von NRW (siehe Folie 7)	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein bedarf	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Derzeit Engpässe hinsichtlich Internetauftritt bis voraussichtlich kommende Woche *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)* **Bundeswehr** • Nicht anwesend	BZgA Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Strategiepapier liegt im BMG zur Freigabe • Rückmeldung zum weiteren Umgang mit Empfehlungen (bspw. hinsichtlich häuslicher Quarantäne) steht seitens BMG aus • Überlastungsanzeigen aktuell seitens SH Pinneberg und Berlin; laut EPILAG 29.09. viele weitere BuLä jedoch sehr dicht an Überlastungsanzeige • Kontaktpersonennachverfolgung essentiell, soll aufrechterhalten werden • Containment Scouts überaus gutes Erfolgsmodell in der Unterstützung *To Do: In Rücksprache mit Gesundheitsämtern klären, wie Arbeitslast reduzierbar ist (bspw. hinsichtlich täglicher Anrufe der von in Quarantäne befindlicher Personen durch die Gesundheitsämter)* *To Do: Proaktives Herantreten an BMG: Nach unserem Eindruck und*	Leitung (Lars Schaade)

	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) **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

8	**Dokumente**
	Änderungen im Kontaktpersonenmanagementpapier (Dokument hier)
	• Kontaktpersonen Kategorie I, zwei Falldefinitionen unterschieden (siehe S. 3):
	  • 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 > 1,5 m</u>
	  • 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>.
	  • *Zusatz soll gestrichen werden (dazu weiter siehe unten)
	  • Diese Falldefinitionen sind nun detaillierter beschrieben
	  • Änderung entsprechend in Tabelle: KP1 unterschieden zwischen Nahfeld und Aerosol, deutlichere Überschriften
	• Gestrichen werden soll (S. 6): *Eine Testung asymptomatischer Kontaktpersonen der Kategorie 1 zur frühzeitigen Erkennung von prä- oder asymptomatischen Infektionen sollte durchgeführt wer-den. Die Testung sollte so früh wie möglich an Tag 1 der Ermitt-lung erfolgen, um mögliche Kontakte der positiven asymptoma-tischen 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 Wahr-scheinlichkeit für einen Erregernachweis besteht. Es ist zu betonen, dass ein negatives Testergebnis das Gesundheitsmonitoring nicht aufhebt und die Quarantänezeit nicht verkürzt!*
	• Synopse Kontaktpersonenmanagement (S. 12): Kontakt-reduktion 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)
	• Diskussion: FG14 weist auf Diskrepanz bzgl der Zulässigkeit von MNB bei Patienten zu Schutzmaskenempfehlungen der BAuA hin und bittet um
		FG36 [redacted]

	Entscheidung des Krisenstabs. Der KS entscheidet, dass dieser Passus bestehen bleibt.
	•
	
	To Do: „bzw. (in viel kleinerer Anzahl) über Tröpfchen" : statt „bzw." bitte „UND" verwenden sowie „(in viel kleinerer Anzahl)" streichen
	
	To Do: Unterteilung Nahfeld – Fernfeld sollten breit verteilt erläutert werden, nicht nur hier oder im Steckbrief sondern auch in Erklärvideos, bitte an [redacted], das BZgA darauf anzusprechen
	
	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!
	Hierbei ggf. zu berücksichtigende Diskussionspunkte:
	• ggf. Diskrepanz zur generellen Empfehlung des MNS der BAuA
	• Empfehlung in diesem Schriftstück gilt für generelle, ambulante Versorgung, nicht ausschließlich Krankenhaus
	• BAuA-Kompetenz gegenüber Beschäftigten *versus* Patienten
	• Bezug zu anderen Hygieneempfehlungen
	• Weiter zu beachten: Detailgrad der Definitionen (Dauer, Raumgröße, hinsichtlich Partikelhalbwertszeiten, Quantifizierbarkeit Viruslast einer Person), Möglichkeit des Auftretens neuerlicher Nachfragen und Missverständlichkeiten o.ä.
	• Wahl der Testzeitpunkte bzw. Möglichkeit der Testeinsparnis: so früh wie möglich ab Tag 1 der Ermittlung sowie an Tag 5 – 7:
	  • ggf. Tag 1 nach Ermittlung weglassen, da das ohnehin eher der Tag 3 oder 4 wäre oder
	  • ersten Testzeitpunkt beibehalten, da betreffende Person danach sowieso quarantänisiert, dient dann der KP-Information	

9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance: stabiles Niveau, 50 % Rhinovirus, keine weiteren Influenza/SARS-COV2-Nachweise	FG17 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Zunahme von Patientenverfügungen auf Verzicht auf Beatmung zu beobachten *To Do: „Klinisches Management" bitte für Freitag in Agenda mitaufnehmen*	FG36/IBBS [redacted]

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG33
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • CMO-Treffen EU-Ratspräsidentschaft: u.a. Kontaktpersonen-nachverfolgung angesprochen, grundsätzlich positives outcome, arbeiten derzeit am Summary	FG32/ FG38 [redacted]
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 02.10.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*02.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
		
		ZIG1
		
		FG32
		FG 37

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Änderung nötig?	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • (Positiver) Effekt der Coronamaßnahmen auf übertragbare Erkrankungen • IFG Anfrage des NDR: Nowcast der BL – grundsätzliche Diskussion: online stellen vs. gezielt beantworten?	 Leitung FG12 FG38, alle
8	**Dokumente** • Aktualisierung Steckbrief?	 FG36

9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
11	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klinisches Management	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
14	**Surveillance** •	FG32
15	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Prozess Aussteigekarten und Verordnungen	FG38
16	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Erreichbarkeiten und Bearbeitungszeiten des Lagezentrums	FG38
17	**Wichtige Termine** •	alle
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 05.10.2020, 13:00-15:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*02.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade (Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Datenstand 01.10.20 o Top 10 unverändert im Vergleich zum Mittwoch, nur zwei Länder haben den Rang getauscht; o Anscheinend stabilisieren sich auf hohem Niveau die neuen Fälle auf dem amerikanischen und asiatischem Kontinenten. • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o Heute 55 Länder mit 7-T.-Inz. > 50 Fälle/100.000 Ew. im Vergleich zum Mittwoch sind es heute 5 Länder mehr; o In Afrika: steiler Anstieg in Tunesien (50,74) • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu gelistet: Slowakei und Irland • Studie: „Seroprevalence of SARS-CoV-2 antibodies in people with an acute loss in their sense of smell and/or taste in a community-based population in London, UK: An observational study“ o Gestern in PlosMed erschienen; in GB durchgeführt; o 78% der Pat. mit akutem Geschmacks- und Geruchsverlust wurden pos. auf SARS-CoV-2 getestet; o 40% von ihnen hatten kein weiteres Symptom (bedeutet in Studie kein Husten oder Fieber); o TN mit Geruchsverlust waren dreimal bzw. mit Geruchs- und Geschmacksverlust viermal häufiger seropositiv als TN mit akutem Geschmacksverlust; o Vorsicht: Hier wurden leichte Erkältungssymptome (Verstopfte Nase) als kein Symptom bewertet. • Zusammenfassung: o Hohes Niveau Anzahl der Neuinfektionen in Amerika und Asien, aber rückläufiger Trend erkennbar; o Weiterhin sehr aktives Infektionsgeschehen in vielen Ländern Europas (Spanien, Frankreich, GB, Tschechien, Niederlande, Slowakei; Polen) o POTUS und FLOTUS sind positiv auf COVID-19 getestet • Fragen o Wie häufig ist Geruchsverlust bei anderen Viruserkr., bzw. bei COVID? o Geruchsverlust ohne verstopfte Nase ein sehr spezifisches Symptom f. COVID-19, liegt aber nicht bei allen Infizierten vor; o Vorsicht bei GB Studie: Halten sich sehr an WHO Def. Hier sind leichte Erkältungssymptome gleich keine Symptome interpretiert **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • SurvNet übermittelt:	INIG [redacted] Presse FG 36 [redacted]

	+2.673 neue Fälle, dieser Anstieg im R-Wert noch nicht so deutlich; auch nicht bei ITS im Vergleich zum Vortag • 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum o Anstieg v.a. in Bremen und Berlin: Auf Nachfrage in beiden Landesstellen wird ein diffuses Geschehen genannt; kein Ausbruchsgeschehen o leichter Anstieg in NRW und HH o Im Bundesdurchschnitt wird ein leichter Anstieg fortgesetzt • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o 43 LK haben über 25-50 Fälle/100T Ew.; o nur noch 5 LK, in denen keine Fälle übermittelt wurden; o spezifisches Ausbruchsgeschehen in Hamm und SK Berlin Mitte • Anz. Der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 30.09.2020) o Seit Beginn der Testungen in Dtl. bis einschl. KW39/2020 sind 16.999.253 Labortests erfasst, davon wurden 328.566 pos. auf SARS-CoV-2 getestet. o Sehen erstmal keinen Anstieg, mehr Leute getestet, pos. Rate leicht angestiegen auf 1,22% • Probenrückstau (Stand 30.09.2020) o In KW 39 gaben 46 Labore einen Rückstau von 15.983 abzuarbeitenden Proben an o 35 Labore nannten Lieferschwierigkeiten für Reagenzien • Mortalitätssurveillance diese bezieht sich auf Datenstand Ende August o zurzeit keine Übersterblichkeit erkennbar • ITS zeigt eine kleine Zunahme im Vergleich zu den letzten Monaten, Anfrage beim DIVI Team zur besseren Darstellung ist bereits erfolgt • Berlin ist eigentlich eine sog. Einheitsgemeinde und somit ein LK; Mecklenburg-Vorpommern versteht Berlin auch als Einheitsgemeinde; so bald eine 7-T.Inz./100.000 Ew. von über 30 Fällen erreicht ist, gibt es keine Beherbergung für Touristen aus Berlin. • STAKOB berichtet auch Zunahme der ITS-Belegung	FG 32 [redacted] FG32/38 [redacted] FG37 [redacted]
2	**Internationale Projekte (nur freitags)** • Mission im Kosovo kommt zum Ende; [redacted] fährt zum Projektabschluss am Montag in den Kosovo o Nach 2 Wo. intensivem Austausch, Unterstützung und Trainings im Labor- aber auch im klinischen Bereich mit breiter Unterstützung von BW, STAKOB und vielen • Weitere Mission ab Mitte Oktober ist Namibia: o twinning project; speziell Unterstützung zur COVID-19 Situation; Probleme v.a. im Bereich Klinik • Neue Koordinatorin der globalen SeroStudien: Willkommen [redacted] o Ziel ist ein gemeinsamer RKI Ansatz	ZIGL [redacted]

	• Charité hat viel im lateinamerikanischen Raum unterstützt. Jetzt Treffens mit Auslandsvertretungen der Länder in Berlin zur Nacharbeitung/Nachbereiten Einsätze im Bereich Diagnostik, sehr interessant	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Update Risikobewertung anschauen: Ob wir immer Lüften (sollte neben AHA präsenter sein) und ob CWA (BMG verwendet A für App) dabei stehen sollte • Letzte Rapid Risk Assessemnt des ECDC zeigt Diskrepanz zu deutscher Einschätzung, dies sollten wir erklären • Schaade: Abkürzungen wie das BMG verwenden *To Do: [redacted] macht einen Formulierungsvorschlag bis Montag (05.10.20), um Missverständnisse wegen der Diskrepanz zw. ECDC RRA und unserer Einschätzung vorzubeugen/ aufzuklären.*	Alle Leitung
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** Keine Update Punkte; trotzdem pro Tag 30-40 Anfrage durch Presse **Bundeswehr** • Nicht anwesend	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Quarantäne-Bedingung für Kinder: o Im Namen von Hr. Wieler Bericht über Gespräch: o Berichtet wurde: GÄ ordnen bei Kindern Quarantäne unter extremen Maßnahmen an; Kinder sollen 14 Tage isoliert allein im Zimmer verbleiben und nur zu den Mahlzeiten Kontakt mit den Familien haben; o Daher Beschwerden durch Eltern; o Können wir für Kinder unter 10-12 Jahren klarstellen, wie Quarantäne f. Kinder gemeint sind? o Zustimmung von Teilnehmern o IBBS und BZgA hatten Merkblätter zur Quarantäne erstellt, daher könnte auf Basis dieser ein Merkblatt zur Kinder-Quarantäne entwickelt werden. *To Do: IBBS (FF) unter Mitarbeit von FG36 erhält Auftrag ein Merkblatt Kinder-Quarantäne zu entwickeln.*	Leitung (Lars Schaade) FG36 [redacted]

	b) RKI-intern • Über Pressemeldung besteht in Berlin MNS Pflicht auch im Arbeitsumfeld, aber nicht beim Sitzen am Arbeitsplatz (wie schon die Regelung in Restaurants); Wird ab Montag im Haus umgesetzt • Personalrat schlägt nun doch das Aufstellen von Desinfektionsständer in den Liegenschaften vor; o Da Kontaktübertragung geringe Rolle spielt sprechen sich in einer Handabstimmung die Mehrheit gegen das Aufstellen der Desinfektionsständer aus • Neues Testkriterien-Papier: Für welche Tests ist dies gültig? Gilt nur für PCR Tests, da einzigen validierten Tests, solange Antigen noch nicht validiert • (Positiver) Effekt der Coronamaßnahmen auf übertragbare Erkrankungen o [redacted] und Team bearbeiten das Thema bereits. Herr Wieler ist informiert. Das Thema wird demnächst vorgestellt o Interpretation erweist sich als schwierig o Viel Absprache mit FG33 o [redacted] zieht sich von der FF zurück • IFG Anfrage des NDR: Nowcast der BL – grundsätzliche Diskussion: online stellen vs. gezielt beantworten? o Berichte zum Nowcast an BL sind rechtlich nicht als schützenswert eingestuft. Wird dem NDR gegeben, online stellen könnte noch mehr Nachfragen provozieren; o Diese Rechtseinschätzung betrifft wahrscheinlich auch weitere Berichte ans BMG, wie z.B. zum Kapazitätenmonitoring, Ausbüchen als auch DIVI-Update; o Bitte diese Rechtseinschätzung bei allen Berichten im Hinterkopf behalten, dass diese später durch IFG Anfragen herausgegeben werden o [redacted] hat Anfragen zum Veröffentlichen des Codes vom R-Wert und vom Nowcasting. Überlegung diesen online zu stellen; o Bitte bedenken, dass der Code/Script unveröffentlichte Variablen beinhaltet. Diese würden dann nach der Veröffentlichung auch angefragt werden;	Leitung (Lars Schaade) Alle Leitung (Lars Schaade)/ FG36 [redacted] FG12 [redacted] FG38/ alle
8	**Update Impfen** • Update zur Diskussion mit den BL zum Kauf bzw. Einsatz von Influenzaimpfstoffen: o Bund hat 6 Mill. Impfstoffdosen eingekauft o Beinhaltet auch 500.00 Impfstoffdosen von dem Sanofi Hochleistungsimpfstoff (Efluelda); dieser 10-30% effektiver als bisherige auf dem Markt; Dieser wird eher in Altenheime eingesetzt, steht erst im Nov. zur Verfügung; • Erfassung der Covid-19 Impfquoten:	FG33 [redacted]

	o Anfang der Woche Telefonat zur Impfquoten-Erfassung mit BMG: Diese Erfassung ist nationaler Impfstandard. Wir müssen wissen wer mit welchem Impfstoff geimpft wird. o Geplant sind vom BMG bisher 3 parallele Stand-Alone-Systeme: Dazu gehört Impfquotenerfassung durch Impfzentren, App des PEIs zur Erfassung von Nebenwirkungen; o Falls die Impfquoten-Erfassung ans RKI vom BMG gegeben werden, weil wir durch ÖGD Kontaktstelle viele neue Stellen haben o [redacted] o Problem: Wir brauchen eine vollständige/zentrale gut aufgestellte Erfassung der Impfquoten. Aber unsere Personalressourcen lassen dies nicht zu. o Als Alternative nennt das BMG eine Impfquoten-Erfassung bei den KVen; o RKI im Mai Entwurf beim BMG zur Erfassung eingereicht und jetzt noch keine Entscheidung o Prio ist: Bearbeiten, was wir als bestehende Systeme haben; Als Beispiel: Bisher keine Mittelverlängerung für DEMIS; die Mittel laufen zum 01.01.2021 aus; o Bitte an [redacted] direkt mit KVen dazu sprechen, denn wir brauch die Erfassung der Impfquoten o Eine Erfassung der Impfquoten per Telefonsurveillance wie 2009 als Alternative zu KVen Lösung o Auf Leitungseben mit FG33 weiteres Vorgehen besprechen ToDo: Treffen auf Leitungsebene zum weiteren Vorgehen zur Erfassung der Impfquoten	
9	**Dokumente** • Nicht besprochen	FG36
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
11	**Labordiagnostik** • Statistik: 1.157 Proben, 8,5% pos. Raten, o SK Tempelhof/Schöneberg: pos. Rate 22%!! • Präsentation: Vergleich Antigentests (RDT) über ZBS1 (Folien werden von ZBS1 nachgereicht) o Bisherige Ergebnisse ZBS1 o Ziel: Bewertung Schnelltests durch BMG beauftragt weniger als eine Wo. Zeit: identische Proben für ausgewählte Tests o Mehrere teilnehmende Labore in Kooperation mit RKI	ZBS1 [redacted]

	o Testauswahl sollte eigentlich durch Marktrecherche erfolgen, aber durch knappe Zeit, hat jeder getestet mit dem was sie hatten; o Bisherige Tests: Vorhanden vs. Geplant o Herstellung von Vergleichsproben: VL per qPCR bestimmt, Einfrieren/Auftauen kaum Einfluss und ebenso kein Einfluss, ob PBS vs. Medium o Gebrauchsanleitung an Partner versendet: 50 Röhrchen bei -80 Grad lagern, o Ergebnisse RKI aus diesem Standard: eingefroren wieder aufgetaut dann getestet: kleine Überlappung zwischen positiven und negativen Ergebnissen o Angabe der 50%- und 95%-Nachweiswahrscheinlichkeit o Ausblick: Anzucht ausgewählter Proben, Auswertung RKI Daten, Zusammenstellung aller Daten der Partner, Auswertung mit PEI, Abschließende Bewertung Abbott ID-NOW (Nukleinsäure Test) o Testungen in den anderen Instituten erfolgt ab jetzt o Großer Dank von Leitung an [redacted] und Team für diese Leistung in der kurzen Zeit	
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klinisches Management erfolgt am Montag, da die STAKOB noch tagt *To Do: Update Klinisches Management auf Agenda für KS am Montag, den 05.10.2020*	IBBS [redacted]
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
14	**Surveillance** • Update SurvNet wird gerade runtergeladen, Infobrief in Vorbereitung; • ca 22 GÄ und die meisten LS haben das neue Update bereits heruntergeladen; • Version läuft stabil, aber sehr umfangreiche Updates, was viele Nachfrage erzeugt; • Ab 05.10.20 werden Inzidenzberechnungen mit den neuen Bevölkerungszahlen durchgeführt; dies könnte Sprünge in Inzidenzen bewirken; • Leider haben Bundesländer andere Stichtage als RKI; dies ist diese Woche beim SK Berlin-Mitte aufgefallen; • Dies könnte im Lagebericht erklärt werden; • Abstimmung mit diesen Bundesländern bitte Anfang der Woche vornehmen, da Absagen von Bundesligaspielen viel Unmut erzeugt; • RKI Inzidenzen durch Übermittlungsverzug eher niedriger als Daten der BL; Vorort sind Daten genauer; BL nehmen oft	FG32 [redacted] Presse/AL3 Leitung FG32

	ihre Melderegister zur Inzidenzberechnung in Bezug auf Bevölkerung; • Destatis hatte die Bevölkerungsdaten zum Stand Ende 2018 erst im Sept. 20 veröffentlicht; brauchen diese zur Aufschlüsselung nach z.B. Altersgruppen sowie Geschlecht;	
15	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • [redacted]: neue Verordnungen vom BMG mit Inkrafttreten am 29.09.20; RKI betreffender Inhalt: o Aussteigekarten auch von Bundespolizei eingesammelt werden kann, wenn Einreisende aus Nicht-EU Ländern kommen o Bisher Beförderer die Karten einsammeln, jetzt die geben Reisenden diese direkt an Bundespolizei und diese an GÄ; Für Nachfragen sind RKI Adressen angegeben o Nächste Anordnung am 15.10.20 RKI • Bericht digitale Aussteigekarten: fachlicher Ansprechparten BMG vom RKI keine Rede, hoffen Projekt bleibt erstmal beim BMI;	FG38
16	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Lagezentrum (LZ) Update mit Präsentation (Folien hier): o Schichtzeiten vom LZ geändert: 8.30-18.00 und Position Internationale Kommunikation bis 21 Uhr; o Erlasse mit sehr kurzer Frist (2-3Std.) o AL3 richtet Aufruf zu mehr Unterstützung der LZ Schichten vor allem an Mitarbeiter außerhalb der Abt. 3	FG38
17	**Wichtige Termine** • Keine benannt	
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 05.10.2020, 13:00 Uhr, via Vitero	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*05.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Vitero*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
	  o Amtshilfeersuchen: Hessen, GA Marburg
	  Die benötigte Hilfe definiert GA Marburg in den nächsten Stunden
		
		ZIG1
		
		FG32
		FG 37
		
		FG38/LZ

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskrepanz zur Einschätzugn im letzten RRA ECDC	 [redacted]/alle
5	**Kommunikation** • Pressebriefings	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Bewertung des Referentenentwurfs zur Veränderung der Verordnung zum Anspruch auf Testung	 Leitung AL1
8	**Dokumente** •	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS

10	**Labordiagnostik** • Validierung von Ag-Testen	ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klin. Management	IBBS ([redacted])
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Verkürzung der Isolierung sowie der Quartäne	VPräs
13	**Surveillance** •	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** •	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 07.10.2020, 13:00-15:00	

Formatiert: Fußzeilenabstand vom Rand: 1,2 cm

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.10.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Vitero-/Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• Ca. 34,9 Mio. Fälle und ca. 1 Mio. Verstorbene (3,0%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Länder nicht verändert
	  o Seit mehreren Tagen abfallender Trend in Vereinigten Staaten und ansteigendehierr Trend in UK und Russischer Föderation.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 55 Länder mit Inzidenz > 50
	  o Tunesien ist ganz knapp nicht mehr auf Liste.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner Europa
	  o 16 Länder in EU mit Inzidenz > 50
	• Studie: Epidemiology and transmission dynamics of COVID-19 in two Indian states
	  o Große indische Studie mit ca. 85.000 Fällen und 600.000 Kontaktpersonen
	  o Ergebnisse:
	  ▪ Kinder aller Altersgruppen können sich anstecken und andere infizieren.
	  ▪ Eine kleine Anzahl von Personen (5%) ist für den Hauptanteil von Übertragungen (80%) verantwortlich. Die meisten Personen (71%) scheinen niemanden angesteckt zu haben.
	• Zusammenfassung (vergangene 7 Tage)
	  o Afrika: weiterhin geringer Anteil Fälle (2,6%) und Todesfälle
	  o Amerika: 37,6% aller Fälle
	  o Asien: 38,4% aller Fälle
	  o Ansteigender Trend in Europa (22,3% aller Fälle)
	  o Kaum Infektionen in Ozeanien
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  o SurvNet übermittelt: 300.619 (+1.382), davon 9.534 (3,2%) Todesfälle (+5), Inzidenz 362/100.000 Einw., Reff=1,21; 7T Reff=1,08
	  o 7-Tage-Inzidenz: 16,8 (steigt an)
	  o ITS: 424, Änderung zum Vortag: +20
	  ▪ Wichtig ist nicht nur Änderung zum Vortag zu betrachten, sondern Trend: zeigt leichten Anstieg der Anzahl Covid-19-Fälle in intensivmedizinischer Behandlung.
	  ▪ Anzahl Betten: Spiegelt das die Anzahl der mit Personal ausgestatteten Intensivbetten wieder?
		ZIG1
		[redacted]
		
		FG32
		[redacted]

hat formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 Pt.

	ToDo: [redacted] fragt nach wie die Daten erhoben werden. o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Gesamtinzidenz steigt kontinuierlich. ▪ Höchste Inzidenzen in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg ▪ Beruhigung in Bayern o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 7 LK mit Inzidenz > 50 ▪ 44 LK mit Inzidenz >25 ▪ Hamm: Ausbruch in Zusammenhang mit Hochzeit ▪ Remscheid und Berlin: diffuse Ausbrüche ▪ Vechta: Ausbruch in Pflegeheim • Welche Maßnahmen hat Bayern ergriffen, um den ansteigenden Trend zu stoppen? o Individuelle Maßnahmen, wie Maske tragen, wurden in München besser kommuniziert als z.B. in Berlin. o Die Empfehlungen des RKI wurden alle schon abgestimmt und ans BMG weitergegeben. Sie müssen von politischer Ebene auch kommuniziert werden. o BZgA hat Risikosituationen zusammen mit AHA-Botschaften auf Internetseite beschrieben. o Auch anderen Indikatoren zeigen deutliche Hinweise auf Anstieg, z.B. mehr Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen. Es besteht Handlungsbedarf. RKI sollte Politik nochmal darauf hinweisen. o Was ist das Instrument hierfür? Soll morgen bei Ministergespräch angesprochen werden. Könnte in AGI angesprochen werden. o Situation in München und Berlin ist nicht vergleichbar. Die Zielgruppe, junge Erwachsene, sieht Bedrohung nicht. Diese Gruppe ist der Schlüssel, um einen neuen Lockdown zu verhindern. o Was sind Instrumente vom RKI? Neue Hochrechnung? o Für Bevölkerung sind Hochrechnungen zu abstrakt, wäre nur für Politik relevant. o Ärzteschaft sollte nochmal deutlich machen, was eine schwere COVID-Infektion bedeutet. Langzeitfolgen sollten von Fachgesellschaften kommuniziert werden. o BZgA hat Materialien für junge Erwachsene vorbereitet. Es ist eine politische Entscheidung, ob sie damit an die Öffentlichkeit gehen kann. Gemeinsames Auftreten von BZgA und RKI sinnvoll. *ToDo: Absprache mit BZgA, wie mit den Materialien auf Politik zugegangen werden soll.*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	• Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC
	  o Auf Mittwoch verschoben
	• Sollte die Risikobewertung angepasst werden?
	  o Dünne Linie zwischen zu schnell reagieren und zu spät.
	  o Nicht auf „sehr hoch“ setzen, sondern Formulierungen anpassen (etwas eskalieren).
	ToDo: [redacted] schickt bis Mittwoch Formulierungsvorschlag in die Runde, dieser wird durch Krisenstab ergänzt.
	  o Hr. Wieler ist am Donnerstag in BPK mit Minister und kann die Risikobewertung kommunizieren.
		Alle

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• Motivlinie für Jugendliche ist beim Pretest gut in der Gruppe der 14-17 Jährigen angekommen, nicht so gut bei jungen Erwachsenen.
	• Aufkleber für Schulen für regelmäßiges Lüften wurde entwickelt.
	• Plakatierung mit Werbung für Grippeimpfung ist erfolgt. Es gibt einen Lieferengpass beim Impfstoff, Wartezeit 4-5 Wochen.
	  o Sorge, dass Risikogruppen keinen Impfstoff mehr bekommen oder bereits (d.h. zu früh) geimpft wurden. Optimale Impfmonate sind Oktober, November.
	• Viele Fragen aus der Bevölkerung zu Einreiseverboten und Quarantäne, wenn man aus innerdeutschen Risikogebieten (zurück)kommt, vor allem in Hinblick auf die kommenden Herbstferien.
	  o Hat das RKI eine Übersicht, welche BL welche Regeln haben? Auf Seite der Bundesregierung sind die Corona-Verordnungen der BL verlinkt. Eine tabellarische Übersicht gibt es nicht.
	  o MV und SH haben Quarantäneverordnung. MV betrachtet Berlin als Ganzes, SH die einzelnen Bezirke. Es gibt Beherbergungsverbote in einigen BL. Einige BL weisen keine innerdeutschen Risikogebiete aus. Berlin weist innerdeutsche Risikogebiete aus, dies gilt jedoch nicht für Einzelbezirke in Berlin.
	  o Innerdeutsche Risikogebiete sollen abgeschafft werden.
	• Wäre eine besondere Kommunikation für bestimmte Gruppen, z.B. türkische Community, sinnvoll, die von sich aus die Hotline der BZgA nicht in Anspruch nehmen?
	  o Materialien in verschiedensten Sprachen sind vorrätig, sollten gezielt beworben werden.
	Presse
	• Hr. Wieler nimmt am Donnerstag, den 8.10. zusammen mit Minister Spahn an der Bundespressekonferenz teil.
	• Mahnwache am Nordufer: Soll im Haus kommuniziert werden, wie damit umgegangen werden soll?
	  o Pforte ist instruiert, RKI bekommt vorab Info, wenn Mahnwache geplant ist. Zurzeit handelt es sich nur um 2 Personen. Thema: Belastung der Bevölkerung durch die Maßnahmen, Verhältnis Maßnahmen zur Bedrohungen.
		BZgA
		
		Presse

	Bisher wurden die Mahnwachen eher unter dem Sicherheitsaspekt betrachtet. o Eine Kommunikation, wie die Mitarbeiter nicht reagieren sollen, ist im Moment nicht sinnvoll.	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Bewertung des Referentenentwurfs zur Veränderung der Verordnung zum Anspruch auf Testung (Entwurf hier, Zusammenfassung Diskussion hier) o Inhalt: Vergütung von Antigentesten in Ergänzung zur PCR. Als Ergänzung von Testoptionen und um Engpässe bei der PCR zu vermeiden, soll die Verordnung eine Grundlage für die Abrechnung schaffen. Intervalle für Kostenerstattung werden festgelegt. o Erwartung: RKI definiert Mindestkriterien für Antigenteste und stellt eine Liste von Tests zur Verfügung, die diesen Kriterien entsprechen. Dies würde zu nationalen Marktverzerrungen führen, diese Problematik wurde von [redacted] dem BMG gegenüber schon geäußert. Minister will die Nennung qualitativ ausreichender Teste. Eigentlich Aufgabe von BfArM, rechtliche Klärung von unserer Seite sollte erfolgen. o §4 präventive Testung: dafür nur Testkapazitäten in Form von Antigentesten vorgesehen. PCR Teste sollen nur im medizinisch- diagnostischem Bereich erfolgen. ▪ Beim Screening zum Schutz vulnerabler Personen ist einmal pro Woche angegeben. Schwächen in der Sensitivität kann durch häufiges Testen kompensiert werden (Vorschlag von AG Diagnostik). ▪ Angedacht war der Einsatz im Medizinischen Bereich, nun tauchen erstmalig auch Unternehmen im Text auf. o §6 Leistungserbringung: Teste sollen vom öffentlichen Gesundheitsdienst zur Verfügung gestellt werden. ÖGD als Lieferant von Medizinprodukten? o Abt. 1 muss morgen einen Kommentar dazu abgeben. o Antigennachweis sollte durch PCR ergänzt werden. IfSG-Anpassung vorschlagen. Antigennachweis ist auch meldepflichtig. o Die Positivrate wird sich nach oben verschieben, da die Personen vorselektiert sind. Eine separate Dokumentation der Nachtestung von positiven Antigentesten wäre sinnvoll. ▪ GA können dies nur erheben, wenn sie diese Information auch erhalten. Diese Angaben müssten auf Anforderungsscheinen gemacht werden, der von KV erstellt wird. [redacted] soll klären, ob Einfluss darauf genommen werden kann.	AL1 [redacted]

hat formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 Pt.

hat formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 Pt.

	▪ Müsste in Meldesoftware angepasst werden. ▪ Bei Voxco-Abfrage und bei ARS müsste geprüft werden, ob es möglich ist, diese Information zu erhalten. ▪ Vermutlich sehr schwierig hierzu eine Aussage zu treffen, da Teilinformationen aus verschiedenen Systemen. Gibt es eine Möglichkeit, dass alle pos. Antigenteste erfasst werden? Viele Fragen offen. o Zur Meldepflicht: was für Konsequenzen hat ein positives Antigentest-Ergebnis, sollen GA das erfahren und bereits erste Maßnahmen ergreifen? ▪ Bei den aktuellen Prävalenzen in der Bevölkerung ist der pos. Vorhersagewert sehr schlecht. 2/3 aller pos. Proben könnten in PCR nicht bestätigt werden. Deshalb sollen GA nicht aufgrund von Antigentests tätig werden. Eine Bestätigung durch PCR ist nötig. ▪ GA brauchen hierfür klar definierte Anweisungen und gute Begleitmaterialien. ▪ Ergebnisse von Antigentesten sind meldepflichtig, auch Arztpraxen haben Meldepflicht. Über Falldefinition kann geregelt werden, dass nur bei positiver PCR-Bestätigung die Person als Fall betrachtet wird. o BMG hat Mio. von Testen von verschiedenen Herstellern gekauft und wird diese über GA ausgegeben. Bei GA wird belassen, dass eine entsprechende Bestätigung stattfindet. o Zusätzliche Arbeitsbelastung für GA? Falldefinitionen haben keinen Einfluss auf durchgeführte Tests. Last bleibt bei GA. o Wurde in AGI diskutiert, Tests sind eingekauft, diverse Kosten drum herum müssen BL selbst organisieren. o In Rückmeldung ans BMG soll mitaufgenommen werden, dass ein PCR-Nachtest enthalten sein muss. *ToDo: Bitte Anmerkungen bis morgen um 10 Uhr [redacted] in einer Mail zukommen lassen.*	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG37
10	**Labordiagnostik** • Validierung von Ag-Testen (Vorschlag hier) o Jeder Antigentest, der abrechenbar ist, muss ein Vergleichsprotokoll durchlaufen. Hierfür ist die schnelle Gewinnung von klinischem Vergleichsmaterial zur Bewertung der Antigen-Schnellteste notwendig. o Plan von ZBS1: ▪ In ZBS1 positiv gemessene Patienten werden am nächsten Tag besucht und mit so vielen Tupfern wie möglich beprobt. GA könnten das mit Einwilligungs-bogen bei erster Probennahme vorbereiten. Ethikvotum und Aufklärungsbogen sind vorhanden.	ZBS1 [redacted]

hat formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 Pt.

	▪ Proben eines Patienten werden gepoolt und in der PCR gemessen. Patienten vergleichbarer Viruslast werden gepoolt und Vergleichsproben hergestellt. ▪ Für das Pipettieren der Proben wird für ein paar Tage Hilfe aus anderen FG benötigt (reine Pipettierarbeit). o Die Beprobung können die GÄ nicht leisten, deshalb die Frage, könnten das MA von Abt.3 oder Abt.2 übernehmen? o Abt. 3 hat zurzeit keinerlei freie Kapazitäten. o Frage: Inwieweit ist es möglich, die Firmen, die daran verdienen, an der Materialgewinnung zu beteiligen? In aller Regel ist es für die Firmen schwierig an dieses Material heranzukommen. Deshalb sind unabhängige Untersuchungen notwendig. o Die Zuständigkeiten auf dem europäischen Markt wurden rechtlich geklärt. Laut Medizinprodukte-Abgabeverordnung sind Untersuchungen zur Bewertung von Testen nur in sehr geringem Umfang erforderlich. o Die Tests können in den Verkehr gebracht werden. Für die Erstattungsfähigkeit müssen die Tests validiert werden. o Welche Anforderungen die Teste haben sollen, wurde schon veröffentlicht. Die schnelle Validierung nach Kriterien des RKI steht im aktuellen Papier. o BfArM hat FF bei notwendiger klinischer Validierung. o ZBS1 könnte auch einfach so weitergemachen wie bisher, wird dann aber den Zeitplan des Ministeriums nicht einhalten können. o Ein Vorschlag wäre, mit Amtsärzten zu vereinbaren, dass bei interessanten Proben grundsätzlich 2 Abstriche genommen werden. Es wird jedoch sehr viel mehr Material benötigt, aus Mitte kommen zum Teil jetzt schon doppelte Proben. o Könnte die Aufgabe ausgesourced werden? Über Werkverträge, wie schnell wäre das realisierbar? Zeit ist das Hauptproblem. Es betrifft eine Phase von 2-3 Wochen in der zwischen 30-50 Positive pro Tag getestet werden müssten. Es ist relativ aufwendig Leute für 2 Wochen anzustellen. *ToDo: Abt. 2 wird noch nach Kapazitäten gefragt, sonst mittels Werkverträgen. GA sollen bei Vertragsabschluss miteingebunden werden.*	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klin. Management o Rückmeldung von STAKOB-Treffen am 2.10.20: Laut STAKOB-Behandlungszentren sind steigende Fallzahlen zu verzeichnen bei gleichzeitiger Beibehaltung des vollen Elektivprogramms aus finanziellen Gründen. Die Aufrechterhaltung einer dreigliedrigen räumlichen und vollständigen personellen Trennung ist schwierig. o Rückmeldungen zu nosokomialen Infektionen seit Beginn des Ausbruchs sind insgesamt positiv. Es gab kleinere Cluster und Ausbrüche. Ansteckungen beim Personal häufig in der Freizeit, teilweise beim Aufenthalt in Pausenräumen.	IBBS [redacted]

	o Feedback aus STAKOB zu Teilnahmen an internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB-Geschäftsstelle stellt einen Personalpool zusammen für künftige Missionen. o ~~Laut Info aus dem STAKOB ist die Situation wesentlich schwieriger als im Frühjahr. Der Zugriff auf Personal und Betten ist nun, da Operationen nicht mehr ausgesetzt werden, schwieriger.~~ o ~~Diverse Geschäftsleitungen sind nicht mehr bereit auf elektive Operationen zu verzichten, bestehen aber weiter auf getrenntem Personal. Die Fallzahl steigt an, ist im Moment aber noch nicht so hoch.~~ o ~~Rückmeldungen zu nosokomialen Infektionen seit Beginn des Ausbruchs sind insgesamt positiv. Es gab kleinere Cluster und Ausbrüche. Wenn es Übertragungen beim Personal gab, dann häufig in den Pausenzeiten.~~ o ~~Feedback zu internationalen Missionen war sehr positiv. STAKOB stellt einen Personalpool für diese.~~ *ToDo: Erstellen eines kurzen Berichts über Eindrücke aus STAKOB-Zentren für BMG, FF* [redacted]	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage o Spricht etwas gegen eine Verkürzung der Isolierung auf 7 Tage bei leichten Fällen? o Es fehlt gute Evidenz. Wenn, dann überhaupt nur vorstellbar bei leichten Erkrankungsfällen mit Symptomen, die frühzeitig diagnostiziert wurden und mindestens 2 Tage symptomfrei sind. o UK hat die Dauer wieder von 7 auf 10 Tage erhöht. o Die Frage ist, wie groß ist diese Gruppe. Wenn es sich um eine relevante Gruppe handelt und die Compliance dann besser wäre, würde es vielleicht Sinn machen. o Das Restrisiko im Verhältnis zur möglicherweise besseren Compliance bei kürzerer Isolierung müsste geschätzt werden. o Gegen eine Verkürzung spricht der zweiphasige Verlauf: nach 7 Tagen kann es zu einer akuten Verschlechterung kommen. Schwierig wäre auch die unterschiedliche Dauer der Quarantäne den verschiedenen Gruppen zu vermitteln. o Im Moment sollte weder die Quarantäne noch die Isolationszeit verkürzt werden. Es gibt keine Evidenz aus den Daten, um eine Verkürzung zu begründen.	VPräs / IBBS
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38

16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen** • Aufgrund von Problemen mit Vitero bei den letzten Krisenstabsitzungen wurde entschieden auf Webex umzusteigen. Der Termin soll passwortgeschützt sein, um die Sicherheitsstufe zu erhöhen. *ToDo: Organisation durch FG38* • Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*07.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum Webex*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Umstellung Bevölkerungsdaten am heutigen Mittwoch
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
		
		ZIG1
		
		FG32
		
		FG36
		FG 37

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC	Alle
5	**Kommunikation** • Pressebriefings	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Kritik durch [redacted] am Krisenmanagement **b) RKI-intern** •	 Alle
8	**Dokumente** • Kontaktpersonen-Nachverfolgung	FG14, FG37 und FG 36

		([redacted])
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
10	**Labordiagnostik** • Entwurf Testverordnung	ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klin. Management	IBBS ([redacted])
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Verkürzung der Isolierung sowie der Quartäne	VPräs
13	**Surveillance** •	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • Bundespressekonferenz Donnerstag, 08.10.2020, 9:00 Uhr	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag ,09.10.2020, 11:00-13:00	

Formatiert: Links: 3,17 cm, Rechts: 3,17 cm, Kopfzeilenabstand vom Rand: 1,25 cm, Fußzeilenabstand vom Rand: 1,2 cm

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda (Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Weltweit 35.523.518 Fälle; Verstorben: 1.042.398 (2,9%); o Seit Montag Top10 nicht verändert, aber die Reihenfolge innerhalb derer: -in der Reihenfolge UK höher gerutscht durch Nachmeldungen; mit Vorsichtig interpretieren; o Trend zeigt ein durchmischtes Bild, USA steigt leicht an; o Weltweite Geschehen von TOP5 getragen. • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o 58 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Südamerika mehr betroffen; o In EU nehmen Fälle zu; o Indien und Philippinen haben sich Zahlen anscheinend stabilisiert; o In Südafrika und Australien haben sich Fallzahlen erfolgreich stabilisiert; o China: alles importierte Fälle, sehr vereinzelt, glaubhafte Zahlen o Zahl der Testung bei Ländern mit Rückgang ist von Australien bekannt: pos. Anteil um 1% • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu gelistet: Malta, schwankte bisher o 17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. • Zusammenfassung o Anteil der gemeldeten Fällen in EU weltweit 24%; Anteil der weltweiten Todesfälle 12,4% (in den vergangenen 7T); o Amerika hat 36% der weltweiten Fälle gemeldet; Anteil der weltweiten Todesfälle 54% (in den vergangenen 7T); o Asien hat 37,3% der weltweiten Fälle gemeldet; Anteil der weltweiten Todesfälle 30,5% (in den vergangenen 7T); o Meisten Länder zeigen steigende 7-T.-Inz., v.a. Niederlande, Polen und Slowakei; o Frankreich, Schweden und Italien zeigen einen sinkenden Trend; o Zurzeit steigt Europa von allen Kontinenten am meisten an; • Fragen/Diskussion o Überlegung zum Vergleich der CFR international vs. Deutschland; Idee verworfen, da einige Länder eine Untererfassung haben bzw. die CFR anders erfassen; o Ausbrüche in KH und Altenheime nehmen zu; Verzögerung zwischen neuen Fällen – Hospitalisierung – Todesfälle; manche Länder wie Belgien verlegen Fälle innerhalb des Landes gemäß dieser Verzögerung	INIG FG37/INIG/ FG32

	o FG37 berichtet, dass sie zur Unterstützung zu einem KH-Ausbruch eingeladen sind. AL1 bittet zu erfassen, ob und in welcher Weise im KH ein Aufnahmescreening durchgeführt wird;	AL1/FG37
	National	
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)	FG 32
	• SurvNet übermittelt: o +2.828 Fälle; +16 Verstorbene; 4-Tage-R: 1,10; 7-Tage-R: 1,11; o Anstieg im Vgl. zum Vortag, die Verstobenen noch gering aber zweistellige Zunahme; R-Wert weiter um die eins; sehen keine weiteren Entwicklungen	[redacted]
	• Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldewoche o Anzahl der übermittelten Fälle steigt kontinuierlich an	
	• Übermittelte Anzahl der COVID-19-Fälle sowie Inzidenz pro Bundesland in Deutschland in den MW 39 und 40 o Die größte Änderung im Vgl. KW 39 vs. 40 zeigten Mecklenburg-Vorpommern (+139%) und das Saarland (+134%);	
	• 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum o Weiterhin sind Berlin und Bremen Spitzenreiter; o Aber es ist ein Anstieg auf niedrigerem Niveau auch in meisten anderen BL zusehen; o Saarland steigt deutlich an; o Aber Bayern zeigt noch keinen Anstieg;	
	• Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o 58 LK über 25-50 Fälle/100.000 Ew.; o Hotspots in NRW mit Ausbrüchen und Berlin mit diffusem Geschehen	
	• Darstellung der übermittelten COVID-19-Fälle/ 100.000 Ew. in Deutschland nach Altersgruppen und MW; o Gruppe der 15-34-jährigen liegt seit KW 28 oben und zeigt deutlichen Anstieg; o Leider steigen die 80-jährigen wieder an;	
	• Die 14 neben Deutschland am häufigsten genannten Infektionsländer der übermittelten COVID-19-Fälle, KW 37-40; o Deutschland am häufigsten angegeben; o Polen von KW39 auf KW40 deutlich häufiger als Infektionsland genannt;	
	• Fragen/Diskussion o Wie in Bayern zieht ein Anstieg bei Jüngeren einen Anstieg bei den 80+ nach sich;	FG32/FG37
	o Zurzeit in Berlin mehr Fälle als in erster Welle, aber es sind jetzt mehr Asymptomatische getestet worden als in der ersten Welle. Daher schwer zu vergleichen;	FG32
	o Der Anteil asymptomatischer Positiver ist deutlich zurückgegangen;	
	o DIVI steigt an, Altersanstieg der positiven, Fazit: Indikatoren stehen auf Anstieg der Fälle;	AL3/FG36/ Alle
	o Jetzt ist der Zeitpunkt die Maßnahmen zu verstärken;	

	o Natürlich wird der Effekt erst später zu sehen, daher jetzt Maßnahmen ansetzen!! Wenn die Todesfälle steigen, ist es für viele zu spät; o In BPK werden zwei Punkte im Vordergrund stehen: - Zeitliche Verzögerung von Maßnahmen und Effekt erklären; - Gegen eine Verkürzung der Quarantäne o Denn nach neuester Schätzung erfolgt bei Verkürzungen auf 10 Tage eine Erhöhung des Restrisikos ums 6-fache; o Nach Rückmeldung der GÄ ist die Compliance der Bürger bei Quarantäne gut;	Präs
	• Umstellung auf Bevölkerungszahlen mit dem Stand vom 31.12.2019 im Laufe des Tages; Morgen können die neuen Inz. auf dieser neuen Basis in den Lagebericht; Eine Sprachregelung zur Erklärung für den Lagebericht wird vorbereitet;	FG32
	• Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen: GrippeWeb, AG Influenza, ICOSARI (Folien hier) • GrippeWeb bis 40. KW 2020 o ARE Aktivität auf Bev.-ebne noch nicht über Jahreszeitendurchschnitt; • AG Influenza – ARE-Konsultationen bis zur 40. KW 2020 o Älteren Altersgruppen beginnen einen Anstieg; • Vergleich COVID-Meldedaten-Inz. mit ARE-Konsultations-Inz. pro 100.000 Ew. o vier Darstellungen: gepunktete: ARE; durchgezogen: COVID Meldezahlen o Bayern und BW gehen in Sommerferien ARE Kurven zurück, aber COVID-Fälle steigen; • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) bis zur 39. KW o Gesamtzahl stationär behandelter Fälle mit akuten respiratorischen Infektionen (SARI); o In KW 39 sind SARI-Fälle nur in 60+-jährigen leicht angestiegen; • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 39. KW o In KW40 Anstieg der COVID Fälle unter den SARI Fällen, Auch im KH-System Anstieg bei den Älteren	FG36
	• Update zu den Testkapazitäten erfolgt am Freitag, den 09.10.2020, mit einer Präsentation zu ARS-SARS-CoV-2 *To Do: Update zu den Testkapazitäten durch FG37 auf die Agenda*	FG37
2	**Internationale Projekte (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIGL
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	

4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskrepanz zur Einschätzung im letzten RRA ECDC (Dokument hier) o Bitte die Risikobewertung auf der RKI-Website direkt auf die erste Seite zu COVID-19 als Link einstellen; o Zum Entwurf: Grundprinzipien eher nach hinten stellen und Kernaussage nach Vorne stellen; o Keine Änderung in der Risikoeinschätzung, nur das Wording geändert; o KW durch Monatswoche (Ende August) ersetzt; o Dynamik nimmt in fast allen Regionen zu; o Es folgen redaktionelle Vorschläge; o Zu Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie: Jetzt noch ernster nehmen und alle mitwirken; insbesondere junge Erwachsene: Lüften und Masken auch im Freien, wenn Mindestabstand unterschritten wird; o Presse bittet um Aufnahme der AHA plus L-Regel; o P1 bittet bei der Formulierung zu Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie darum, die Formulierung anzupassen, dass die Gruppe der jungen Erwachsene nicht stigmatisiert wird; o Änderungen wurden angenommen *To Do:* *-[redacted] (P1) und [redacted] (FG36) machen einen gemeinsamen Formulierungsvorschlag, der kein blaming beinhaltet, sondern eine Inklusion der jungen Erwachsenen. Dann geht diese Risikobewertung in den Lagebericht ein.* *-Presse gibt an webmaster den Auftrag, die aktuelle Risikobewertung prominenter auf die Website zu stellen.*	FG36/Alle Presse P1 Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Außer BPK und Vorbereitung des Sprechzettels ([redacted]) nichts außergewöhnliches	Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Kritik von [redacted] am Krisenmanagement: o [redacted] bemängelt zu wenig Berater des Bundes aus dem ÖGD kommen o Gerne mehr ÖGD-Fachärzte in den Gremien hinzunehmen o Überlegung zum direkten Austausch mit [redacted] **b) RKI-intern** o Keine Punkte eingebracht und besprochen	Leitung FG38 Alle

hat formatiert: Absatz-Standardschriftart, Schriftart: 12 Pt.

8	**Dokumente** • Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument hier) o Dokument ganz intensiv diskutiert worden, auch auf Basis von GÄ Anfragen, besonders von [redacted] und [redacted]; o Noch deutlicher die Grundlagen vorangestellt werden auf denen Maßnahmen basieren (gelb unterlegt); o KP1 Beschreibung noch klarer, keine inhaltliche Änderung: zwei Ansteckungsszenarien: übers Nahfeld bzw. enger Kontakt und Aerosolen; o Kontaktsituation im Flugzeug belassen; o Ergänzung: GÄ sollten eine regelmäßige Info der Personen in Quarantäne einholen; kein tägliches Update mehr; o Das Testen asymptomatischer KP ist optional; o KP2: drinnen gelassen, deutlich machen, dass es unterschiedliche KP Kategorien gibt; o KP3: Spezialfall des Med. Personals, hier verdeutlicht: KP2 im privaten Umfeld exponiert mit berufl. Tätigkeit im med./pflegerischem. Setting; o Eindruck aus der AGI: Dieses Dokument, das zentral für die Arbeit im GA ist, werde durchs RKI immer komplizierter; wünschen sich einfachere Handlungsanweisungen; o Perspektivisch wird KP3 zu FG37 ausgelagert; dann ist es etwas einfacher; o Brennpunkt Schule: Wenn ganze Klasse als KP1 bewertet, würden Schulen leer werden; o Deshalb diese Passage umformuliert, da dies nicht so gemeint ist, nicht automatisch die ganze Klasse bei einem Fall als KP1 gilt; o Großer Dank an [redacted] und [redacted] für Zusammenarbeit: Schwierige Aufgabe, da einerseits vom GA genaue Handlungsanweisungen gewünscht sind, aber andererseits sind diese dem GA zu komplex; o Prof. Wieler versucht Verkürzung der Quarantäne zu verhindern. Darauf achten wie das Gespräch mit Minister läuft, damit das Dokument nicht im Widerspruch zu dem Gesprächsergebnis stehen könnte. o Unter dieser Bedingung wurde das Dokument angenommen	FG14, FG37 und FG 36 [redacted] AL3 FG36 AL3 FG37 AL3 Alle
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Statistik: 1 SARS-CoV-2 Nachweis aus Darmstadt, Rhinoviren nachweise, keine anderen Viren, alles • Entwurf TestVO o Konkrete Fragen an anderen Beteiligten beim Erlass u.a. [redacted]; brisant, dass Antigen-Teste ohne Validierung eingeführt werden sollen	FG17 AL1

	o Dokument zur Absprache an: [redacted] o Bitte bis morgen 9 Uhr mit Anmerkungen zurücksenden, dann stellt AL1 dies als Beantwortung zusammen	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Update Klinisches Management *Nicht besprochen*	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Verkürzung der Isolierung sowie der Quarantäne Wurde weiter oben von Leitung unter 1. Aktuelle Lage National besprochen	VPräs
13	**Surveillance** • Keine weiteren Ergänzungen	FG32 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Bundespressekonferenz Donnerstag, 08.10.2020, 9:00 Uhr	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 09.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*09.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, FG24, AL1, FG32, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Regionale Positivenquote an ECDC o Ausbruch Bad Saarow	 ZIG1 FG32 FG 37 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Pressebriefings	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Containment und Protection **b) RKI-intern** • Thema Reinfektionen. Erstellung eines FAQ-Texts sowie eine kurze Anweisung für Gesundheitsämter. Klärung der RKI-Zuständigkeit (Labor und Epi)	 FG38 Lagezentrum/ FG32/36/38
8	**Dokumente**	

	• Testkapazität und Testungen – ausführliche Tabellen mit Erklärtext auf Homepage und nur Kurzversion im Mittwochs-Lagebericht? • Dokumente zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung • Kinder in Quarantäne	FG36 [redacted]
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** •	IBBS
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Rückmeldung über die Umfrage zur Akzeptanz der Dauer der Quarantäne und Isolation in der ÖGD-Feedbackgruppe	FG32
13	**Surveillance** • COSIK	FG32 FG37
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • Austausch mit Schweden	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 12.10.2020, 13:00-15:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*09.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda(Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Weltweit Fälle: 36.194.764, Verstorben: 1.053.961 (2,9%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Seit Montag Top10 nicht verändert, aber die Reihenfolge: UK auf Platz 3 gerutscht nach Indien, USA, Brasilien; o Anstieg in UK aufgrund von Datenpanne dadurch Nachmeldungen, mit Vorsicht zu interpretieren; o UK reagiert mit Ausgangssperre, haben ein stufenbasiertes Lockdown-System, es gibt eine Erhöhung der Sterbefälle, Cluster werden in Bildungseinrichtungen beobachtet • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o 59 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Neu hinzugekommen Katar und San Marino • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu San Marino aufgrund kleiner Bevölkerungszahl führen einige Fälle schnell zu einem Anstieg o 17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. o Dänemark hat Veranstaltungen privat und öffentlich auf 50 Personen beschränkt, Restaurants und Bars müssen ab 22 Uhr schließen; MNS-Pflicht in vielen öffentlichen Bereichen, weitreichende Einschränkung der Kontakte inklusive home office empfohlen; • Zusammenfassung o Großteil der Neuinfektionen der vergangenen 7T weiterhin in Amerika und Asien (jeweils 36%) o Großteil der Todesfälle der vergangenen 7T in Amerika (> 50%) und Asien (ca. 30%) o Mehr als ein Viertel der Neuinfektionen der vergangenen 7T in Europa (Großbritannien, Frankreich, Russland, Spanien, Ukraine) o 13% der Todesfälle der vergangenen 7T in Europa (Russland, Spanien, Frankreich, Ukraine, Rumänien) • Fragen/Diskussion o Frage nach Hospitalisierungen in den Ländern: In Frankreich, UK, Spanien bereits ansteigende Hospitalisierungen;	ZIG1 AL1/ZIG1

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • SurvNet übermittelt: o +4.516 Fälle; +11 Verstorbene; 4-Tage-R: 1,34; 7-Tage-R: 1,37; • Zahl der Verstorbenen noch niedrig aber Effekt der ansteigenden Fallzahlen erst in 2-3 Wochen erwartet, R-Wert deutlich über 1; • Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Meldewoche o Anzahl der übermittelten Fälle steigt kontinuierlich an • 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum o Weiterhin sind Berlin und Bremen Spitzenreiter deutlich >50/100.000 Ew; o Anstieg auch in NRW, Hessen, BW zu sehen; o Auch Bayern steigt wieder leicht an; • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o 1 LK mit >100 Fälle/100.000 Ew.; o 14 LK mit >50-100 Fälle/100.000 Ew.; o 79 LK über 25-50 Fälle/100.000 Ew.; o Amtshilfeersuchen aus Hessen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern, aus Bremen noch nicht; o Testzahlen: trotz Rückgang der Testanzahl in KW40 mehr positive Fälle, Positivenrate geht hoch auf 1,6% o Todesfälle (alle Ursachen) KW 36: 16.308 (-32 zur Vorwoche), ca. 1,6% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 (Nachmeldungen aber noch möglich) o Keine Übersterblichkeit derzeit beobachtet	FG 32 [redacted]
	• Fragen/Diskussion o Frage kam u.a. in der Bundespressekonferenz auf, ob im Lagebericht evtl. zusätzliche einige wichtige Fallzahlen dargestellt werden sollten evtl. könnte DIVI Zahl berichtet werden; o Gewünscht ist wahrscheinlich eine stärkere Herausarbeitung der Schwere, es ist aber schwierig, hier die richtige Wahl zu treffen, langer Zeitverzug bei einigen Indikatoren (Hospitalisierung, ITS), macht es schwierig diese herauszustellen, o Gesamtblick ist wichtig, Überlegung lieber Zahlen herauszustellen, die die Entwicklung als Ausblick abbilden als zurückzublicken, Punkt ist in Diskussion (siehe ToDo); o Vorschlag von AL3 zum Lagebericht: neue Fälle hervorheben und kumulative Zahl weniger hervorheben, Betonung und Reihenfolge umdrehen, Intensivbehandelte stärker herausstellen auch wenn die Zahl hinterher hängt, vielleicht auch Hinweis, dass Jüngere zwar weniger häufig Intensiv behandelt werden aber es wird insgesamt ein Anstieg erwartet, o Begrifflichkeiten: Begriff der Genesenen sollte kritisch überdacht werden, da viele Patienten auch nach dem Ende der akuten Erkrankungsphase noch lange leiden	VPräs/ FG32/ FG36/ Präs/ AL3/ FG38

	o Anzahl Genesene ist grobe Schätzung mit nicht so großer Aussagekraft, es sollte diskutiert werden wie damit umgegangen wird o Ggf. könnte Zahl der Infektiösen / Akuten Fälle angeben angegeben werden o Weitere Indikatoren wären DIVI, Positivenquote, dies ist bereits im Lagebericht aber Frage nach der Stellung und ob es weiter nach vorn soll, o Beim R Wert ist es gut, dass dieser nicht vorn ist, *ToDo [redacted], FG 32, FG36:* *Prof. Wieler regt an bitte noch einmal darüber nachzudenken welche Zahlen noch in den Lagebericht rein können, z.B. Positivenquote der Tests, Durchschnittsalter, z.B. Anteil >65 Jahre, Vorschlag soll erarbeitet werden;* *Begriff Genesene und Ausweisung Anzahl Genesene diskutieren und überarbeiten;*	FG32/FG38/ FG37/FG36
	• Regionale Positivenquote an ECDC o Wunsch vom ECDC differenzierter regional auszuweisen, Voxco-Abfrage lässt keine regional differenzierte Ausweisung zu; das geht nur via ARS. ARS deckt aber nur einen Teil ab – ist ggf. nicht ganz repräsentativ. o Frage: soll dies zur Verfügung gestellt werden oder nicht, o Lagebericht weist aus ARS zum Teil differenziert aus, o FG37 [redacted], Daten könnten eigentlich wöchentlich auf Bundelandebene ausgewiesen werden, müssten etwas aufgearbeitet und ins Verhältnis zu den Testen gesetzt werden, in 2-3 Wochen müsste es machbar sein dies dann automatisiert zu übermitteln o Ergebnis ECDC bekommt es in automatisiertem Prozess o Entscheidung: Daten werden geteilt, auch wenn sie nicht 100% repräsentativ sind *ToDo: Klärung der Zuständigkeit ggf. soll FG31 die Übermittlung übernehmen (TESSY), sollte soweit als möglich automatisiert erfolgen*	FG37
	• Testkapazität und Testungen (Folien hier) o Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit - Datenstand 06.10.2020, Teilnehmende Labore: 72 mit 7.857.876 durchgeführten Tests, o Verteilung der Testungen nach Abnahmeort, noch nicht zu sehen, dass mehr in KH getestet wird, es ist aber noch nicht alles drin, Testung im KH als Aufnahmeindikator zu sehen o Abnahmeort ist wichtiger Indikator, es muss beachtet werden, dass sich unter der Gruppe "Andere" eine Reihe weiterer Orte befinden, z.B. Screeningstelle fällt darunter o Weitere Differenzierung vom Abnahmeort "Andere" aber schwierig auch datenschutzrechtlich und müsste händisch gemacht werden	

	o Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche haben ab 31 Woche zugenommen, vor allem bei 15-34 und 35-59 Jährigen starke Zunahme, o Positivenanteil nach Alter: 5-14 zunächst Anstieg jetzt wieder rückläufig, wahrscheinlich Zusammenhang mit Ferienende, keine Zunahme durch Schulbeginn, o Kurven der 60-79 und >80 Jährigen Anstieg ab KW 35, geben Grund zur Sorge, Verlauf mit Verzögerung aber es geht hoch, o Neue Darstellung zum Testverzug: Zeit zwischen Abnahme und Testung geht bis auf 5 Tage rauf, Verzögerung nimmt insgesamt zu; • Bad Saarow: o Team nach Bad Saarow gesandt, Ereignis im Helios Klinikum mit 25 positiven Patienten und 19 positiven MA, o Fehler von Bergmann Klinikum sollte nicht wiederholt werden, deshalb Einbezug von RKI, o Geschehen wurde erst entdeckt aufgrund von Berichten über verlegte Patienten aus Frankfurt Oder, die sich als positiv herausstellten, o Zunächst wurde dies vom Klinikum aber ggf. nicht genug beachtet, o Weitere Fälle werden gerade aufgedeckt, es könnten weitere folgen o Austausch mit [redacted] und [redacted] fand statt	FG37
2	**Internationale Projekte (nur freitags)** • Mission Kosovo: o war sehr gut, weil Vorbereitung auf kommendes Geschehen und erwartete Fälle, o Zertifizierung des Labors und Anerkennung der Testung vor Ort von Deutschland, o Labortestung im Begriff dezentralisiert zu werden, o Lage zu Reiserückkehrern aus dem Kosovo hat sich in anderen Ländern beruhigt, o [redacted] bedankt sich bei [redacted] und [redacted] aus FG 38 für die gute Zusammenarbeit, o Zusammenarbeit wird hoffentlich im Rahmen von GHPP in den nächsten Jahren ausgebaut, o Kosovo erwartet jetzt andersherum einen Eintrag aus der Schweiz, weil die Bestimmungen gelockert wurden und in der Schweiz lebende Kosovaren jetzt möglicherweise in den Kosovo einreisen, während in der Schweiz die Fallzahlen erheblich steigen • In Vorbereitung ist eine Mission nach Namibia, auch hier in Unterstützung von Abt. 3 • Es gab ein Hilfeersuchen aus Ecuador • Weiterer Austausch mit Ägypten zu contact tracing geplant • Am Nachmittag Austausch mit Schweden zu Erfahrungen und möglichen Unterschieden in der Response	ZIGL

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktualisiert am 7.10. Formulierung deckt Fallanstieg der letzten Tage mit ab	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Nächste Woche eine BPK zu Impfung, • Freitag BPK zu Kita Studie aber RKI nicht beteiligt, kein Pressebriefing nächste Woche • Austausch mit Pressestelle und Herr Wieler zu Veröffentlichung des Strategiepapiers, dieses soll Dienstag online gehen, • Rückmeldung von AL1 zur BPK: großer Respekt für die gestrige Vorbereitung	Presse AL1
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Containment und Protection: o Öffentliche Beiträge von Prof. Krause und [redacted] werfen die Frage zur Nachverfolgung durch GA auf o Frage wie die Kontaktnachverfolgung aussehen soll und weitergehen soll, Strategiewechsel? o Prof. Wieler merkt an, dass nicht das Eine gegen das Andere ausgespielt werden sollte oder gegeneinander steht, sondern parallel als sich nicht widersprechende Konzepte gedacht sind, dies muss so kommuniziert werden o GA sollten die Vorgaben zum Containment erfüllen und darauf wurde auch bereits hingewiesen o Interessant ist Beispiel von Bayern, die es scheinbar als einziges Land hinbekommen haben die Zahlen runterzudrücken, o Gespräch mit Akteuren in Bayern suchen und schauen was dort funktioniert hat o Weitere Komponenten, die sich auch schon als sinnvoll gezeigt haben könnten hilfreich sein, bspw. telefonsiche Krankschreibung diese Vorschläge sollten aus dem BMG kommen *ToDo: Austausch mit Kollegen aus Bayern* [redacted] **b) RKI-intern** • Thema Reinfektionen.	Leitung/ FG38/ AL3/ FG32/

	o Erstellung eines FAQ-Texts sowie eine kurze Anweisung für Gesundheitsämter. o Vorschlag LZ sollte FAQ erstellt werden zum Umgang? Zuständigkeit? o Umgang in SurvNet bei Reinfektion, soll ein neuer Fall oder alter Fall angelegt werden, Anregung pragmatisch vorzugehen, neuer Fall soll angelegt werden, für das Meldewesen eher zweitrangig bei der geringen Prävalenz, o Umgang mit Kontaktpersonen die schon genesen sind, im KP-Papier geregelt o Fragestellung ist eher wissenschaftlich interessant aber nicht so bedeutend für das Meldesystem, o Wäre etwas für ein Projekt, dazu gibt es bereits auch einen Projektantrag, o Dennoch LZ hat dazu viele Anfragen und die Bitte der Klärung der RKI-Zuständigkeit und Federführung o Vorschlag Fragen auflisten und schauen welche offen sind und dann Klärung *ToDo: LZ soll Liste mit offenen Fragen erstellen*	FG32/ FG38/ FG34/ FG36/ AL1/ VPräs
	• Situation um Testung und Kapazitäten: wird sich vermutlich durch Regelungen der BL und Beherbergungsverbote zuspitzen, o Eindruck scheint entstanden zu sein, dass ein Anspruch auf Testung besteht, o Es gab einen Entwurf zu Testkriterien, der zunächst abgelehnt wurde, dieser wird aber künftig wahrscheinlich nochmal wichtig werden, o Wenn Quarantäneregelung durch ist, dann auf BMG zugehen mit Testkriterien	FG34/ VPräs
8	**Dokumente** o Testkapazität und Testungen: ausführliche Tabellen mit Erklärtext auf Homepage und nur Kurzversion im Mittwochs-Lagebericht o Kontaktpersonen-Nachverfolgung (Dokument hier) o Änderungen in Dokumenten: o Testung ist Einzelfallentscheidung o Formulierung zu negativem Testergebnis geändert in „ein negatives Testergebnis ersetzt Quarantäne nicht“ anstatt „ein negatives Testergebnis verkürzt Quarantäne nicht“ o Formulierung nicht mehr täglicher Kontakt mit GA, sondern regelmäßiger Kontakt nach Maßgabe des GA Hinweis, dass ein Zusatz mit Vorschlag an welchen	FG 36/ AL3/ AL1/ VPräs

	Tagen Kontakt sinnvoll wäre aufgenommen werden sollte, o Diskussion um Personen in der Pflege oder MA in Gesundheitswesen, die zu Kategorie III gehören, dort gibt es einen Widerspruch bei den Einschränkung, Formulierung keine Kontaktreduktion notwendig nochmal prüfen o Weitere Diskussion zur Formulierungen bei Quarantäne, z.B. Umgang mit zuvor bereits infizierten Personen, o Warten bis nach dem 15.10. mit dem Papier bis zur Entscheidung der Quarantäneregelung des Ministeriums, damit keine sofortige Anpassung nötig ist, o Kinder in Quarantäne: (Dokument hier): Flyer wurde umgeschrieben, neue Formulierungen zu Kindern in Quarantäne, o Formulierung: Regeln soll in Hygieneregeln umgeschrieben werden (Kein Abstand zu Kindern durch Eltern) o Vorschlag von FG36 zur Formulierung: „sprechen Sie ihr GA an“, dies sollte umformuliert werden, damit die Belastung der GA gering gehalten wird, o Anmerkung zur Bedeutung für die Eltern, wenn Kinder in Quarantäne sind, dazu gibt es schon einiges, es soll ein Link eingebaut werden *ToDo: IBBS: Zusatz an welchen Tagen Kontakt durch GA sinnvoll wäre, Formulierung zu Kontaktperson Kategorie III prüfen und ggf. anpassen, Umformulierung: Regeln in Hygieneregeln, „sprechen Sie ihr GA an“ anders formulieren, Link zu Konsequenzen für Eltern einfügen*	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** o Es gibt sehr hohes Probenaufkommen am RKI, o 27.790 Proben untersucht aus GA und von anderen Einsendern plus ~6.700 Studienproben, >30.000 Proben insgesamt o Priorisierung welche Proben zum RKI kommen sollen ist durchaus zulässig und wichtig o Viele Labore berichten von Engpässen bei Material	FG17/ ZBS1/ Präs
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dauer Isolierung bleibt bei 10 Tage Maßgabe *Nicht weiter besprochen*	FG36/IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Rückmeldung über die Umfrage zur Akzeptanz der Dauer der Quarantäne und Isolation in der ÖGD-Feedbackgruppe (Folien hier) o Umfrage zur Compliance/ Adhärenz mit angeordneter Quarantäne von 14 d & Isolierung von 10 d o Rückmeldung von 12 GÄ & 4 Landesbehörden aus 8 BL (BW, BY, MV, NI, RP, SN, ST, TH) o Ergebnisse: I.d.R. gute Adhärenz & Compliance o Hinweise auf einzelne Verstöße o Überwachung der Quarantäne/ Isolation heterogen o Z.T. Zuständigkeit Ordnungsbehörden o tägliche Anrufe/ online Visite oder stichprobenartige Kontrolle o Herausforderungen: Kontaktaufnahme per Mobilnr. –> keine Kontrolle Aufenthaltsort o Z.T. zunehmendes Unverständnis und Ablehnung der Vorgaben o Quarantäne von KP im familiären Setting o Abnahme der Compliance mit Dauer der Quarantäne o Unverständnis unterschiedlicher Zeitspannen Isolation, Quarantäne KP/ Reiserückkehrer (Wunsch nach Vereinheitlichung) o Hoher Erklärungs- & Beratungsbedarf o Sehr ressourcenintensiv, Belastungsgrenze der GÄ erreicht	[redacted]
13	**Surveillance** • COSIK o Nächste Woche Start der 4-wöchigen Pilotphase von COSIK, dafür werden 8 KISS-Krankenhäuser rekrutiert. o Zeitgleich wird Webseite www.rki.de/cosik freigeschaltet o COSIK wird das webbasierte elektronische System webKess als etablierte Plattform (1300 Krankenhäuser nehmen teil) zur wöchentlichen Dateneingabe nutzen. o RKI in Zusammenarbeit mit dem Nationalen Referenzzentrum für nosokomiale Infektionen o Ergänzung zu bestehenden Surveillancesystemen. o Ziel: systematisch Daten zur Anzahl der Hospitalisierten (Neuaufnahmen), der Schwere des klinischen Verlaufs von COVID-19 sowie zum Anteil von COVID-19 Patienten an der Versorgung im Gesamtkrankenhaus und auf Intensivstation wöchentlich zu erheben und auszuwerten. Es können auch nosokomiale Infektionen und Infektionen beim medizinischen Personal erfasst werden. o Die sehr zeitnah erhobenen Daten werden den Krankenhäusern in einem standardisierten wöchentlichen Krankenhausreport zur eigenen internen Auswertung zur Verfügung gestellt. o Das positive Datenschutzvotum liegt vor.	FG37

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Austausch mit Schweden, AL3 und FG38 anwesend, ggf. VPräs	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 12.10.2020, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*12.10.2020, 13:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Update Corona-KiTa-Studie, Folien HIER	 ZIG1 FG32 FG36
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Update Datenspende	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Sitzung Bundeskanzlerin mit Städten: Aufgaben für RKI und Bundeswehr Vorschlag der Bundeswehr für Management von Städten, Folien HIER	 FG37 ([redacted])
8	**Dokumente** •	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33

	•	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • laut [redacted] soll dieser Punkt entfallen, da [redacted] jetzt zum BMAS abgeodnet ist, s.Mail in nCoV-Lage vom 11.10. um 13Uhr	IBBS
11	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
14	**Surveillance** •	FG32
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** •	FG38
16	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** •	FG38
17	**Wichtige Termine**	alle
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 14.10.2020, 11:00-13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.10.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda(Moderation)

Teilnehmende:

- Leitung
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- Bundeswehr
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**)
	• Weltweit Fälle: 37.287.908, Verstorben: 1.073.675 (2,9%)
	  o Anstieg in UK aufgrund von Datenpanne dadurch Nachmeldungen, Fallzahlung steigen stark an
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.
	  o 64 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa
	  o 17 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew.
	
	• Zusammenfassung
	  o Indien hat Peak offenbar überwunden
	  o USA scheint die 3. Welle zu beginnen
	  o Kanada verzeichnet ansteigende 2. Welle (wird in Verbindung mit Gastarbeitern in der Landwirtschaft gebracht, diese sind in prikären Unterkünften beherbergt)
	  o Israel hat Peak offenbar überwunden, das Militär wurde nach Haifa gesandt, zur Unterstützung der Krankenhäuser
	  o Ozeanien verzeichnet stärkste Zunahme der 7d Inzidenz in Französisch Polynesien
	  o Leichter Rückgang auf beiden Kontinenten
	  o Europa steigend
	
	• Fragen/Diskussion
	  o Frage nach Unterschied zwischen Australien und Südamerika – bisher keine Erkenntnisse zum Faktor Witterung, allerdings wird hier sehr deutlich, welche positiven Auswirkungen die Einhaltung der Schutzmaßnahmen und der Zugang zur Gesundheitsversorgung (Uruguay) haben
	
	National
	
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien **hier**)
	• SurvNet übermittelt:
	  o 325.331 (+2467), davon 9.621 (3,0%) Todesfälle (+6), Inzidenz 391/100.000 EW, ca. 276.900 Genesene, Reff=1,29; 7T Reff=1,25
	• Über 22 000 neue Fälle in den letzten 7 Tagen
		ZIG1
		
		AL 1 / ZIG1 / FG 36
		
		FG 32

	• Weiterhin überschreiten Berlin und Bremen deutlich >50 / 100.000 EW • Hamburg eventuell Abflachung (beobachten) • Geografische Verteilung in Deutschland: trotz regelmäßigem Ausbruchsscreening wird das Geschehen diffuser • 32 Landkreise haben die „50er-Marke“ überschritten • Fragen/Diskussion: o Fragen nach Amtshilfeersuchen (Wo und Wie?), hier ist eine Info von Herrn Wieler bereits an das Kanzleramt erfolgt o Wie gehen wir mit dem Ausweisen der Gebiete vor, die >50 Fälle / 100.000 EW vorweisen (über 70 Städte und Landkreise (hier reicht Top 15 Liste auf Homepage nicht mehr aus) o Vorschlag Liste: o Verlängerung der Liste mit entsprechendem Vermerk, dass von RKI-Seite keine Maßnahmen geknüpft werden, sondern dies die Entscheidung der jeweiligen Kommunen und Behörden ist (es muss automatisiert erfolgen – reine Epidemiologie- wir sind nicht für VO zuständig) o Vorschlag Dashboard: o Inzidenzien der weiteren Landkreise in das Dashboard einpflegen (Dashboard ersetzt allerdings keine Liste) o Alternative: 7 Tages Inzidenz der Länderkreise pro Tag o Enorme Zeitersparnis für Bürger *ToDo: finale Abstimmung mit Leitung muss dazu noch erfolgen*	AL3 / Präs FG32/ FG34 / FG 37 /FG38 / AL3 / Presse Leitung
	• Update Kita-Corona Studie (Folien **hier**) o Anstieg parallel zur Gesamtentwicklung in der Bevölkerung o Deutlichste Zunahme bei der Altersgruppe der 15-20 Jährigen • Ausbrüche in Kindergärten/Horte o Insgesamt wurden in SurvNet 84 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt o 63 (75%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 32% (111/348) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt o 21 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter • Ausbrüche in Schulen o Insgesamt wurden in SurvNet 188 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) o 169 (90%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 10% (6-10J.), 25% (11-14J.), 38% (15-20J.), 27% (21+) o 19 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter • Lob für die Relevanz des Instrumentes, auch hinsichtlich der Steuerung der Kommunikationsmaßnahmen	FG36 BZGA

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Update „Corona-Datenspende“, (Folien **hier**) • Rund 530.000 Datenspender*innen • Tägliche Pulsraten und Schnittzahlen um zu messen, ob eine Person Fieber hat • Fieberdetektionen aus Datenspende • Saisonale - und Klimaschwankungen können inzwischen herausgerechnet werden • Zahlen und Kurven stehen Experten zur Verfügung • Komplett dokumentarisiert (Code) • Automatisierung muss mit hoher Priorität vorangebracht werden, Stand-Alone-Lösungen sind nicht zukunftsfähig, jetzt ist die Zeit dies umzusetzen, denn Mittel und Unterstützung sind vorhanden • Möglichkeit dies in den wöchentlichen Lagebericht einzügen, um nicht nur Reinzahlen abzubilden, sondern um auch eigene Ideen einzubringen • Gratulation an [redacted] und Team für die immense Arbeitsleistung • Angebot: bereit für Analyse Pipelines, das Know-how wird gerne zur Verfügung gestellt • Bestätigung vom Präs, Ziel ist die Nutzung automatisierter Piplines - sowohl in der Bioinformatik als auch in diesem Bereich • Demnächst wird die Corona-Warn App wieder ausführlicher vorgestellt • ITZ-Bund: Chatboard (nähere Infos folgen) *ToDo: Aufnahme einer Charge mit entsprechendem kurzen Begleittext in den Lagebericht*	FG21, P4 Präs FG21 FG36 P4 Präs FG 21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Wird auf Freitag verschoben	
5	**Kommunikation** • Infografik „Auf_die_3G_achten“ steht als Plakat für den Download zur Verfügung • Neue Seite zum Lüften mit FAQs wird erarbeitet • Erstellung von Fenster-Aufklebern für Schulen: Button und Emoji sollen ans Lüften erinnern • Erweiterung des Symptomkatalogs (Zielgruppe männliche 20-45 Jährige) • Informationen über Aktivitäten des BZGA im kleineren Kreis	BZgA Presse

	• Unter Hochdruck wird an den Vorbereitungen für die Teilnahme an der Regierungs-Pressekonferenz zur aktuellen Corona-Lage am 14.10.2020 gearbeitet • Strategiepapier wird heute vorab an DPA versandt, morgen erfolgt Puplikation auf RKI-Seite • Diverse Anfragen zum Vorwurf des Alarmismus	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) ? *ToDo: wichtiger Hinweis für Tagesordnung am Mittwoch* **b) RKI-intern** • Sitzung Bundeskanzlerin mit Städten: Aufgaben für RKI und Bundeswehr Vorschlag der Bundeswehr für Management von Städten (Folien **hier**) • Einheitliches, gemeinsames Vorgehen von Bundeswehr und RKI • Geschultes Personal und Prozessoptimierung für KoNa • Entwicklung ähnlich gemeinsamer Methodik bei Amtshilfeersuchen (Lagezentrumunterstützungen) • Zustimmung zur Zusammenarbeit (Key performance indicator sind sehr hilfreich, so ein Tool ist sehr vorteilhaft) und Unterstützung • AG Teskapazitäten: Empfehlung in den Algorithmus Bedeutung eines regionalen Teststellen-Koordinators mit aufnehmen *ToDo: Folienvorschlag für Dashboard wird von [redacted] zur Mitzeichnung des RKIs an den Verteiler geschickt (in einer Modelstadt-Standards vom RKI)* • Hinweis zum Testen: am 15.10.2020 erfolgt Ankündigung an 500 Labore (1. Mitteilung) • [redacted] ist als Sachverständiger zum Gesundheitsausschuss eingeladen (Thema: Reisefreiheit durch Testen) • Am 15.10.2020 wird nationale Teststrategie mit Begleittext im BMG fertiggestellt (erweitert Grafik von Antigentesten)	FG36 AL3 Bundeswehr Präs AL1 AL1

	ToDo: *1. [redacted] bittet um Mitteilung zur Publikation der Quarantäne-Verordnung des BMG, es verschiebt sich, nach derzeitiger Auskunft, auf den 08.11.2020* *2. Bitte Nachfrage beim BMG, ob Flussschema und Dokument zum Kontaktpersonenmanagement doch bereits jetzt online gestellt werden sollen*	FG36 / Präs
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • laut [redacted] soll dieser Punkt entfallen, da [redacted] jetzt zum BMAS abgeodnet ist, s.Mail in nCoV-Lage vom 11.10. um 13Uhr	IBBS
11	**Labordiagnostik** • heute erste PCR Testungen (30 Röhrchen) • 2360 Proben-Eingang • Lob von Herrn Wieler und Dank von [redacted] für ausgesprochen umfängliche und bemerkenswerte Leistung! • Problematik: o Donnerstags und Freitags nehmen kommerzielle Labore keine Proben o Gesundheitsämter schicken Proben in unterschiedlichen Tranchen o Immens hoher Arbeits- und Personalaufwand für unser Labor (pro Tag sind 30 Personen in der Diagnostik beschäftigt) o Nach Lösungskonzept wird gesucht (Kommunikation ans BMG) *ToDo: Bitte dringend Konzept zur Reduktion Diagnostik für Berlin erarbeiten!*	ZBS1 Präs, AL3 ZBS1 Präs
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Wird auf Mittwoch verschoben	FG36/IBBS
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
14	**Surveillance** • Nicht besprochen	
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** • Nicht besprochen	
17	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	

18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 14.10.2020, 11:00-13:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*14.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	ZIG1 FG32
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) **b) RKI-intern** •	AL3
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen:	FG36

9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** •	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Überlastung Gesundheitsämter bzgl. RKI-Studien	FG38
13	**Surveillance** • Kennzahlen aus Lagebericht	FG34/FG32 ([redacted] erst ab 12:00 dabei)
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Kontaktpersonennachverfolgung bei Kontaktpersonen im Flugzeug: Frage nach Pausierung	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag xx.xx.2020, xx:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*14.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 14
  - [redacted]
- FG 16
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - ?
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG 1
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**)
	  • Weltweit 37.875.422 Fälle, 1.081.632 Verstorbene (2,9 %)
	  • Kolumbien und Mexiko Platz 9 und 10 getauscht, ansonsten seit Montag unverändert
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew.
	  o 68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; nimmt weiter zu, seit Montag sind Marokko und Holy See neu hinzugekommen, Guyana nicht mehr gelistet
	  o Erste berichtete Re-Infektion: 25-Jähriger Mann, Mitte April und Juni positive Tests mit nachweisbar genomischem Unterschied des Virus, zwei negative Tests dazwischen, zweiter Infektionsverlauf schwerer mit Hospitalisation
	  o J&J Phase III Impfstoffstudie adenoviraler Vektorvakzine wegen ungeklärter Erkrankung bei Probanden pausiert (unklar ob in Kontroll- oder Studiengruppe)
	  o [redacted]
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa
	  o 20 EU-Länder über 50 Fälle/100.000 Ew. (neu: Italien und Liechtenstein)
	• EU Kommission Empfehlungen zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Freizügigkeit
	  o Der EU Rat hat am 13.10. die Empfehlung einer koordinierten Vorgehensweise bei der Beschränkung der Freizügigkeit angenommen
	  o Mitgliedstaaten sollten ECDC folgende Kriterien zur Verfügung stellen:
	  o Zahl der neu gemeldeten Fälle pro 100.000 Ew in den letzten 14 Tagen
	  o Zahl der Tests, die pro 100.000 Ew in der letzten Woche durchgeführt wurden
	  o Anteil der positiven Tests (von den in der letzten Woche durchgeführten Tests)
	• Kriterien:
	  o ECDC soll wöchentlich auf Grundlage der Daten der Mitgliedsstaaten nach Regionen aufgeschlüsselte Karte der EU-Mitgliedstaaten veröffentlichen
	  o Gebiete sollen farblich gekennzeichnet werden
	• Beschränkung der Freizügigkeit:
	  o Mitgliedstaaten sollten Reisenden aus anderen Mitgliedstaaten die Einreise grundsätzlich nicht verweigern
	  o Unterschiede zwischen orangen und roten Gebieten sollten beachtet und verhältnismäßig vorgegangen werden
		ZIG1
		[redacted]

- Epidemiologische Lage in eigenen Hoheitsgebieten sollte berücksichtigt werden

To Do: Bitte an [redacted] um Klärung mit der ECDC, welche Daten für eine adäquate Zuordnung geliefert werden müssen (aktuell farbliche Kennzeichnung uneinheitlich)

FG 32
[redacted]

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien **hier**)
- SurvNet übermittelt:
  - 334.585 (+ 5.132), davon 9.677 (2,9%) Todesfälle (+43), Inzidenz 402/100.000 Ew, ca. 281.900 Genesene, Reff=1,04; 7T Reff=1,16
  - 43 neue Todesfälle sind nicht Nachmeldungs-bedingt, Anstieg der Fallzahlen schlägt sich auch hier nieder, detaillierte Auswertung folgt
  - Zahlen für Inzidenz, ITS und „Invasiv beatmet" steigen
- 7-Tages-Inzidenz (Folie 2): Berlin und Bremen deutlich über 50, Anstiege auch in andere BuLä, z.T. recht steiler Anstieg
- 7-Tages-Inzidenz (Folie 3) 123 LK >25-50, 44 LK >50-100, 3 LK >100-500 Fälle/100.000 Ew.
- v.a. städtische Regionen betroffen, kein LK ohne Fälle
- Ein LK hat nicht zeitgerecht übermittelt, um scheinbar so die Inzidenzschwelle von 50 nicht zu erreichen und entsprechende Maßnahmen nicht ergreifen zu müssen
- Anzahl der COVID-19-Fälle nach Expositionsort im In- und Ausland: Anteile aus Ausland (blau) nehmen derzeit ab, Anteile aus anderen BuLä sehr gering (rot), steigende Zahl unvollst. Angaben (grau), somit scheinbar untergeordnete Rolle des Reisens
- Anzahl der COVID-19-Fälle nach wahrscheinlichem Infektionsort in Deutschland (Folie 5):
  - v.a. privater Ursprung sowie am Arbeitsplatz (siehe Schlachtbetriebe) relevant
  - genauer Infektionsort oft schwer ermittelbar, somit beschränkte Aussagekraft
  - aber: längerer und engerer Kontakt übertragungsrelevant, dieser jedoch auch leichter ermittelbar, mindert somit nicht die Evidenz des Hauptübertragungsweges

ToDo: Abb. Folie 5 ggf. in Wochenbericht mitaufnehmen, aber explizit nennen, dass hier Ausbruchsgeschehen betrachtet werden (vorsichtige Interpretation, s.o.)

FG 36
[redacted]

Syndromische Surveillance (Folien **hier**)

- GrippeWeb bis 41. KW: ARE-Rate ab ca. 36. KW derzeit unterhalb der ARE-Raten der letzten drei Saisons

	• Konsultationsinzidenz (Folie 5) 0-4-Jähriger: stabil; 5-14-Jähriger: gesunken; älterer Altersgruppen: ansteigend - jeweils im Vergleich zur vorigen KW • Konsultationsinzidenz regional (Folie 7): teils heterogen, Berlin/Brandenburg: derzeit Anstieg in allen Altersgruppen; Schulkinder: v.a. Rhinoviren ursächlich • Elektronisches SEED^{ARE}-Modul (Folie 8): ARE Raten in 7 statt üblicherweise 5 Altergruppen aufgetragen, in letzten Wochen Anstieg v.a. bei Kindern, weniger bei älteren Altersgruppen zu verzeichnen • ILI-Raten (Folie 8): ausschließlich fieberhafte Erkrankungen dargestellt, spezielles Filtern bspw. nach Pneumoniediagnosen ebenfalls möglich, sehr leistungsfähiges Tool • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis 40. KW (Folie 9): Anzahl insgesamt nicht gestiegen, weiterhin saisonal üblicher Stand • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 40. KW (Folie 10): Gesamtzahl SARI-Fälle leicht rückläufig in KW 40, Anteil COVID-19 an SARI-Fällen entsprechend gleichbleibend • Anzahl SARI-Fälle mit Verweildauer bis zu einer Woche im saisonalen Vergleich (Folie 11): zeitlicher Trend beurteilbar, Grippeverlauf 2017 sehr prominent im Vergleich zur aktuellen Situation **Testkapazitäten und Testungen** (Folien hier) • Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Woche – bundesweit (Folie 2) KW 30 bis 41 nahezu konstant • Anzahl Testung pro 100.000 Ew. nach Altergruppen und KW (Folie 3): keine spezifischen Altergruppen mit starkem Anstieg, in letzten zwei Wochen Positivenanteil (Folie 4) in allen Altergruppen steigend, vor allem zwischen KW 40 bis 41, Testverzug (Folie 5) steigt ebenfalls an	FG 37 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Wurde auf Freitag verschoben	
5	**Kommunikation** • Motivkampagne für Jugendliche: Pretest gut ausgefallen, nun Streuung an Schulen • Infomaterial zum Lüften eingestellt, sowie virtuelles Schulpaket und Verlinkungen zu neuen RKI Papieren	BZgA [redacted]

	To Do: Klärung mit dem BMG hinsichtlich Kompatibilität der vier Botschaften mit den drei AHA-Regeln • Telefonberatung: vor allem Anfragen seitens Gastronomie, Reisewilliger, aber auch zunehmend psychischer Natur sowie seitens Gesundheitsämter hinsichtlich Überlastung • Aufgrund der Überlastung der Gesundheitsämter weitere Anforderungen hinsichtlich Studienbeteiligung und Zuarbeit schwierig • Jedoch scheinbar große Hemmschwelle hinsichtl. Des Stellens von Überlastungsanzeigen (diese gehen allerdings nicht von Arbeitsebene aus) • Derzeit Bundes PK zur Grippeimpfung	Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht anwesend	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln)? • Ballungsgebiete spielen besondere Rolle, die des öffentlichen Transports derzeit unklar, Ausbrüche in Vermehrsmitteln sehr selten Gibt es Punkte, an denen die Strategie ohne zusätzliche Belastungen gut ergänzbar ist? • Bspw. ausreichende Verkehrmittelverfügbarkeit oder Verbesserung der Belüftung, damit Übertragungswahrscheinlichkeit gesenkt wird (MNS nur für Nahübertragung relevant, Aersole nur geringfügig durch Alltagsmaske reduziert, für Fernübertragung Frischluftzufuhr entscheidend), Möglichkeiten hinsichtlich Belegungsgrenzen (v.a. bei Fahrzeit > 15 min): limitierte Taktung, präventive Belüftungsregime • Teils bereits Bestandteil des Gesamtkonzeptes (öffentliche Verkehrsmittel wie geschlossenener Raum zu betrachten) • Fokus soll nicht von größeren Risikoherden genommen werden • Es sollten weiterhin allgemeingültige Empfehlungen ausgesprochen werden *To Do: Neue Strategieaufgabe an gesamten Krisenstab: Frist bis Freitag 12 Uhr, koordiniert durch* [redacted]	AL3

	• Tests auf Sars-Cov2 darf jetzt auch von Nicht-Ärzten (Zahnärzte und Veterinärmediziner) *in vitro* durchgeführt werden *To Do: Bitte an FG 36 um Prüfung ob § 13-Punkte korrekt übenommen wurden* **b) RKI-intern** • Bericht zum Kontaktpersonenmanagement derzeit weiterhin beim BMG, neuerliche Diskussion möglich bspw. hinsichtlich Quarantänezeitverkürzungen, Deadline 15.10. wurde auf November verschoben, Musterquarantäneverordnung soll am 08.11. veröffentlicht werden	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	FG36
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Labordiagnostik** • 3 Sars-Cov2 Nachweise (1 aus Darmstadt, 2 aus Berlin, versch. Altersgruppen): höchster Nachweis bislang • Influenza: keine weiteren Nachweise • Vorbereitung neuer Influenzasaison gestartet • Heute Austausch der nationalen Teststrategie im Netz, Begleittext dazu seitens BMG, viele Rückfragen erwartet *To Do: im Lagebericht soll ausdrücklich an prominenter Stelle auf neue Teststrategie hingewiesen werden, hierbei wording von großer Bedeutung, Rückmeldung dazu seitens BMG an das Lagezentrum nötig (ggf. zu beachten bzw. zu berücksichtigen: Testkapazität am oberen Limit, Reganzien werden knapp, Teststrategie soll im Lagebericht positiver eingeführt werden, hierzu bitte auch Abstimmung per E-Mail)*	FG 17 [redacted] AL1 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Wird auf Mittwoch verschoben • Aktualisierte Aufstellung zur Therapiestrategie: im Dt. Ärzteblatt und auf RKI-Seite: tabellarische Übersicht dazu • Telemedizin: Zielgröße erreicht, Untersützung von Einrichtungen mit wenig Erfahrung im Umgang mit	FG36/IBBS [redacted]

	ITS-Fällen durch die Charité, parallel dazu ähnliches Konzept international (Rücksprache mit ZIG) • Infektiologie und Beratung: Konsiliarangebot - neue Website mit Webseminarreihe • Kleeblattkonzept: wird für internationale Anfragen aus dem Ausland überarbeitet *To Do: Besprechung der Überlastung der Gesundheitsämter; Rücksprache [redacted] mit [redacted] (u.a. zu möglicher Pausierung der Kontakterpersonennach-verfolgung im Flugzeug wie im März, Involvierung des BMG)*	
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
14	**Surveillance** Diskussion der Kennzahlen aus Lagebericht • Kennzahlen aktueller Entwicklung: kumulative Zahlen in Klammern, neue Zahlen dickgedruckt vorangestellt • nicht nur Infektionszahlen zeigen, sondern auch andere Kennzahlen unterschiedlicher Datenquellen, bspw. intensivmed. behandelte Fallzahlen, DIVI: ggr. anderer Zeitraum abgebildet oder (wenngleich unvollständige) Surveillance-Daten zur klin. Schwere Vorschlag wird begrüßt, sinnvolles Vorgehen soll diskutiert werden, weitere Vorschläge und Eingaben: • Für ITS ggf. DIVI Daten als verlässlichste Datenquelle nutzen, bei der 7d-Inzidenz die absolute, bestätigte Fallzahl sowie die Veränderung in absoluten Zahlen ggü. dem Vortrag nennen • Eingangstabelle ist automatisiert, DIVI müsste zunächst händisch eingefügt werden, Automati-sierung auch hier wünschenswert • Prozent belegter ITS-Betten • Bei aktiven Fällen wäre eine 14d-Inzidenz-Angabe am aussagekräftigsten für das aktue Geschehen (ohne Notwendigkeit einer Schätzung) • „Genesene“ kein trefflicher Begriff • Ggf. „aktive“ anstelle von „aktuer“ Fälle, diese von „Genesenen“ zu differenzieren (letztere Fallzahlen waren vor allem in Anfangsphase öffentlichkeits-relevant) • Am Ende des Lageberichts Aufzählung der Randbemerkungen • Änderungen im Berechnungsalgorithmus nötig • Algorithmus: bislang nicht veröffentlicht, Berechnungen und ihre Limitierungen sollten transparent nachvollziehbar sein und kommuniziert	FG34/FG32 ([redacted] erst ab 12:00 dabei)

	werden (bspw. hinsichtlich nicht mehr aktiver Fälle – bei Hospitalisierung längerer Sicherheits-Zeitraum) • Die durch stark ausgelastete Testkapazitäten (bspw. hinsichtlichtlich erhöhtem Aufkommen durch Reisewillige) eintretenden Überlastungen sollten ggf. Eingang in die Berichterstattung halten *To Do: Textvorschlag per Mail zur Abstimmung bzw. zunächst Abstimmung mit Leitung, zudem Zustimmung seitens BMG erforderlich (v.a. auch hinsichtlich einer Streichung der Genesenen-Zahl)*	
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** • Nicht besprochen	
17	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 16.10.2020, 11:00-13:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*16.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o 3 Diskussionspunkte s. E-Mail „Berater“ (vom 15.10.20 um 07:09 Uhr): 1. im Zusammenhang mit den Antigentests die Aussage: Antigentests weisen Infektiosität nach, PCR Infektion und Infektiosität 2. [redacted] geht davon aus das die vielen Einzelfälle zu einem großen Teil auf Nicht erkannte Cluster zurückgehen, die z.B. Im öffentlichen Nahverkehr auftreten 3. Gesundheitsämter würden sehr unterschiedlich mit der Einschätzung KP1 und KP2 umgehen.	ZIG1 FG32 Eingebracht von Leitung
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • (Von Mittwoch) Klärung mit dem BMG hinsichtlich Kompatibilität der vier Botschaften mit den drei	BZgA Presse

	AHA-Regeln • Lüften (UBA-Empfehlung) ?	
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) • Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite **b) RKI-intern** • (Von Mittwoch) Ergänzung der Strategie mit weiteren Maßnahmen mit geringen Belastungen	AL3 FG32 [redacted]
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen:	FG36
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** •	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Überlastung Gesundheitsämter bzgl. RKI-Studien	FG38
13	**Surveillance** •	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Kontaktpersonennachverfolgung nach Exposition im in Flugzeugen	FG 38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Überlastung der Postion Internationale Kommunikation	FG 38
16	**Wichtige Termine** • Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden **Mittwoch (21.10.2020)** im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 19.10.2020; 13:00 Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*16.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
- FG 17
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 36
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - Telefoneinwahl [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen o 38.581.234 Fälle; 1.093.140 Verstorbene (2,8%); o Anteil der Verstorbene über die Wochen gesunken; o Top 10 Länder sind dieselben wie am Mittwoch; o Argentinien und Russland haben Position getauscht; stärker Anstieg in Frankreich; o Top 4 sind: Indien, USA, Brasilien, Frankreich; • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o Seit Mittwoch wenig Änderungen; o 68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Bonaire, Saint Eustatius and Saba und San Marino nicht mehr auf der Liste o Monaco wieder auf der Liste o China: Ausbruch lokal im KH Xin-Dao nun alle dort getestet werden; Massentestung o Russland: zweiter Impfstoff zugelassen; bisher keine öffentlichen Daten zum release stage; • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Neu dazu: Bulgaria (55 Fälle/100.000 Ew.); o Notstand in Frankreich und Tschechische Republik; • Update: EU Kommission Empfehlung zur Koordinierung von Maßnahmen mit Auswirkungen auf Freizügigkeit o ECDC wird jetzt donnerstags vier Karten veröffentlichen mit dem Datenstand von dienstags 23:59 Uhr in der TESSy Datenbank: 1. Zahl der neu gemeldeten Fälle pro 100 000 Ew. in den letzten 14 Tagen (14-Tage-Inzidenz); 2. Zahl der Tests, die pro 100 000 Ew. in der letzten Woche durchgeführt wurden (Testquote); 3. Prozentualer Anteil der positiven Tests an den in der letzten Woche durchgeführten Tests (Testpositivätsrate) 4. Kombinierte Indikatoren (1-3) • Bsp Karte für diese Karten: o Leider hatte Datenübermittlung für Dtl. nicht geklappt; o ECDC pflegt ausnahmsweise heute Dtl. nach.; o WHO call u.a. mit China: Diese berichteten, dass 10 Mill. Chinesen bereits gegen SARS-CoV-2 geimpft worden sind; aber keine Angabe mit	ZIG1 [redacted] FG 32 [redacted] Präs

	welchem Impfstoff und keine zu den Nebenwirkungen;	FG32 [redacted]
	National	

	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	• COVID-19: Lage National, 16.10.2020
	  o SurvNet übermittelt:
	  -steigende 7-T.-Inz.;
	  -Änderungen zum Vortag: +24 Todesfälle; +7.334 Bestätigte Fälle;
	  -ITS steigt weiter;
	  -Im R-Wert bildet sich dies noch nicht ab;
	• COVID-19 Fälle nach Berichtstag (Änderungen zum Vortag)
	  o wir haben weniger Untererfassung als im März/April und es zeigt sich deutlicher Anstieg
	• 7-T-Inz. der Bundesländer (BL) nach Berichtsdatum
	  o In fast allen BL Anstieg zu sehen: Es ist zurzeit ein beschleunigter Anstieg, kein exponentieller Anstieg;
	• Geographische Verteilung in Dtl.: 7-T.-Inz.
	  o 9 LK mit 7-T.-Inz. >100-500 Fälle/100.000 Ew.;
	  o 62 LK mit 7-T.-Inz. >50-100 Fälle/100.000 Ew.;
	  o 132 LK mit 7-T.-Inz. >25-50 Fälle/100.000 Ew.;
	  o seit dieser Woche berichten wir dem BMG -nach Absprache- nicht mehr alle LK über 50, sondern nur die TOP 15 werden dem BMG berichtet;
	• Anzahl der SARS-CoV-2 Testung
	  o In KW42 Positivenquote auf 2,48% angestiegen;
	• Fragen/Diskussion:
	  o Vorschlag: An ECDC die Fälle der kompletten Vorwoche zu berichten; wird intern besprochen;
	  o Von [redacted] aufgebrachte Überlegung, ob Anstieg der Fälle auf unerkannte Cluster,z.B. im ÖPNV beruht?
	  o Frage, ob Positivenrate im Zus.hang mit Hospitalisierung steht? Trotz Unterschiede im Testverhalten zw. 1. Und 2. Welle;
	  o Zur Überlegung eine Inz.-Liste online zur Verfügung zu stellen; auf LK-ebene; im Excel; online zur Verfügung mit Archiv für Rückfragen;
	• 3 Diskussionspunkte s. E-Mail „Berater“ (vom 15.10.20 um 07:09 Uhr)
	  o Argument von [redacted]: Er vermutet, dass die steigenden Fallzahlen auf ungeklärte Cluster zurückzuführen seien, wie z. B. im ÖPNV. Welche Argumente haben wir, dass wir Cluster nicht übersehen? Aber die GÄ verfolgen genau das, was er sich wünscht:. GÄ konzentrieren sich auf die großen Geschehen. Aber die meisten Fälle sind nicht mehr auf größere Geschehen zurückzuführen. Was meint [redacted] mit Cluster
		FG32 [redacted]
		Präs/AL3
		AL1
		Presse [redacted]
		Präs/AL3/Alle
		AL3/Präs
		FG37 [redacted]

	im ÖPNV? Denn die Personen ändern sich ja bei jeder Haltestelle. o Empfehlungen für GÄ optimieren: Aber Änderungen sparsam verwenden. Denn deren Resourcen sind sehr erschöpft und Umsetzungen von Änderungen fordern diese vermehrt. Präs möchte eine Kommunikation starten, die für GÄ den Unterschied von KP1 und KP2 eindeutig macht. o Antrag für weitere Containment Scouts vom BMG bewilligt. o ITS tool wird zurzeit von FG37 gestellt, da tool von der Gruppe um [redacted] noch nicht angelaufen ist. Jetzige tool von FG37 bedarf dringend einem Update. To Do: *-LZ: Es wurde beschlossen die Inz.-Liste auf LK-ebene täglich morgens auf RKI website zu veröffentlichen.* *-Präs/AL3: Nächste Woche Austausch mit [redacted] beim Termin im BMG zu seinem Verständnis von Cluster.* *-P1: Bitte einen Vorschlag zur klaren Kommunikation des Unterschieds von KP1 und KP2. Gerne auch graphisch.*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Update Internationale Aktivität: Morgen startet 14-tägige Mission nach Namibia hier wird die Unterstützung auch im Laborbereich stattfinden; • Umsetzung der EU-Ratsverordnung hat viele Ressourcen gebunden: mehrere Anfragen schon beantworte; Regierung wünscht sich weitere Analysen, bevor Risikogebiete neu gesetzt werden; Hier noch zu definieren, welche Parameter für Länder außerhalb der EU angewendet werden; dauert wahrscheinlich noch 2-3 Wo. bis gangbarer Weg gefunden wurde;	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Hochstufung der Risikobewertung notwendig; • Jetzt als sehr dynamische Lage bereits angepasst; • Wird nächste Woche besprochen, ob ein Zahlen-basierter Trigger und/oder Beschreibung der Gesamtsituation verwendet werden; • Brauchen nä. Wo. zum Pressebriefung eine Position hierzu; *To Do: Auf Agenda für Montag*	AL3/Präs/ FG34 [redacted]/ Presse/Alle
5	**Kommunikation** • Presse: Neues Verfahren von seiten des BMG: Risikogebiete stehen mit Vorlauf auf der Webseite und sind nicht sofort gültig;	Presse [redacted]

	Risikogebiete machen mit Rückfragen die meiste Arbeit • BZgA Themen: Mitarbeiter der GÄ melden sich bei Hotline wegen vermehrter psychischer Belastung; in der Bevölkerung geben eher junge Menschen eine hohe psychische Belastung durch die Pandemie an; • Bei Coronafällen in Kitas werden die Familien der Index und Kontakt-Kinder schlecht von den Kitas informiert; Familien verunsichert, wissen nicht welche Maßnahmen folgen; Kann man hier die Empfehlungen aufbereiten? • Unmut aus Bevölkerungen, dass es Wartelisten bei Grippeschutz-Impfungen gibt, wobei stark für die Grippeschutzimpfung geworben wird; o Argument dafür, dass eine spätere Grippeimpfung kein Nachteil ist: Grippeimpfung wirkt besser, wenn im Nov./Dez. geimpft wurde; o Verteilungsprobleme des Impfstoffs besteht jedes Jahr, nur dieses Jahr fällt dies stark auf; • Punkt Lüften ausgelassen;	BZgA [redacted] FG36 [redacted] AL3
6	**Neues aus dem BMG** • Bewertung der Risikogebiete: Danke für die Zuarbeit durchs RKI; • unglücklich die ECDC Datenübertragung für die EU-Karte; • Testempfehlung gerade veröffentlicht, gespannt auf die Umsetzung; • blicken mit Besorgnis auf die Entwicklung	BMG [redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) Schon vorher besprochen (siehe unter Punkt 1 zu [redacted]) und kein weiterer Gesprächsbedarf; • Referentenentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite o Punkte zum Referentenentwurf d. Dritten Bev.schutzgesetz: (Verabschieden [redacted]); o [redacted] stellt die kritischen Punkte vor (Dokument hier): o Umfangreiche Änderungen: RKI bei allen Änderungsvorschlägen im Vorfeld nicht mit	AL3 FG32 [redacted]

	einbezogen worden; besonders zum Reiseverkehr und Aussteigerkarten; o Gemeinsame Sichtung der Zusammenfassung: nicht-namentliche Meldung wird zurükgenommen; für neg. und pos. Meldungen haben Mehrwert fürs RKI, die vorgeschlagenen Änderungen würden dies nicht möglich machen; jetziger Ref.-entwurf wurde ohne fachliche Beratung bearbeitet; o In vitro Diagnostik sollte nicht gemeldet werden; so können Antigen Tests als Schnelltests nicht als meldepflichtig gelten. Auch hier Bedarf für Anpassung; o Viele neue Aufgaben fürs RKI untergebracht worden, z.B. §4 Daten zur Verfügung zu stellen, GEMATIK Daten geben als zusätzlichen Nutzen, aber wochenaktuelle Berichterstattung sollte ausreichen; o Schnelltests könnten auch durch nicht-ärztliche Personen durchgeführt werden; o Weitere Rechtssicherheit für wichtige Daten, die für Int. Komm. Nötig sind; o Syndromische Surveillance und AntibiotikaResistenz-Surveillance zurzeit nametlich genannt; o GEMATIK wird verpflichtet, DEMIS zu unterstützen, hier v.a. im hosting; o Wie befürchtet Rolle des RKI nicht nur als Technischer Berater, sondern im Gespräch deutlich geworden, dass Tool soll inhaltlich vom RKI betreut werden und technisch bei der Bundesdruckerei; Damit kommt RKI noch stärker in den Fokus und wird in der Verantwortung gesehen für die Ausweisung der Risikogebiete; o Keine Ergänzungen, sehr verägert, dass wir nicht einbezogen wurden; o Dank an Präs für schnellen BMI Termin hinsichtlich Aussteigerkarten: personenbezogenen Daten en mass; Telekom hat 14.000 Daten pro Tag; schon geplant, diese dem GA zur Verfügung gestellt werden. Es bedarf einer dringende Klärung zu diesem Ref.-entwurf; o Gesetz könnte schon Anf. Nov in Kraft treten; o Der Entwurf geht am Mi ins Kabinett; **b) RKI-intern**	AL3 Präs FG38 [redacted] FG32 Präs

	• (Von Mittwoch) Ergänzung der Strategie mit weiteren Maßnahmen mit geringen Belastungen o Bereits weiter oben besprochen	
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen: o OK vom BMG durch [redacted]; o Ebenfalls OK vom BMG zum weiteren Aussetzen der Flug-KoNa; o [redacted] fügt dies in das Dokument zur online-Veröffentlichung ein; steht ab nächste Wo. online; o Im LZ wird IFG Anfrage zum KP-Management gestellt, kann man idese später beantworten oder abweisen? Wenn diese Antwotz zurzeit nicht leistbar, dann gut begründet abweisen; *To Do: FG 36 stellt aktualisiertes Dokument zum KP-Management online.*	FG36 [redacted] FG38 [redacted] FG36 [redacted]/AL3
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Gestern im BMG ein Grobkonzept besprochen: Impfmanagement auf lokaler ebene. Impfquotenerfassung, Impfnebenwirkungerfassung o [redacted] gab Arbeitsauftrag an RKI ein bundesweites Impfmonitoring zu etablieren; o Damit weiteres Software-Projekt erhalten; o Ziel des Impfmonitoring: Effektivität der Impfung abschätzen; o Bitte alles an Dienstleister herausbringen was geht, z.B. Capgemini oder Bundesdruckerei; o Beim Impfmonitoring schwierig, da schnelles Heraussgeben der Aufgaben geht nur an jene, mit denen Rahmenverträge bestehen; Detailfragen bleiben am RKI hängen; Impfmonitoring muss primär fachlich bearbeitet werden;	AL3 Präs AL3
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Labordiagnostik** • Regulatorische Aspekte zu Antigenteste nehmen großen Raum ein, müssen auf PEI, BMG BfArM Ebene regulativ geklärt werden; o Antigen-Tests zum Teil sehr viel versprechend; o Testliste wird beim BfArm geführt; o Antigen-Tests können sinnvolle Bereicherung darstellen, da PCR-Testung mit Kapazität am Anschlag und Reagenzien Mangel;	AL1 [redacted]

	• Valide Antigen-Tests sind ein Erregernachweis und sollten meldepflichtig sein. Aber zurzeit bedürfen Antigen-Tests einer PCR-Bestätigung; Hersteller deckt nur Anwendung bei Symptomatischen; jede Anwendung bei asymptomatischen nicht durch den Hersteller abgedeckt; aber wenn wir diese validiert haben, müssen sie als meldepflichtiger Erregernachweis festgehalten werden; • Virolog. Surveillance: o Von 220 Proben-Einsendungen waren 4 SARS-CoV-2 positiv; • Stand der Validierung der Antigen-Tests: o 11 verschiedene Teste von 6 Laboren validiert; große Bandbreite in der Qualität 50% Detektionsrate zw. 600 und 10.000 pro Test; • SARS-CoV-2 Testungen von eingesendeten Proben: o 214 pos.; 13,4% pos Rate; immer mehr Proben von KOMO, ansonsten sind einige technische Geräte defekt; • Verortung auf lokale Ebene zur Testkapzitätskoordination: o Herr Müller hier ein guter Kandidat; bitte in nä. AGI aufnehmen	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted] AL1
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • GÄ sind sehr überlastet; Weitere Dokumente sollte kurz und einfach gehalten werden; • Präs bittet Hinweise zur Überlastung an ihn zu richten. Bedarf zur Unterstützung setzt er soweit ihm möglich um; • RKI Personalentwicklung hat Angebote für die Vermeidung zur Überlastung; • P1 kann mit kleinen PodCasts Erklärungen für die GÄ liefern; • Mobile Scouts werden aus Hamm zurückgezogen und stehen fürweitere Anfragen zur Verfügung; Werden aktiv dem GA Frankfurt angeboten; • Priorisierung von Aufgabenflut aus dem LZ: Können IFG-Anfragen warten? [redacted] bitte hier direkten Kontakt mit L1, damit die Arbeit zu IFG auf das notwendige reduziert werden; Wenn Schichtleitung Aufagben ablehnen wollen, können sie bei AL3 oder Leitung Rücksprache halten;	FG38 [redacted] Präs FG38 [redacted] Präs FG37 [redacted] FG36 [redacted]/ AL3
14	**Surveillance**	

	• Nicht besprochen	
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** • Position Int. Komm. extrem belastet: Erweiterungen der Frühschicht auf 5 Personen und der Spätschicht auf 4 Personen; • Einstellung Flug-KoNa bewirkt wenig Entlastung; • Containmaent Scouts unterstützen bereits; • WBK unterstützt mit 3 Vollzeit Personen im LZ im Nov. Und Dez.; • Hinweis auf letzten Punkt unter 13. Maßnahmen zum Infektionsschutz;	FG38 [redacted]
17	**Wichtige Termine** • Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden **Mittwoch (21.10.2020)** im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden	
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 19.10.2020, 13:00-15:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*19.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	ZIG1 FG32
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Muss neu diskutiert werden	alle
5	**Kommunikation** • Kommunikationsstrategie des BMG und Zusammenarbeit zwischen BMG und BZgA (vorgesehen sind 20 bis 30 Minuten)	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) **b) RKI-intern** •	AL3
8	**Dokumente**	

	• Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen:	FG36
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** •	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Überlastung Gesundheitsämter bzgl. RKI-Studien • Containment Software (kurzer Vortrag plus Diskussion) // [redacted] MF5/P5 • FAQ Luftreinigungsgeräte	FG38 MF5/P5 [redacted] FG14 [redacted]
13	**Surveillance** • Kennzahlen aus Lagebericht ??? • Corona-KiTa-Studie	FG34/FG32 ([redacted] erst ab 12:00 dabei) FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 21.10.2020; 11:00Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.10.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Präs
  - Lothar Wieler
- VPräs
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZgA

- [redacted]
- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) o 39.774.852 Fälle, 1.110.902 Verstorbene (2,8%); o Änderungen bei Top 10 Ländern nach Anzahl neuer Fälle der letzten 7 Tage seit Freitag: Tschechische Republik und Italien dazugekommen, Frankreich ist weiter nach oben gerutscht auf Platz 3 nach Indien und USA, o starker Antsieg in Tschechischer Republik und Italien • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. o 68 Länder mit einer 7-T.-Inz. >50 Fälle/100.000 Ew.; o Europa (nicht EU/EWR/UK/CH) Albanien dazugekommen o Afrika Botswana nicht mehr auf Liste • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Ew. Europa o Notstand in Frankreich und Tschechische Republik, o Platz 1 Tschechische Republik, • Zusammenfassung / Überblick (der vergangenen 7T) Update: o Afrika: 2,9% der neuen Fälle und 4,6% der neuen Todesfälle o Top 5 Länder mit den meisten Fällen: Marokko, Südafrika, Tunesien, Libyen und Äthiopien o Amerika: 32,1% der neuen Fälle und weiterhin der Großteil der neuen Todesfälle (44,5%) o Die Vereinigten Staaten, Brasilien, Mexiko, Peru und Kolumbien meldeten die meisten Todesfälle o Weiterhin ansteigende Trends in Kanada und den USA o Asien: 27,7% der neuen Fälle und 29,6% der neuen Todesfälle o Rückläufiger Trend in Indien, aber 15% der gesamten Todesfälle weltweit o Nach einem 4-wöchigen Lockdown und wegen absteigenden Fallzahlen werden die Maßnahmen in Israel gelockert o Europa: Großteil der neuen Fälle (37%) und 21,3% der neuen Todesfälle o Anstiege der Fälle in ca. 83% der Länder o Italien, Frankreich und die Tschechische Republik haben am Wochenende Rekorde bei der Zahl neuer Fälle binnen 24 Stunden erreicht (Italien und Tschechien >10.000, Frankreich >30.000) o Ozeanien: 0,08% der neuen Fälle und 0,05% der neuen Todesfälle o Die meisten gemeldeten Fälle sind aus Französisch Polynesien o Aktualisiertes Dokument des ECDC: Guidance on discharge and ending of isolation of people with	ZIG1 [redacted]

	COVID-19 vom 16.10.2020 (https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/guidance-discharge-and-ending-isolation-people-covid-19) o Update zur Ausweisung der Risikogebiete und der Abstimmung bezüglich des Vorgehens bei Umsetzung der Empfehlungen, Veröffentlichung Mittwoch Abend und die Einstufung wird dann ab Freitag 0 Uhr wirksam • Fragen/Diskussion: o Frage nach den Auswirkungen, wenn Deutschland insgesamt die Schwelle von 50 Fällen/100.000 Ew überschreitet, dies wird gegen Ende der Woche erwartet o Konsequenzen noch nicht ganz klar. Es gibt intensive Diskuissionen dazu, Dinge werden vermutlich noch komplizierter **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • COVID-19: Lage National, 19.10.2020 o 366.299 bestätigte Fälle, 9.789 Verstorbene, Anteil Verstorbene 2,7%, o Schätzung 4-Tage-R: 1,35, 7-Tage-R: 1,25 o steigende Trends in allen BL, Berlin und Bremen weiterhin hoch, o Saarland zeigt sprunghaften Anstieg in der 7-Tages Inzidenz, aber dort können aufgrund der niedrigen Einwohnerzahl geringe Fallzahlen bereits dazu führen, o Schwerpunkte sichtbar im Süden und Westen und Städten, o LK-Ebene derzeit Berchtesgardener Land ganz oben, diffuses Geschehen, Meldung von Fällen in einer Shisha Bar, aber dies begründet nicht alles, o 107 LK überschreiten Inzidenz von 50/100.000 Ew, o Deutschland wird die Grenze insgesamt vermutlich bald überschreiten, • Fragen/Diskussion: o Frage, ab wann die Risikobewertung angepasst werden und in die höchste Stufe gehen sollte o Anmerkung, dass dann ggf. keine weitere Abstufung zwischen Allgemeinbevölkerung und Risikogruppen mehr möglich ist, außer es wird die Risikoabstufung noch einmal anders formuliert. Es wäre aber doch gut zu differenzieren, o Andrerseits sollte lieber frühzeitig gewarnt und auf die Erhöhung der Risikolage hingewiesen werden und nicht zu spät auf die steigenden Zahlen reagiert werden, o Der Zeitpunkt ist aber schwer zu finden, o Konsequent wäre ggf. der Moment ab dem Deutschland insgesamt den Wert von 50 Fällen/100.000 Ew überschreitet	FG 32 [redacted] Präs/ VPräs/ FG32/ FGL36/ AL3

	o Anmerkung, dass auch die Seite der Ärzt*innen und klinischen Fachgesellschaften wichtig ist bei der Bewertung der Lage, Einbeziehung eine*r Klinker*in für Pressekonferenz sinnvoll, o Klinik (DIVI) zeigt Zunahme der Belegung, *To Do:* *- Enstcheidung zur Risikobewertung soll Mittwoch besprochen werden*	
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • App Datenspende wurde bereits zuvor vorgestellt, • Vorschlag Update digitale Projekte nächste Woche	FG21 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Hochstufung der Risikobewertung siehe Diskussion zur nationalen Lage;	
5	**Kommunikation** • Kommunikationsstrategie des BMG und Zusammenarbeit zwischen BMG und BZgA wurde vorgestellt • Wichtige Punkte in der Kommunikation und Vorbereitung der Kampagnen sind bspw. die Frage, wie gehen wir mit der kommenden Wintersaison um • Bisher war die "Wir bleiben zu Hause Kampagne" in Zusammenarbeit mit dem RKI, BZgA und BMG sehr erfolgreich mit 1,2 Mrd Klicks • Ebenfalls die Kampagne zu den AHA-Regeln mit ~90% Bekanntheit mittlerweile, von diesen 90% geben 80% an, sich auch an die Regeln zu halten, • Sehr im Fokus stehen auch Jugendliche und junge Menschen, es gibt 111 Einzelkampagnen u.a. auf Facebook, Twitter, Instagram und Co • Algorithmen sortieren dabei den verschiedenen Kontent, • Neben Plakatkampagnen auch Google Adds Implementierungen, die vorsortieren und dann auf RKI.de oder Infektionsschutz.de weiterleiten bei bestimmten Suchanfragen, • Kampagnen sind in sehr vielen Sprachen verfügbar, • Mithilfe der technischen Lösungen kann schnell reagiert und nachgesteuert werden, bspw. wurden Warnplakate innerhalb 1 Tages aktiviert zur Erinnerung an die AHA Regeln, • Es wurden viele Gelder und ein großes Budget aufgewendet, • Neben Facebook werden auch Messenger Dienste wie Telegram genutzt, auch weil sich dort viele Akteure mit Verschwörungsideen sammeln, • Es werden aber auch Informationen über Medium Radio, oder Spots an Flughäfen geschaltet, gezielt dort, wo Personen aus Risikogebieten ankommen, Plakate und Spots an Tankstellen in verschiedenen Sprachen, • Es wurden 10.000 fach Sticker mit AHA-Regeln und Informationen bestellt und an Einrichtungen abgegeben,	BMG [redacted]

	• Es ist eine Kampagne geplant, u.a. um gegen die Müdigkeit gegenüber den Maßnahmen entgegen zu wirken, • Es zeigt sich, die Regeln sind verstanden aber Frage, warum lohnt es sich weiter den Regeln zu folgen, muss verdeutlicht werden, • Fokusgruppen zur Vorbereitung einer Impfkampagne ab Anfang Dezember sind in Planung je nachdem wann der Impfstoff zur Verfügung stehen wird, • Fragen und Hinweise zum Thema Kommmunikation sind willkomen an [redacted] **Fragen/Diskussion:** • Frage: Rundfunk und Fernsehen spielen auf der breiten Ebene eine große Rolle. Inwieweit werden auf dieser Ebene Dinge geplant? • Antwort: Darüber wurde intensiv disuktiert, allerdings sind Kampagnen im TV sehr teuer, öffentlich rechtlicher Rundfunk sendet Spots von Bundesbehörden wie dem BMG nicht, v.a. aber auch Geldfrage • Letztlich wird Medium Fernsehen nicht genutzt; dafür aber Radio sehr stark, • Insgesamt wurde entschieden weniger breit und mehr zielgerichtet vorzugehen, • Anmerkung: Es könnte sinnvoll sein für den Winter mehr Aufklärung zu betreiben zur eigenen situativen Einschätzung und zu schulen, wann welche Maßnahmen am sinnvollsten sind, • Neben den AHA-Regeln fehlt es teilweise an eigener Einschätzung, wo welche Maßnahmen angebracht und wie wichtig sie sind. Gibt es Ideen dies zu fördern, persönliche Risikoeinschätzung stärken? • Wichtiges Thema, allerdings ist dies eine fließende Thematik, die immer wieder neu gesteuert und angepasst werden muss, • Deshalb wird die zielgerichtete Ansprache unter Nutzung der verschiedenen Medien bevorzugt • Frage der Sichtbarkeit der Maßnahmen kam auf und wie diese ggf. an einer Stelle des Geschäftsbereichs des BMG sichtbar gemacht werden könnten, • Es gibt eine Dropbox mit Inhalten aller Kampagnen, die auch frei genutzt werden können von Instituten im Geschäftsbereich sowie tägliche Berichte mit Aktivitäten, • Ja, der Link soll zur Verfügung gestellt gestellt werden, • Gibt es Ideen, inwieweit Betroffene zu Wort kommen sollen bspw., um Verharmlosung entgegen zu wirken? • Krankheitsgeschichten erzählen ist wichtig, die Form muss entsprechend gefunden werden, bisher waren AHA-Regeln wichtig, es ist aber geplant da etwas umzusetzen • Anmerkung zum Thema Verschwörungsideen: diese sind zwar laut, aber eigentlich in der Minderheit, insgesamt sind die Menschen diszipliniert, wir sollten uns von der Minderheit nicht treiben lassen,	

	• Anmerkung: Informationen, wann es sinnvoll ist sich testen zu lassen könnte angebracht sein Pressestelle RKI [redacted]: • Frage danach wann ausführlichere Darstellung zu Ausbrüchen im RKI-Lagebericht geplant ist, es gibt viele Anfragen dazu, • Ausführlichere Darstellung der Ausbrüche mit Grafik ist geplant für Dienstag, • Es werden aber keine Fälle von innerdeutschen Reisen extra ausgewiesen, wahrscheinliches Infektionsland wird aber angegeben	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG [redacted]
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wann sehen wir in Ballungszentren die Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) • Diskussion um die Frage übersehen wir etwas, • Punkt schon letzte Woche besprochen, • Resümee: ÖPNV spielt Rolle, aber keine Gelegenheit für größere Ausbruchsgeschehen, es handelt sich um eher kurze Kontakte, • Aussagen von [redacted] sind in dieser Hinsicht nicht ganz konsequent in sich, nicht nach vorn gucken, sondern nach hinten, weil Cluster länger bestehen, das ist aber auf ÖPNV hin nicht so überzeugend, GA machen im Grunde schon das Richtige, große Geschehen anschauen und ggf. abstellen, Leute ermitteln, die betroffen sind und in Quarantäne verhängen, • Frage nach Hinweisen zu Restaurants und Anzahl der Fälle, die nachverfolgt werden müssen, es gibt dazu keine ganz genauen Zahlen, • GA berichten, dass es eher Vielzahl kleiner Ereignisse als wenige große Geschehen • Anmerkung: John Hopkins University veröffentlichte hohe Odds für Personen im öffentlichen Nahverkehr, hier sollte aber die Maskenpolicy in den USA berücksichtigt werden, ggf. hat das eine Rolle gespielt • Verhalten im privaten Bereich spielt sicherlich eine große Rolle, hier wäre ggf. Kommunikation nötig **b) RKI-intern** o Nicht besprochen	AL3/ AL1/ FG36/ FG32/ Alle
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen ging heute online	FG36 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	

11	**Labordiagnostik** • FG 17 hatte in der virologischen Surveillance der AGI in den letzten zwei Wochen 104 Proben-Einsendungen, davon waren: - 54 positiv für Rhinovirus - 4 positiv für SARS-CoV-2 • Das heisst, nachdem über Monate kein SARS-CoV-2 in der Surveillance nachgewiesen wurde, wird das Virus nun regelmäßig nachgewiesen. • Influenza wurde vor ca 4 Wochen erstmals detektiert, seitdem aber noch nicht wieder. • Umfassende Vorstellung der Antigenteste für Freitag geplant • Weitere Validierung hängt am Datenschutz, wurde kommuniziert • Hälfte der Rhinovirus Einsendugen positiv	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
12	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
13	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Vortrag zu RKI_COVIDTestCalculator (Folien hier) • Tool zur Modellierung von Strategien zur Verkürzung der Quarantäne/Isolation vorgestellt • Wahrscheinlichkeit der Infektiosität wird berechnet • Mittlere Verweildauer in verschiedenen Zuständen der Infektion berechnet und mit verfügbarer Literatur verglichen, dabei Beachtung der Inkubationszeit, Symptombeginn, Testsensitivität, • Vorhersagekraft des Models ist gut und wurde bereits in eine Software umgesetzt, • Ausgegeben wird die Wahrscheinlichkeit, infektiös zu sein, es lassen sich zeitliche Verläufe errechnen und darstellen unter Annahme verschiedener Parameter wie Quarantäne, erfolgter Testung sowie unter verschiedenen Inzidenzszenarios und Dunkelziffern, • Tool wurde validiert, am Mittwoch gibt es ein Treffen mit Team um [redacted] zur gemeinsamen Abstimmung, danach soll das Tool kostenlos zur Verfügung gestellt werden, Fragen/Disksussion: • Anmerkung: Publikation wäre schön, um zu zeigen, dass Verkürzung von Quarantäne und Isolierung nicht sinnvoll wäre und um gewissen Äußerungen etwas aktuelles entgegenhalten zu können, • Es wäre gut die Grundlagen zum Tool nachlesen zu können, auch eine Hilfe zur richtigen Anwendung wäre sinnvoll, um falscher Nutzung vorzubeugen, • Auch könnten ein paar typische Bespiele und Verläufe gerechnet und gezeigt werden, • Hierzu soll es auch ein Manual geben, • Wurde berücksichtigt, dass bestimmte Menschen besonders anstecken? • Ja, fand Berücksichtigung, es wurden auch Studien mit schweren Verläufen eingeschlossen, insgesamt ist das	AL3 MF5/P5 [redacted] FG14 [redacted]

	Tool flexibel gehalten, Parameter können verändert werden, • Könnte das Tool für weitere Infektionen sinnvoll sein? • Wahrscheinlich nicht für alle Erreger aber für sich schnell verbreitende Erreger denkbar, • Verteilung des Tools eher an Experten oder auch GA und andere Akteure? • Es soll eher an die Fachöffentlichkeit gehen, • Wichtig ist, dass keine Individualisierung und Einzelfallauslegung der Quarantäne/Isolierung suggeriert wird, • Im Manual soll anfangs erläutert werden, was der Einsatzzweck ist und was mit dem Tool gemacht werden sollte und was nicht, • Stärke kann sein, Tool kann Empfehlung nachvollziehbar machen und unterstützen FAQ Luftreinigungsgeräte diskutiert • Es gibt etwas irreführende Hinweise von Herrstellern, dass bei Vorhandensein von Geräten, Maßnahmen wie z.B. Mindesabstand wegfallen können • Es gibt explizite Bewerbung und daraufhin Anfragen • Frage kam auf, ob FAQ das Thema Lüften mit einschließen müsste? • Frage nach dem Lüften wird in FAQ zu Aerosolen behandelt, es ist aber ein Abgleich nötig *ToDo: Vergleich der FAQs, diese nochmal zirkulieren für nächste Sitzung, Lüften und Nahfeld prüfen, ob es eine Informationslücke gibt*	
14	**Surveillance** • Corona KiTa-Studie (Folien hier) • Längsschnittstudie zur Begleitung der schrittweisen Öffnung von Kindertageseinrichtungen/Kindertagespflege • Anstieg ab KW 38 bei Kindern <5 Jahren, 3-mal so hoch wie in der Lockdown Phase • Auch ab 15 Jahre spielen eine Rolle, hier werden stärkere Anstiege gesehen • Spiegelt insgesamt die Gesamtsituation in der Bevölkerung wieder • Wirkung der Schulferien wird sichtbar • Geschehen entspricht dem Geschehen in der Bevölkerung, v.a. bei der Altersgruppe 0-5 Jahre und spricht gegen proaktive Schulschließungen • Etwas ältere Kinder >15 Jahre unterschiedlich zu sehen, • Ältere Kinder tragen zum Infektionsgeschehen eher wie Erwachsene bei	FG36, [redacted]
15	**Transport und Grenzübergangsstellen(nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Information aus dem Lagezentrum(nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
17	**Wichtige Termine**	FG32

	• Der Gesetzentwurf eines Dritten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite soll kommenden **Mittwoch (21.10.2020)** im Kabinett vorgelegt/beschlossen werden	
18	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 21.10.2020; 11:00Uhr	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*21.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein:** • Brief zur Qualität der vom RKI veröffentlichten Statistiken und Vorschlägen zur Verbesserung **b) RKI-intern** •	 FG38/[redacted] AL3
8	**Dokumente** • Kennzahlen Lagebericht • FAQ zu Luftreinigung	 FG34/[redacted] FG 14
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

10	**Labordiagnostik** •	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • •	FG38
13	**Surveillance** • Kennzahlen aus Lagebericht	FG34 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 23.10.2020; 11:00Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Ca. 40 Mio. Fälle und mehr als 1 Mio. Verstorbene (2,8%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Vereinigte Staaten: zunehmender Trend o Indien und Brasilien: abnehmender Trend • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle o 5 Länder mehr als am Montag: Honduras (Amerika); Zypern, Litauen, Deutschland, Dänemark (Europa) • Zusammenfassung o Afrika: ▪ sehr geringer Anteil an weltweiten Fällen (1%) ▪ Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien, Nigeria ▪ fast 80% Community transmission o Amerika: ▪ 33% der neuen Fälle und 45% der neuen Todesfälle ▪ Argentinien: höchste Zahl neuer Fälle und Todesfälle in vergangener Woche; Zugang zu medizinischer Versorgung ist nicht gewährleistet. o Asien: ▪ 22% der neuen Fälle und 20% der neuen Todesfälle ▪ Rückgang der neuen Fälle in Südost Asien ▪ Nepal ist einziges Land mit Anstieg. o Europa: ▪ 25% mehr neue Fälle als in Vorwoche ▪ Mehr als dreimal so viele Fälle pro Tag im Vergleich zu Höchststand im April, Zahl der täglichen Todesfälle jedoch fünfmal niedriger als im April o Empfehlung des Rates für eine koordinierte Vorgehensweise bei Beschränkung der Freizügigkeit wurde am 13.10. von den EU-Ländern angenommen.	ZIG1 [redacted]
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 380.762 (+7.595), davon 9.875 (2,6%) Todesfälle (+39), 7-Tage-Inzidenz 51,3/100.000 Einw. o 4-Tage-R: 1,09; 7-Tage-R: 1,17 o ITS: 879 (+28), invasiv beatmet: 411 (+22), Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ höchste Inzidenzen in Berlin und Bremen ▪ Trend Zunahme außer Saarland o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 133 LK mit Inzidenz > 50 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land o Anzahl COVID-19-Fälle nach Expositionsort in Deutschland	FG32 [redacted]

	▪ Weiterhin sind vor allem private Haushalte betroffen. ▪ Med. Behandlungseinrichtungen sind noch nicht so stark betroffen. ▪ Fälle in Alten und Pflegeheimen nehmen zu. ▪ Nur noch ein sehr geringer Anteil wird aus dem Ausland importiert. ▪ Hr. Wieler möchte die Abbildung fürs Pressebriefing morgen verwenden. *ToDo: kurzen Hintergrund für Pressebriefing vorbereiten* [redacted] o Wo würden Bars, Clubs, Großveranstaltungen in dieser Kategorisierung auftauchen? ▪ Vermutlich bei Freizeit oder sonstiges? ▪ In neuer SurvNet-Version ist genauere Differenzierung möglich. *ToDo: bis Freitag Auswertung der Angaben, die über neue SurvNet-Version übermittelt wurden* [redacted] o Werden Ausbrüche anhand von Genomsequenzen betrachtet? ▪ Es gibt Projekte hierzu, Problem ist die Integration in das Meldesystem. Dies ist Thema im neuen Referentenentwurf. o Was ist mit den Fällen, die in dieser Auswertung nicht berücksichtigt sind? ▪ Zum Teil können die GA den Infektionsort nicht mehr in allen Fällen ermitteln. Viele Überlastungsanzeigen von GA, vor allem aus Hessen und BW. ▪ Abgebildet werden außerdem nur Ausbrüche, die 5 oder mehr Fälle enthalten, sonst wäre der Anteil von privaten Haushalten vermutlich noch viel größer. Ein Vergleich zu der Tabelle im EpiBull ist so nicht möglich. ▪ Die Epidemie läuft unter Einhaltung von Maßnahmen ab. Die AHA-Regeln werden vermutlich in der Öffentlichkeit, bei Freizeitaktivitäten, im öffentlichen Nahverkehr eher eingehalten, während im privaten Raum die Wahrscheinlichkeit der Nichteinhaltung viel größer ist. ▪ Vorschlag: Dieser Abbildung soll eine Abbildung gegenübergestellt werden, in der alle Angaben zum Infektionsort berücksichtigt werden. Dann erneute Diskussion dieses Punktes. • Testkapazitäten und Testungen (Folien hier) o Anstieg Positivenanteil, Trend ist in ARS sehr deutlich. o In den Altersgruppen wird unterschiedlich häufig getestet. Am häufigsten wird bei über 80 Jährigen und 15-34 Jährigen getestet. o Der Positivenanteil steigt relativ parallel in allen Altersgruppen an. Dies ist ein gutes Argument dafür, dass nicht die Testhäufigkeit für den Anstieg der Fälle verantwortlich ist. Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit ist in allen Altersgruppen ein Anstieg zu verzeichnen. o Testverzug ist relativ stabil über die letzten Wochen.	FG37 [redacted]

	• Was kann getan werden, damit mehr Labore an ARS angebunden werden? o Für die Repräsentativität ist es nicht nötig alle Labore zu erreichen. Es ist geplant, besser zu beschreiben, wie gut die Abdeckung in den einzelnen BL und somit die Repräsentativität ist. o Wenn auch negative Labormeldungen über DEMIS gemeldet werden, wären einzelfall- und wohnortbezogene Meldungen vorhanden. o Im aktuellen Gesetzentwurf sollen die Negativmeldungen gestrichen werden, diese wären aber wünschenswert. o Vorteile von ARS: Auch serologische Tests und Antigentests können integriert, spezifische Fragen beantwortet werden und ARS ist nicht auf meldepflichtige Erkrankungen beschränkt. o Deshalb wäre es zusätzlich zu DEMIS wünschenswert mehr Labore für ARS zu gewinnen. Der neue Referentenentwurf sieht vor, dass sich mehr Labore an ARS binden. • Syndromische Surveillance (Folien hier) o GrippeWeb bis 42.KW: ▪ Weiterhin Zahlen unterhalb der ARE-Raten der Vorsaisonen o Konsultationsinzidenz: ▪ Ging schon letzte Woche bei Kindern zurück, hat sich jetzt in allen Altersgruppen stabilisiert. Auf Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das ca. 1,1 Mio. Arztbesuchen wegen ARE. o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis. KW ▪ Auch im KH deutlicher Anstieg der SARI-Fälle mit COVID-Diagnose. ▪ Nach Altersgruppen betrachtet liegt bei den 15-34 Jährigen der Anteil der COVID-Fälle an den SARI-Patienten fast bei 40%, bei 35-79 Jährigen dagegen nur bei ca. 15%. ▪ Diese Abbildung soll in den Lagebericht nächsten Donnerstag mitaufgenommen werden. Vorher sollen die Zahlen noch eine Woche beobachtet und fachgebietsintern diskutiert werden. Es sind pro Altersgruppe nicht sehr viele Fälle. ▪ Vorschlag: dieselben Daten aus April diesen Jahres ansehen, war die Verteilung anders? Information gibt Einblick über Schwere der Erkrankung. ▪ Wie sieht es mit Vorerkrankungen in dieser jungen Gruppe aus? Diskussion mit Kliniker wäre sinnvoll. Tendenziell sind die Fälle jünger, müssen länger beatmet werden und haben tendenziell weniger Vorerkrankungen als SARI-Fälle in Vorjahren. *ToDo: Vergleich Anteil COVID-Fälle an SARI-Patienten Frühjahr-Herbst, FF* [redacted]	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Soll eine Hochstufung vorgenommen werden? Bzw. wann soll für die Allgemeinbevölkerung von „hoch“ auf „sehr hoch“ hochgestuft werden? • Eine Überarbeitung des Wordings der Risikobewertung wäre sinnvoll. Eine Hochstufung auf eine Zwischenstufe: „hoch-sehr hoch“ dürfte jedoch nicht zur Klarheit beitragen. • Die Risikobewertung ist keine Prognose, sondern richtet sich nach Kriterien wie Community transmission, Krankheitsschwere, Belastung des Gesundheitssystems. Eine Hochskalierung zu diesem Zeitpunkt würde deshalb vermutlich als alarmierend wahrgenommen werden, da das Gesundheitsversorgungssystem im Moment noch deutliche Kapazitäten hat. • Entscheidung: Die Risikobewertung, Bevölkerung hoch, Risikogruppen sehr hoch, bleibt. • Das Wording wird angepasst, grundsätzliches Einverständnis zum Änderungsvorschlag von [redacted]. • Anmerkungen: „In allen angrenzenden Ländern Europas“ stimmt für die nördlichen Länder nicht und müsste ständig angepasst werden. Genaue Anzahl Fälle und Verdopplungszeit sollten eher gestrichen werden, da sie sonst ständig angepasst werden müssten. *ToDo: [redacted] versendet seinen Änderungsvorschlag an den Krisenstab für Anmerkungen.*	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Rückmeldung der Bevölkerung: schwierig Testmöglichkeiten zu finden, GA häufig nicht erreichbar, • Kritisch diskutiert wird Maskenpflicht für Grundschüler, evtl. Langzeitfolgen. • Einzelschicksale: Depressionen, Suchtmittelkonsum steigen. **Presse** • Morgen wieder Pressebriefing am RKI mit Hr. Wieler • Neue FAQ zum Lüften, die auf das Umweltbundesamt verweist • FAQ zu Luftreinigungsgeräten ist in Abstimmung, Rücksprache mit BZgA hierzu • Teaser auf Startseite wurde angepasst	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Brief zur Qualität der vom RKI veröffentlichten Statistiken und Vorschlägen zur Verbesserung (hier) o Zentrale Kritikpunkte:	FG38 [redacted]

	▪ Ausdruck „Schätzung der Genesenen“, da Zahl der chronischen Verläufe relativ hoch ist. Vorschlag RKI sollte Spätfolgen erfassen. ▪ Antikörperteste sollten differenziert werden. o Ausweisung der genesenen Fälle soll durch aktive Fälle ersetzt und in Fußnote erklärt werden, wie diese Zahl berechnet wird. o Im Meldesystem ist Detailtiefe begrenzt, deshalb sollte auf die Studien LEOSS und COVIM verwiesen werden. o Frage, wie soll generell mit Kritik umgegangen werden? ▪ Kurze, sachliche Antwort: Verweis auf die Limitationen im Meldewesen, Verweis auf bereits existierende Studien und die Möglichkeit selbst Fördermittel für neue Studien zu beantragen. o Vorschlag: Veröffentlichung von Fragen und Antworten aus Transparenzgründen ▪ Schreiben müssten anonymisiert werden. ▪ Wenn Plattform geboten wird, kann damit gerechnet werden, dass noch mehr Schreiben kommen. ▪ Keine Kapazität vorhanden, Nebenschauplatz wird aufgemacht, der Ressourcen bindet. o Deshalb soll weiter so wie bisher verfahren werden: kurze Antwort auf ernstzunehmende Fragen. o Bei immer wiederkehrenden Punkten und freien Kapazitäten könnte FAQ erstellt werden.	
	b) RKI-intern • Containment soll als eine Komponente weiter gepflegt werden. Da jedoch Millionen von akuten respiratorischen Erkrankungen zu erwarten sind, die nur zu geringem Teil mit COVID zu tun haben, wurde ein Plan B der Strategie entwickelt: die Empfehlung zuhause zu bleiben für alle an ARE erkrankten Personen, die nicht getestet werden sollen. • Textvorschlag zur Strategieergänzung: Wieso man sich bei akuten Atemwegserkrankungen für wenigstens 5 Tage zu Hause auskurieren sollte. Die Reduktion der Kontakte in Arbeitsumfeld und Schule würde das Übertragungspotential reduzieren, würde Ressourcen der GA schonen und könnte dazu beitragen Kitas und Schulen offen zu halten. • Die veränderten Testkriterien aus dem letzten Absatz wurden vom Minister schon einmal gestrichen. Deshalb sollten veränderte Testkriterien erst nächste oder übernächste Woche erneut ans BMG gegeben werden. Auch müsste dann das Flussdiagramm geändert werden. • In der Teststrategie wird umfangreiches Testen als Grundlage für Lageeinschätzung genannt. • Einblick in Lage kann auch aufgrund von Surveillance-instrumenten erfolgen, dies könnte so kommuniziert werden. Eine genauere Beschreibung der Surveillanceinstrumente sollte besser an anderer Stelle erfolgen. • Für die Bevölkerung ist wichtig, ab wann sie sich doch testen lassen sollte. Diese Frage sollte für akut Erkrankte beantwortet	FG36 [redacted]

	werden. In jedem Fall sollte ein Arzt in den folgenden Situationen aufgesucht werden: a) schwerer oder sich nicht verbessernder (oder gar verschlechternder) Krankheitsverlauf, oder spezifische Symptome (Verlust des Geruchs- oder Geschmackssinns), oder Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe, b) Kontakt mit Personen aus Risikogruppen, c) bekannter Kontakt mit Personen mit einer Atemwegserkrankung oder einer bestätigten COVID-19-Infektion, oder wenn die Erkrankung möglicherweise im Rahmen eines Gruppengeschehens erworben wurde, oder wenn nach Symptombeginn hierdurch viele Menschen einem Infektionsrisiko ausgesetzt würden oder bereits ausgesetzt waren. • Betrifft der Vorschlag auch Kinder? Dies würde zu umfangreichen Fehlzeiten der Eltern führen. Die Empfehlung bezieht sich auf alle und dient der Aufrechterhaltung von Betreuungs- und Bildungsangeboten. • Eine Trennung von Haushaltsmitgliedern wird bei COVID eher aufrechterhalten als bei sonstigen Infektionen. Könnte das zu mehr Infektionen in Haushalten führen? Nur ein sehr kleiner Teil der ARE sind auf COVID-19 zurückzuführen. • Soll dem BMG vorgelegt werden und als RKI-Strategieergänzung veröffentlicht werden. *ToDo: Zirkulieren des Vorschlags, Kommentare aufnehmen und überarbeiten* *ToDo: Prüfen, ob im Strategiepapier bereits empfohlen wird, Homeoffice zu bevorzugen. Und dies als Anregung an [redacted] schicken (lenkt Kommunikation beim BMG).*	
8	**Dokumente** • Kennzahlen Lagebericht (Vorschlag hier) o Überarbeitete Version, insgesamt mehr Fokus auf Entwicklung der aktuellen Fälle innerhalb der letzten 7 Tage, kumulative Fallzahlen in Klammern o Legende mit Erklärungen, was die einzelnen Punkte bedeuten, wurde eingefügt. o 7-Tage-Inzidenz gesamt und bei >60 Jährigen, Anzahl Kreise mit 7-T Inzidenz > 50 und >100 o DIVI-Intensivregister: aktuell in intensivmedizinischer Behandlung: Anstieg zum Vortag sowie in Klammern gesamt; neu abgeschlossene Fälle, davon %-Zahl der Verstorbenen o Warum wird der Begriff „aktive“ und nicht „akute“ Fälle gewählt? ▪ Umfasst auch asymptomatische Fälle, aktive Fälle werden berechnet aus Genesene – Verstorbene. ▪ Werden auch im Ausland „active cases“ genannt. o Wie sollen „Genesene“ genannt werden? Sollen im Lagebericht nicht mehr ausgewiesen werden. o Genesene könnten auch auf Dashboard weggelassen werden, da die kumulative Zahl immer weniger aussagekräftig ist. International werden sie als „recovered“	FG34 [redacted]

	ausgewiesen, man könnte von „überstandenen aktiven Infektionen“ sprechen. *ToDo: Vorlage des neuen Lageberichts beim BMG* [redacted] • FAQ Luftreinigung (hier) o Wurde überarbeitet: „…. das Risiko einer Übertragung im Nahfeld … nicht effektiv verringern kann.“ Dem Vorschlag wurde zugestimmt. • Sollte den GA zur Arbeitserleichterung ein Standard-informationsschreiben für Kontaktpersonen der Kat. 1 zur Verfügung gestellt werden? o Dieses könnten die GA per Mail versenden und sich auf relevanten Gruppen konzentrieren. o Bisher wird nur ein Musterschreiben für internationale Kommunikation angeboten. *ToDo: Klärung in ÖGD-Feedbackgruppe, ob Bedarf besteht, FF* [redacted]	FG14 [redacted] FG36 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance o Sporadisch SARS-Fälle, sonst nur Rhinoviren o Üblicher Rückgang der Probenzahl in den Herbstferien ist dieses Jahr sehr ausgeprägt. • KV haben Mitglieder (niedergelassene Ärzte) über neue Test- und Abrechnungsmöglichkeiten informiert. An über 500 Labore wurden Mitteilungen über Laborstandards versendet, damit soll bessere Vergleichbarkeit erzielt werden.	FG17 [redacted] Abt. 1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Auf Freitag verschoben	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 23.10.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*23.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
	  o Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen
		ZIG1
		
		FG32

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Preprint Paper und Bewertung / Diskussion • Ergänzung Strategie-Paper **b) RKI-intern** •	 AL3 (FG 36?) [redacted]
8	**Dokumente** •	FG36

9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** •	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	FG38
13	**Surveillance** • KeInzidenzschätzer basierend auf SARS-CoV-2 Genetik (kurzer Vortrag plus Diskussion)	MF5/P5 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • KoNa Flugzeug	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Personal	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 26.10.2020; 13:00Uhr	

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum, Uhrzeit:	*23.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- MF
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage International**
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• 41 Mio Fälle, >1 Mio Verstorbene (2,7%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 73 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle/100.000
	  o 2 Länder neu hinzugekommen seit Mittwoch: Kirgisistan und San Marino
	  o Kleine Länder haben hohe Inzidenz
	• Europa:
	  o kein neues Land mit >50/100.000 hinzugekommen, alle Länder bis auf skand. Länder haben >50/100.000
	  o Europa hatte größte Veränderung in den letzten 7 Tagen
	  o Top 3 7-Tages-Inzidenz: Tschechien, Belgien, Niederlande (alle >300/100.000)
	  o Top 10 7-Tages-Todesfälle: Tschechien, Montenegro, Andorra, Rebupblik Moldau, Armenien, Ungarn, Nordmazedonien, Rumänien, Bosn./Herz und Spanien
	  o Mehrheit der Länder meldet community transmission
	  o häuptsächlich urbanes Geschehen
	  o Länder mit höchstem Anstieg: Frankreich, Russland, UK, Tschechien
	• Warum hat Tschechien eine so niedrigre CFR? Das liegt wahrscheinlich an dem jungen Alter der Infizierten
	• Bei ECDC ist als einziges Land mit einer besorgniserregenden epidmiologischen Entwicklung Deutschland genannt, woher kommt das?
	  o CFR ist niedrig und fallend bei gleichzeitig steigenden Fallzahlen , daher ggf. Deutschland im Fokus
	  o Lage in Dtld sehr dynamisch, D. war lange orange gefärbt
	
	TODO: Rücksprache hierzu mit dem ECDC ([redacted])
		ZIG1 ([redacted])

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 403.291 (+11.242), davon 9.954 (2,5%) Todesfälle (+49), 7-Tage-Inzidenz 60,3/100.000 Einw. o Gestern tagsüber Serverausfall über 1h, ggf. daher keine Fallübermittlung erfolgt, manche GÄ brichteten bereits Probleme bei der -fallübermittlung o ggf. wird heutige Zahl daher unterschätzt, ggf. morgen höhere Übermittlungsfallzahl. In dem Fall soll es morgen einen Disclaimer hierzu sowohl im Lagebericht als auch auf der Internetseite geben. *TODO: Zusammen mit den Fallzaheln wird ggf. ein Disclaimer an die Presse und Morgenschicht rumgeschickt ([redacted])* [ERLEDIGT] o 4-Tage-R: 1,23; 7-Tage-R: 1,3 o ITS: 1030 (+87), invasiv beatmet: 459 (+35), weitere Zunahme der auf Intensivstation betreuten Patienten, Kapazitäten noch im grünen Bereich o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ höchste Inzidenzen in Berlin, Hessen, NRW, Saarland, Bayern, Baden-Württemberg sehr stark ansteigend ▪ Fokus auf Sü- und Westdeutschland, aber auch Sachsen zunehmender Trand. Zudem Großstädte wie Berlin und Hamburg ▪ Trend Zunahme in allen Bundesländern o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 131 LK mit > 50/100.000 ▪ Spitzenreiter nach wie vor LK Berchtesgadener Land, gefolgt von Berlin-NK und Berlin-Mitte o [redacted] aus FG32 hat heatmap erstellt zu den Inzidenzen seit der 10. KW nach Altersgruppen: ▪ Seit der 40. KW steigen die Inzidenzen in allen Altersgruppen an, davor haupstäschlicher Anstieg bei Jüngeren o Verzug wird vermutlich immer größer durch GÄ-Belastung & Laborbelastung, ist es sinnvoll sich eher die Imputationen anzuschauen anstatt die tagesaktuellen Fallmeldungen? o Testzahlen: in der 42. KW: ▪ Positivenquote 3,62%	FG32 ([redacted])

	• Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen: o [redacted] und [redacted] (FG35) haben Auswertung zur innerdeutschen Ausbreitung nach Landkreisen durchgeführt (Folien hier, ab Folie 8): Berlin exportiert z.B. viele Fälle nach Brandenburg, aus Hamburg werden Fällen nach SH und NI exportiert, etc. ▪ Innerdeutsche Ausbreitung spielt untergeordnete Rolle ▪ Dies wird nicht aktiv publiziert, nur auf Nachfrage o Seit Survnet-Update sind auch Angaben über wahrscheinliches Infektionsumfeld bei Einzelfällen möglich (vorher war diese Angabe nur bei Ausbrüchen möglich)(Folien hier, ab Folie 13): : ▪ 6.000 Fälle mit Angaben zu wahrscheinl. Infektionsumfeld stehen zur Verfügung ▪ Top 3 der wahrscheinlichen Infektionsumfelder: privater Haushalt, Arbeitsplatz, Gesundheitseinrichtungen ▪ Datenqualität aufgrund durch beschränkte Ermittlungen der GÄ und recall bias der Fälle limitiert, auch nicht zu allen Infektionsumfelder Nenner vorhanden bzw. Expositionsdauer ▪ Kneipen werden ggf. weniger oft erwähnt, da man hier im Gegensatz zum Arbeitsplatz nicht mehr mit Personen, bei denen man sich infiziert hat, in Kontakt steht und/oder die Vebindung zur Ansteckung nicht herstellt. ▪ Fall-Kontroll-Studie zur genaueren Aufschlüsselung ausstehend ([redacted]), Einverständnis zur Teilnahme der Fälle muss durch GÄ eingeholt werden, dies wird aktuell durch GÄ aufgrund von Überlastung abgelehnt. Es soll noch mal bei der nächsten AGI Sitzung um Unterstützung geworben werden, ggf. Unterstützung der GÄ durch weitere containment scounts, ggf. durch Landesbehörden oder auch Bundeswehr ▪ Arbeitsplatz ist nach privatem Umfeld relevantes Infektionsumfeld. Nicht nur in Schlachthöfen, sondern auch in Großraumbüros, auf dem Bau oder im Einzelhandel gibt es Übertragungen. Oft werden hier keine Masken getragen ▪ Grundmessage: man kann sich überall anstecken, nur das Risiko differiert zwischen den einzelnen Infektionsumfeldern ▪ Kommunikation mit [redacted] ausstehend	

	▪ Risikowahrnehmung in der Allgemeinbevölkerung: Risiko geht von Fremden aus, nicht von Vertrauten, dass Vertraute mindestens ebenso riskante Kontakte darstellen muss besser kommuniziert werden ▪ Ggf. Möglichkeit, die Fälle aus der CWA weiter zu differenzieren, um die anonymen Kontakte zu analysieren nach Infektionsort ▪ Ggf. Daten in Relation zum Alter setzen, um weiter differenzieren zu können zwischen den Risiken ▪ Wie erfolgen die Einträge in die privaten Haushalte? Das ist schwierig zu ermitteln, da sich auch hier die selben Limitationen ergeben mit recall bias etc. Bei Haushalten mit mehreren Fällen kann Index gut identifiziert werden, dann könnte man schauen, ob es hier Angaben zum Infektionsumfeld gibt. *TODO: Einerseits: Fall-Kontroll-Studie realisieren, andererseits werden Surveillancedaten nochmal ausgewertet, zudem Imputation mit Meldedaten vergleichen, um Verzug besser zu beurteilen ([redacted])*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Mission Namibia: Aktuell befinden sich MA des RKI in Namibia zur Unterstützung des Systems bei KoNa (GoData) sowie im klinischen Bereich. Die Mission läuft noch nächste Woche. • Weiterhin tauschte sich das RKI mit dem Wastbalkan (Kroatien und im Nachgang zur Mission auch mit dem Kosovo) aus. • Eine kleine Mission nach Ecuador zur Unterstützung der Universitätsklinik und des Labors ist geplant. • Corona Global: Ein Gesamtantrag mit verschiedenen Projekten (z.B. mit internationalen Serostudien) wurde in erster Instanz vom BMG zugesagt. Mit einer Deadline von 10 Tagen sollen die Teilprojekte ausgearbeitet werden, Verlängerung der Frist um 14 Tage wurde beantragt • am Montag gab es eine Diskussion mit dem BMG zu den unterschiedlichen Vorgehensweisen von der WHO/ECDC zur Ausweisung von Risikogebieten. Die EU benutzt z.B. ein Ampelsystem; Deutschland macht nur 2 Abstufungen. Das Vorgehen soll generell vereinfacht werden, da inzwischen ganz Europa stark betroffen ist und somit ganz Europa ein Risikogebiet ist	ZIG ([redacted]

	• Ggf. Vorschlag ans ECDC: Wenn Deutschland bei >50/100.000 Positivenrate von 4% überschreitet ist subnationale Risikoausweisung ggf. nicht mehr sinnvoll. Dem Vorschlag wird zugestimmt.	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Neues Dokument von [redacted] wurde kommentiert und ist auf Zustimmung gestoßen • 3 Säulen der Bewältigung (Containment, Mitigation, Protection) müssen sich gegenseitig ergänzen und fortgeführt werden • Dokument wird auf die Homepage gestellt	[redacted]/alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • *Nicht anwesend* **Presse** • Internetseite war für insgesamt 4 Stunden offline, ursächlich war ein Angriff, automatischer Download von Daten funktioniert aktuell aufgrund von höhren Sichterheitsvorkehrungen nicht, ob der Angriff andauert oder nicht ist bisher noch nicht klar, ITZBund arbeitet daran. Eine einheitliche Sprachregelung ist in Erstellung. o Könnte auf Suchmaschine verzichtet werden, da diese angegriffen wurde? Prinzipiell kann jeder Punkt angegriffen werden • Diskrepanz zwischen Inzidenzen der Landkreise und denen auf dem Dashboard, FAQ in Vorbereitung, da viele Anfragen diesbezüglich ähnlich zum Frühjahr • Danke an alle für die sehr gute Vorbereitung des gestrigen Pressebriefings	Presse ([redacted]) Präs
6	**Neues aus dem BMG** • *Nicht anwesend*	

7	**Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Vorstellung des Preprint Papers *Keeling et at.* bezüglich 2-wöchiger Mini-Shutdowns in UK, reine Modellierungsstudie (Folien zum Paper hier, Vortragsfolien hier)
	  o Untersuchung von zeitlich limitierten (2 Wochen) aber intensiven, vorbeugenden Maßnahmen („breaks“ oder „Bremsen“) um negative Auswirkungen der Notfallmaßnahmen durch Planung zu verringern
	  o Theoretische Effekte: Reduktion der Infektion, Zurücksetzen („reset“) im Pandemieverlauf, stärkere Maßnahmen haben längeren Effekt,
		FG36 ([redacted])

	größerer und längerer Einfluss auf Infektionen als auf Hospitalisierungen und Todesfälle o Methodisch gutes Paper, prinzipiell Effekt auf Infektionsgeschehen wahrscheinlich, Größe des Effekts jedoch unklar da nicht 1:1 übertragbar auf Deutschland (andere Bevölkerungsstruktur, anderes Gesundheitssystem als UK), Effekt sehr stark abhängig von compliance der Bevölkerung, teilweise gesamtgesellschaftl. Kollateralschäden, Nachhaltigkeit fraglich o Neben Verzögerung scheinbar auch Peak-Verringerung o In UK Gesundheitssystem deutlich überlastet, Ziel ist daher dort primär, das System zu entlasten bzw. wieder funktionabel zu werden, Breaks werden in Teilen von UK auch schon umgesetzt o Positiv bei der Bremse ist, dass es vorbereitet ist und nur auf 2 Wochen bestimmt ist. Es kann aber sein, dass eine solche Bremse mehrmals eingesetzt werden muss, um Effekte längerfristig zu erzielen. Ggf. kann beim erneuten Einsetzen der Brems, die Compliance der Bevölkerung niedriger sein. o Es wird mit großer Aufmerksamtkeit bezüglich dieses Papers gerechnet. Das BMG hat ZIG bzgl. des Papiers bereits angerufen.	
	• Wie nah sind wir an dem Punkt, dass KoNa von den GÄ nicht mehr geleistet werden kann? Dann ist vermutlich mit einer deutlichen Inzidenzzunahme zu rechnen, ggf. wäre dann eine „Bremse“ sinnvoll o Überlastungsanzeigen kommen hauptsächlich aus Hessen, BaWü, SH, auch Berlin, ggf. werden aber auch durch unterschiedliche Wahrnehmung des Tools zur Überlastunsganzeige nur aus 4 Ländern Kapazitätsengpässe gemeldet, wahrscheinlich nicht repräsentativ o Mehr Fallzahlen können vermutlich nicht verkraftet werden, allerdings kann weiterhin priorisiert werden mit Fokus auf Cluster anstatt auf Einzelfälle o Sympt. Erkrankte könnten ohne Testung für 5 Tage ca. zu Hause bleiben um System zu entlasten, ggf. Selbstisolation/Quarantäne durch Fälle bzw. KP selbst in Eigenregie	alle

	o Verzug wird auf 10-14 Tage geschätzt bei aktuell exponentiellem Wachstum!!! o kommunikative Herausforderung, um Bremsen hier in Deutschland zu benutzen, da Maßnahmen bereits jetzt kontrovers diskutiert werden • Ergänzung Strategie-Paper **b) RKI-intern** • Rückmeldung BMG ausstehend *TODO: Rückfrage beim BMG am Montag (Leitung)*	FG36 ([redacted])
8	**Dokumente** • Stellungnahme zu FFP2-Masken in Allgemeinbevölkerung: o Anwendung von FFP2-Masken setzt Schulung voraus, da komplexer in der Anwendung als MNS, selbst mit Schulung viel Fehlanwendung u.a. bei med. Personal, Maske muss individuell angepasst werden o Solidarisches Prinzip (Stichwort Fremdschutz) entfällt, wenn Eigenschutz in Vordergrund rückt o Zudem werden GÄ Maßnahmen für Kontaktpersonen ggf. nicht mehr akzeptiert, Complianceproblem o Kommunikationsproblem, da wir bisher FFP2-Masken nicht empfohlen haben o Atemwegswiderstand wird erhöht, ggf. ärztliche Rücksprache notwendig bei Grunderkrankungen, zudem auch hier Complianceproblem o Keine weitere, zusätzliche Änderung der Maßnahmen gewünscht o Limitierte Ressourcen müssen weiterhin berücksichtigt werden o Übertragungen finden aktuell da statt, wo MNS/MNB nicht getragen werden, FFP2 kann das nicht verhindern o Schaden von FFP2-Masken überwiegt ggf. Nutzen o Wie sollen wir mit Veranstaltungen, die aufgrund von Austeilen von FFP2-Masken ohne anderes Hygienekonzept von GÄ genehmigt werden, umgehen? Sollte man differenziert von allgemeinen Empfehlungen für die Allgemeinbevölkerung betrachten o Der Bevölkerung sollte kommuniziert werden, welche Probleme/Schäden durch das Tragen von FFP2-Masken entstehen.	alle

	TODO: FG14 bereitet Stellungnahme hinsichtlich FFP2-Masken für die Bevölkerung vor; ggf. Abstimmugn BZgA, BMAS/ABAS und BfArM [ID 2063]	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • entfällt	FG33
10	**Labordiagnostik** • Auf BfArM Internetseite ist Liste für Ag-Tests, die Voraussetztungen von PEI/RKI erfüllen, eine Teilmenge wurde unabhängig von einer Untergurppe der AG Testen validiert, KBV und ALM haben kommentiert. o Für Heime liegt bereits eine Empfehlung zum Testen mit Ag-Tests vor. Die nationale Teststrategie wurde entsprechend ergänzt. • Diese Woche weniger Proben als letzte Woche (ggf. durch Priorisierung durch GÄ), 18% positive unter den Einsendungen (ggf. durch Priorisierung?), CO-MO Studie: 9% positiv, Proben von gestern und heute ausstehend	Abt. 1 ([redacted]) ZBS1 ([redacted])
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Übernahme von europäischen Patienten in deutsche Krankenhäuser bisher nicht im abgestimmten Verfahren erfolgt; Verfahren soll etabliert werden: o Normalerweise kommt Anfrage über EWRS, Rücksprache mit BMG: GMLZ schreibt Bundesländer an, um Bettenkapazität zurückzumelden, RKI (noch zu klären, ob Rufdienst, Lagezentrum oder IBBS) führt auf Bitte von GMLZ/BMG die Antworten der Bundesländer zusammen und koordiniert den Austausch zwischen den Ländern, bei <5 Patienten läuft das Prozedere wie gehabt über STAKOB *TODO: [redacted] verschickt SOP zu Abstimmungsprozessen*	IBBS ([redacted])
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • entfällt	

13	**Surveillance**
	• Vorstellung „KeInzidenzschätzer basierend auf SARS-CoV-2 Genetik „ (Folien hier)
	  o Inzidenzhistorie wird statischtisch auf der Basis von Veränderungen von Genomsequenzen geschätzt und anstatt mit Meldedaten dargestellt
	  o Zusätzliches Tool, um zu Evaluieren, welche Maßnahmen welchen Effekt haben, Tool kann zudem Meldeverzug abschätzen und helfen, retrospektiv epidem. Geschehen zu interpretieren
		MF5/P5 ([redacted])

	o Für Deutschland nicht so gut darstellbar wie für andere Länder, da wenig Genomsequenzen vorhanden, aber aktuell exponentielles Wachstum ersichtlich!!!! o Inwieweit spielen importiere Fälle in Deutschland eine Rolle, da ja Ansteig gemäß der Methode bereits im Juli zu sehen ist? Methode ist stabil gegenüber Einführung von Sequenzen nach D. o Alternativ ist Positivquote in definierten Populationen (z.B. unter HCW oder Patienten) auch ein sehr zeitnahes Instrument, um Geschehen zu beurteilen o Aktuell ist Sequenzierung zu langsam, um in Echtzeit Daten zu generieren (ca. 4 Wochen Verzug). Aktuell eher für retrospektive Interpretation der Fallzahlen hilfreich. Zudem aber auch für prospektive Fallschätzung. *TODO: FG32 wird bei Manuskript hinsichtlich der Limitationen der Meldedaten fachlichen Beitrag leisten (MF5/P5 & FG32)* • Das BMG hat ggf. vor, die Meldepflicht von Ag-Nachweis und negativem Laborbefunde zu streichen. Dies wurde erst im Frühjahr eingeführt. Die technischen Möglichkeiten hierfür bestehen inzwischen. U.a. für die Meldepflicht an das ECDC werden die Daten benötigt, auch für Positivenquote. *TODO: RKI wird sich diesbezüglich positionieren und die Wichtigkeit der Beibehaltung unterstreichen (FG32)*	FG32 ([redacted])
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Ab 20.10. ist Flug-KoNa ausgesetzt	FG38 ([redacted])
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 45 neue Mitarbeiter aus verschiedenen Abteilungen, Schulungen finden kommende Woche statt, zusätzlich 1 MA von Bundeswehr sowie 2 vom BBK, Position Aufgaben wird samstags ausgesetzt	FG38 ([redacted])
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 26.10.2020; 13:00Uhr	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*26.10.2020, 13:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen	ZIG1 FG32
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Bevölkerung besser sensibilisieren: Unterschätzung des Infektionsrisikos und Nichteinhaltung von AHA+L-Regeln bei privaten Kontakten	BZgA Presse [redacted] (siehe Mail 22.10.2020; 16:23 Uhr bzw. 17:39 Uhr)
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** b) Modellierung weiterer Pandemie-Verlauf -	 [redacted]

	benötigte Kapazitäten (Wunsch Kazleramt) c) d) Weltweiter Lockdown z. Überbrückung bis Impfstoff verfügbar? **e)** Wann sehen wir in Ballungszentren diese Anstiege, sind alle Punkte adressiert (Übertragung in größeren Menschenansammlungen in öffentlichen Verkehrsmitteln) **f)** Preprint Paper und Bewertung / Diskussion **g)** Schutz vulnerabler Populationen **h) RKI-intern**	[redacted] AL3 Wieler AL3 (FG 36?) [redacted]
8	**Dokumente** • Stand Veröffentlichung: Management von Kontaktpersonen:	FG36
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** •	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Überlastung Gesundheitsämter bzgl. RKI-Studien • Containment Software (kurzer Vortrag plus Diskussion)	FG38 MF5/P5 [redacted]
13	**Surveillance** • Kennzahlen aus Lagebericht ??? • Inzidenzschätzer basierend auf SARS-CoV-2 Genetik (kurzer Vortrag plus Diskussion) • Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren	[redacted] MF5/P5 [redacted] [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Kontaktpersonennachverfolgung bei Kontaktpersonen im Flugzeug: Frage nach Pausierung	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 26.10.2020; 13:00Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.10.2020, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]

- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1 / INIG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	• 42 Mio Fälle, >1 Mio Verstorbene (2,7%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Alle Länder bis auf Indien zunehmender Trend
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 77 Länder mit Inzidenz > 50 Fälle/100.000
	  o 2 Länder neu hinzugekommen seit Freitag: Weißrussland und Kosovo
	• Afrika: 2,4% der neuen Fälle und 3,9% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Südafrika, Marokko, Ägypten, Äthiopien und Nigeria).
	• Amerika: 31,15% der neuen Fälle und 42,25% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Vereinigten Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien und Mexiko).
	• Kolumbien ist das achte Land mit mehr als 1 Million COVID-19-Fällen.
	• Asien: 21% der neuen Fälle und 25,34% der neuen Todesfälle (Top 5 Länder: Indien, Iran, Irak, Bangladesch und Indonesien)
	• Europa:
	  o 35% der neuen Fälle und 28,46% der neuen Todesfälle
	  o 4 neue Länder mit >50/100.000 hinzugekommen: Weißrussland, Kosovo, Lettland und Schweden; innerhalb der EU nur noch Griechenland, Finnland, Norwegen und Estland <50/100.000
	  o Top 3 Länder 7-Tages-Inzidenz: Tschechien, Belgien, Luxemburg (alle >500/100.000)
	  o die fünf Länder, die die meisten Fälle melden: Russland, Frankreich, Spanien, das Vereinigte Königreich und Italien.
		ZIG / INIG
		[redacted]

- ECDC RRA vom 23.10.: erhebliche weitere Zunahme der COVID-19-Infektionen in jüngeren und auch älteren Altersgruppen.
- Ozeanien:
  - Die Abriegelung von Victoria (Australiens zweitgrößter Stadt) wird gelockert, da es zum ersten Mal seit 4 Monaten 24 Stunden lang keine Neuinfektionen gab.
- Vorstellung China:
  - Kum. 91.125 Fälle; 170 Fälle in den letzten 7 Tagen; CFR 0,33%; 0 Todesfälle in den letzten 7 Tagen
  - Zentralisiertes Epidemiebekämpfungssystem; schnelle Reaktion durch China auf Pandemie; teilweise Isolierung von Fällen in sog. Make Shift Hospitals (Fälle mit leichten Symptomen). Literatur hier
- Rückgang der Fälle scheint auf zentrale Isolierung (keine Isolierung im eigenen Haushalt) bzw. Lockdown zurückzuführen zu sein. Frage: liegt der Rückgang der Fälle in Australien an einem ähnlichen Vorgehen?
- Bei den Fallzahlen in China ist zu beachten, dass es sich um offizielle Zahlen der Regierung handelt
- Diskussion, ob chinesisches Konzept der Isolierung (von leichten Fällen) außerhalb des Haushalts auch in Deutschland denkbar wäre, da aktuell viele Übertragungen im häuslichen Umfeld geschehen? Da dies eine deutliche Einschränkung der Grundrechte bedeuten würde, Dt. nicht über das entsprechende Personal verfügt und auch keine entsprechenden Orte vorhanden sind, wäre das schwer umsetzbar. Eventuell wäre es aufgrund der aktuellen Fallzahlen schon zu spät so eine Maßnahme durchzuführen.

TODO: INIG Folien über Australien vorbereiten
TODO: INIG soll recherchieren, ob es andere Länder gibt, die die gleichen Maßnahmen wie China erfolgreich durchgeführt haben.

Kommentiert [SD1]: Aufgaben ID 2075

National

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
- SurvNet übermittelt: 437.866 (+8.242), davon 10.056 (2,3%) Todesfälle (+24), 7-Tage-Inzidenz 80,9/100.000 Einw.
- ITS Fälle steigen;
- R deutlich über 1;
- Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland
- 99 LK mit 7 Tage Inzidenz >100 Fällen/100.000 Einw.; 172 LK >50-100 Fällen/100.000 Einw.; 100 LK mit >25-50 Fälle/100.000 Einw.
- Letzten Mittwoch Bericht über Infektionsumfeld ans Bundeskanzleramt geschickt, Bericht soll regelmäßig aktualisiert werden.
- 7 Tage Inzidenz soll zukünftig auch nach Altersgruppen aufgeschlüsselt dargestellt werden und ggf. auf erste Seite des

FG32 [redacted]

	Lageberichts abgebildet werden. Vorschlag dazu erstellt; Rückmeldung aus dem BMG steht noch aus • Vorschlag, das von [redacted] entwickelte Tool zur Mobilität zu überprüfen und aktuell zur Datenanalyse nutzen • Aktuell mehrere Anfragen von LK zur Unterstützung von Containment Scouts, die noch nicht so viele Fälle haben. LK mit vielen Fälle haben teilweise KoNa eingestellt haben, wie sollen die Containment Scouts nun am besten eingesetzt werden? Da KoNa so lang wie möglich aufrechterhalten werden sollte, sollten diese Anfragen individuell mit dem LK besprochen werden um zu prüfen was genau benötigt wird. *TODO: [redacted] (FG32) nutzt das Tool von [redacted] zu Mobilität um die aktuellen Fälle zu analysieren* **Vorstellung Corona-Kita Studie (Folien hier):** • Daten aus Grippeweb zeigen, dass aktuell Inzidenzen in allen Altersgruppen ansteigen • 149 Ausbrüche in KiTa, davon 32 Ausbrüche, in denen nur Fälle betroffen sind, die 15 Jahre und älter sind; Anzahl der Ausbrüche steigt; häufig Erwachsene betroffen • 268 Ausbrüche in Schulen, davon 26 Ausbrüche, in denen alle Fälle älter als 21 Jahre sind. • BZgA erhält viele Anfragen zu Maskenpflicht bei Grundschülern. Gibt es eine Möglichkeit diese aufzuheben? Verweis auf Papier von [redacted] und die Bitte das Papier weiter zu streuen. • Frage ob Lehrer ein höheres Risiko für eine Infektion haben als die Allgemeinbevölkerung? Aktuell ist nichts darüber bekannt. Wenn sich Lehrer an die aktuellen Regeln halten, sollte sie als Lehrende kein höheres Risiko für eine Infektion haben.	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Verschoben auf Mittwoch	[redacted]
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Nachfrage ob abgestimmte Risikobewertung am 26.10.2020 auf der Webseite aktualisiert wurde. Die Aktualisierung ist erfolgt.	Alle
4	**Kommunikation** BZgA: • Anfrage aus GA Münchner Land erhalten. Es wurde festgestellt das bei mehreren Fällen das Bewusstsein des Maskentragens nicht sehr ausgeprägt war. BZgA bietet an diese Anfrage für das Lagezentrum zu beantworten und möchte damit auch die vorhandenen Materialien verteilen. • CWA: Im Rahmen der App soll ein Kontakttagebuch eingepflegt werden. Da es auch Personen gibt, die die CWA nicht nutzen, bietet die BZgA an, ein analoges	BZgA

Kommentiert [SD2]: Aufgabe ID 2076

	Kontakttagebuch zu gestalten. Diese Idee wurde vom Krisenstab begrüßt. • Nachfrage zu Antigentests und deren Nutzung in Pflegeheimen. Wie sollen diese genutzt werden und wer bezahlt diese. Das RKI bereitet dazu eine FAQ vor. • [redacted] berichtet von einem Gespräch mit dem GA Hildesheim, der bestätigt, dass es immer noch Menschen gibt, die nicht genau wissen wie sich schützen können, da diese über die normalen Kanäle nicht richtig erreicht werden (z.B. aufgrund von Sprachproblemen). Dieser Eindruck wird von der BZgA bestätigt, daher soll das Thema in allen Kanälen der BZgA angesprochen werden z.B. auch in der Kampagne liebesleben. *ToDo: [redacted] leitet Informationen zur Teststrategie, Informationsmaterial des BMG zu Antigentests sowie Kontaktdaten der Ansprechpartnerin im BMG ans BZgA weiter.* Pressestelle: • Bittet darum die grafische Darstellung des Dashboards zu ändern. Es sollte zuerst die Grafik zu „COVID-19-Fälle/Tag nach Meldedatum“ erscheinen anstelle der Grafik „COVID-19-Fälle/Tag nach Erkrankungsbeginn, ersatzweise Meldedatum“. ESRI hat gerade einen Katalog von Änderungswünschen vom RKI erhalten, dort kann der Änderungswunsch mit aufgenommen werden. • Das Internetteam ist aufgrund von Urlaub dünn aufgestellt und bittet darum, Publikationen die auf der Internetseite eingestellt werden sollen, vorab anzukündigen, damit besser geplant werden kann. Brandanschlag Standort General-Pape Str.: • Es gab einen Brandanschlag auf die RKI Gebäude in der General-Pape Str. Der Brand konnte zeitnah gelöscht werden, ein Fenster wurde zerstört, es kam zu keinem Personenschaden. Das Wachpersonal wird bei allen Eingängen in den Liegenschaften verstärkt. Der Staatsschutz des LKA ermittelt. Es gibt eine RKI Arbeitsgruppe, die zusammen mit dem LKA prüft, welche weiteren Maßnahmen getroffen werden können, um solche Anschläge zukünftig zu verhindern.	Presse L. Schaade
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Modellierung weiterer Pandemie-Verlauf -benötigte Kapazitäten (Wunsch Kanzleramt) (Dokument hier)** • Auf Wunsch des Kanzleramtes hat [redacted] eine neue Modellierung durchgeführt, die heute noch ans Kanzleramt geschickt werden soll. [redacted] hat die bestehende	FG34 [redacted]

	Modellierung aus dem Frühjahr dafür verwendet und an aktuelle Erkenntnisse angepasst.
	• Die Berechnung ist eher konservativ und wurde mit einer IFR von 0,55% vorgenommen.
	• In der Modellierung ist nicht berücksichtig was passiert, wenn die Intensivbettenkapazität nicht ausreicht. Im Mittel wird für einen intensivpflichtigen COVID-19 Patienten 1 Bett für 14 Tage benötigt. Die Annahmen sollten genauer formuliert werden. Es sollte auch deutlich formuliert werden, dass der Verlauf in diesem Model nicht natürlich ist und das Verhalten der Bevölkerung wichtig ist, wie man beispielsweise im Frühjahr beobachten konnte.
	• Grundannahmen sollten eher konservativ aufgestellt werden. Gibt es die Möglichkeit so etwas wie einen Sättigungsfaktor einzubauen, bzw. eine Grundimmunität hinzuzufügen? Sättigungsfaktor ist nicht sinnvoll, da Parameter unbekannt, allerdings sinken die Infektionszahlen, wenn etwas 2/3 der Bevölkerung infiziert sind.
	• Die Infektionen breiten sich nicht ungebremst aus, da ja schon Maßnahmen vorhanden sind, wie könnte das in die Modellierung eingefügt werden?
	• Vorschlag der Einführung einer 20-40%igen Kontaktminimierung. Dies sollte auf jeden Fall in die Limitationen aufgenommen werden.
	• Zu beachten ist, dass die Modellierung für die Politik gedacht ist und nicht für die Bevölkerung, daher sollte in die Vorbemerkung eingebracht werden, dass die Bevölkerung nicht gleichmäßig betroffen ist.
	• Wurde die Demografie Deutschlands bei der Modellierung berücksichtigt?
	• Es sollte mitaufgenommen werden, dass von Lerneffekten ausgegangen werden kann.
	• **Weltweiter Lockdown zur Überbrückung bis Impfstoff verfügbar sinnvoll?**
	  o Die Koordinierung eines weltweit zeitgleichen Lockdowns scheint nicht machbar. Zusätzlich wäre die Gefahr zahlreicher nachteiliger Nebeneffekte z.B. in der Lebensmittelverteilung aber auch in der Produktion und Verteilung der Impfstoffe sehr hoch einzuschätzen.
	• **Schutz vulnerabler Populationen**
	  o Abt.1 berichtet, dass aktuell Pflegeheime an Konzepten für den Infektionsschutz arbeiten und nach Erkenntnissen aus Ausbrüchen fragen, um diese einzuarbeiten. Wichtig wären Erkenntnisse zur Rolle von Besuchern, von Pflegekräften sowie zur Wiederaufnahme von Bewohnern. Hat das RKI Hinweise, die bei der Erarbeitung der Konzepte genutzt werden können? FG37 berichtet, dass es dazu gerade eine Veröffentlichung vorbereitet.
	b) RKI-intern	

	• Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** • In der KW 43 wurden in ZBS 1 1.751 Proben bearbeitet, davon 289 (16,5%) pos. auf SARS-CoV-2 getestet. Im Vergleich zur Vorwoche ist die Probenanzahl mit 2.257 etwas geringer ZBS1 hat eine Anfrage der WHO erhalten Seren für eine Referenzpanel zur Verfügung zu stellen. 2 Labore haben der WHO Proben angeboten, allerdings eines nur zu Plasmaproben, sodass die Proben im WHO Referenzpanel nur aus Proben des RKI bestehen werden. • 22 verschiedene Antigenteste wurden von ZBS und Partnerlaboren (n=6) getestet. Das BfArM stellt eine Liste der abrechenbaren Tests zur Verfügung. Auf die Liste werden alle Antigentests aufgenommen, die die Mindestkriterien erfüllen. Produkte auf der Liste des BfArM können entfernt werden, wenn das vom RKI hergestellte Probenpanel mit einem Test widersprüchliche Ergebnisse ergibt. Die von ZBS 1 getesteten Produkte sind teilweise sehr gut geeignet um Proben zu identifizieren, die ausreichend Virus enthalten, um in Zellkultur zu wachsen. Allerdings gab es auch einen Test, der nur 1 von 50 pos. Proben erkannte. Produkte, die bis jetzt nur von einem Labor getestet wurden, sollen noch mind. von einem weiteren Labor geprüft werden.	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	IBBS
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie: Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren s. aktuelle Lage	FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 28.10.2020, 11:00 Uhr	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*28.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Anpassung Text Testzahlbericht (siehe Dokument) o Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen	 ZIG1 FG32 FG36 AL3/FG37 iV FG32/38 FG32
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Verschobener Bericht von Montag	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Priorisierung KoNa (siehe Diskussion aus ÖGD-Feedbackgruppe, AGI)	 FG38/Alle AL1

	• Priosierung Testungen (siehe Email/Dokument BMG AG Labor) **b) RKI-intern** •	
8	**Dokumente** • Flussschema (siehe TOP7/Priorisierung Testungen)	AL1/Alle
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** •	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 30.10.2020; 11:00Uhr	

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
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33/ZIG
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien **hier**)
	• 43,6 Mio Fälle, 1,1 Mio Verstorbene (2,7%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o USA an erster Stelle, alle Länder steigender Trend außer Indien
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o Statt 77 Ländern am Montag heute 81 Länder > 50; neu: Kanada, Malediven, Aserbaidschan und Serbien
	  o 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:
	  o “Testing blitz” in Melbourne (1 Woche: 100.000 Personen getestet)
	  o Ausgangssperren in 10 Bezirken
	  o 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 möglich)
	  o Schließung der Grenzen zwischen NSW und Victoria
		ZIG /
		[redacted]

	o Maskenpflicht im öffentlichen Raum (Melbourne / Shire of Mitchell) Ende Juli o Lockdown für Victoria Anfang August o 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); o Schließung der Grenzen zwischen NSW und Queensland o Allgemeine Maskenpflicht in Victoria • Mitte September: o Lockerung der Maßnahmen, z.B. Kita-, Outdoor-Pool-Öffnung Ende September o Weitere Lockerungen in Victoria und Melbourne (stay home, stay safe) o Weitere Lockerungen geplant den Fallzahlen entsprechend • Zusammenfassung: o Weiterhin drastische Zunahme neuer Fälle in Europa (ca. 50 % der Fälle weltweit) o Innerhalb der EU/EWR/GB/CH: nur noch Schweden, Norwegen, Estland und Finnland 7-Tages-Inzidenzen < 50 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner o Langsame Rückkehr zur Normalität in Melbourne und Victoria, Australien nach wochenlangem Lockdown („Steps to COVID-19 normal“) o Am 24.10.: 137 lokal erworbene asymptomatische Fälle in der Region Xinjiang, China • Diskussion zu Australien: o Berichte zu Schwierigkeiten mit Compliance in Australien vorerst nicht ersichtlich, jedoch empfindlich hohe Bußgelder bei Non-Compliance o Trotz Lockdown und scharfen Maßnahmen sehr langwieriger Prozess bis Fallzahlrückgang, Gründe dafür vorerst nicht ersichtlich o Sehr klare Kommunikation bezüglich Einschränkungen und empfindliche Strafen	
	National **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien **hier**) • SurvNet übermittelt: 464.239 bestätigte Fälle (+14.964), davon 10.183 (2,2 %) Todesfälle (+85), 7-Tage-Inzidenz 93,6 /100.000 Ew • ITS Fälle steigen stetig, aktuell 1.470 (+108) • R zwischen 1,2-1,4 (vom 27. und 26.10.); Zahlen vom 28.10. aufgrund eines Serverupdates heute erst später lieferbar • Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland deutlich, Abflachung bei einzelnen Ländern (bspw. Sachsen) höchstwahrscheinlich kein langfristiger Trend	FG32 / [redacted]

	• 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
	• 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
	• Übermittelte Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung und Verstorbener: 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 Verstorbener ebenfalls
	• 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
	• Diskussion:
	  o Anteil Verstorbener auf erster Seite im Bericht ggf. mitaufzunehmen, aber: möglicherweise recht unklare Indikatorfunktion im Sinne der Kommunikation nach außen
	  o Derzeit liegt zur Mitaufnahme der Inzidenz der AG der über 60-Jährigen Zustimmung seitens BMG vor
	  o Indikator für Bevölkerungsgruppe mittleren Alters sinnvoller (da Risikobewusstsein hinsichtl. Erkrankungswahrscheinlichkeit bei älteren AG gegeben)
	  o Vorschlag: Aufnahme der Anzahl schwer erkrankter Personen pro AG und Woche
	To Do: Mitaufnahme des bereits zugestimmten Parameters (Inz. der AG 60+) in Lagebericht auf erste Seite, Mitaufnahme weiterer Parameter zur weiteren Abstimmung	

	Syndromische Surveillance (Folien **hier**): • 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 • Konsultationsinzidenz ARE: anderes Bild, ab AG der 15-34-Jährigen Anstieg der Arztbesuche, bei 0-4-Jährigen eher Rückgang der ARE-Arztbesuche	FG36 / [redacted]

	• 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: höhe Anzahl SARI-Fälle bei Kindern, hoher Anteil an COVID-Fällen bei 15-34-Jährigen *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 [redacted] besprechen*	
	Testkapazitäten und Testungen (Folien **hier**) • 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 Parameter möglich? Testindikation über ARS schwierig zu erhalten, ggf. symptomatische Erfassung („symptomatisch“ vs. „andere Indikation“), Laborinformationssystem: Daten nicht hinterlegt	FG 37 / [redacted]

	To Do: [redacted] stellt hierzu weitere Nachforschungen an, ggf. Besprechung mit [redacted] **Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen** (Dokument **hier**) • 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 / [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Verschobener Bericht von Montag • Weiterhin verschoben	FG 21/ [redacted] [redacted]
3	**Aktuelle Risikobewertung** • Am Montag aktualisiert, kein Bedarf	Alle
4	**Kommunikation** BZgA: • 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 *To Do: Bitte an BzGA, sich mit dem Gesundheitsportal in Verbindung zu setzen, fachlich-wissenschaftlich mit dem RKI abgestimmte Aspekte sollten korrekt übernommen werden* *To Do: Bitte an [redacted] und [redacted], einen diesbezüglichen Text an [redacted] weiterzuleiten*	BZgA / [redacted] [redacted]

	Pressestelle: • Keine Anmerkungen	Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **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 *in house* Umsetzung RKI) → viel Verantwortung auf privaten bzw. Arbeitgeber-Bereich verlagert • Fachgebiet arbeitet derzeit an einer für Laien verständlichen Aufbereitung der KONA *To Do: Bitte an [redacted], die neu erlassene Allgemeinverfügung – fachlich-organisatorisch im Haus zu berücksichtigen* • KONA-Papier soll laut Minister Spahn angepasst werden *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 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)* **Herausforderung fehlender Meldepflicht für Antigen-Tests** • Antigen-Tests: keine Meldepflicht durch die Länder eingeführt, Gefahr des Verlustes an Information und Überblick, praxisnahe Lösung dringend benötigt	FG32/38 / [redacted] FG32/38 / [redacted]

	• Zu klärende Fragen: ab welchem konkreten Zeitpunkt und anhand welcher Modalität sollen die Antigen-Tests in der Meldestatistik erfasst werden?
	• Mögliche Lösungsvorschläge
	  o Antigen-Tests als Methode in der VO zu ergänzen (siehe BaWü)
	  o Auflage, positive Antigen-Tests durch PCR-Tests bestätigen lassen zu müssen
	  o Anpassung der Falldefinitionen („Verdachtsfall“)
	
	To Do: Lösungsvorschläge müssen zeitnah diskutiert werden, die Zahlen werden jedoch höchstwahrscheinlich mit Einführung der Antigen-Tests an Vergleichbarkeit und Aussagekraft verlieren
	
	Votum der AG Labor / Testen zum effizienten Einsatz der der PCR-Testung auf SARS-CoV-2 (27.10.2020) (Dokument **hier** Markup **hier**)
	• Hinweis seitens Laboratorien zu den Limits der Testkapazität an Minister Spahn erfolgt
	• Auf Priorisierung innerhalb der nationalen Teststrategie soll hingewiesen werden
	• Änderung der Testkriterien ausgesprochen heikel, Differenzierung/Fokussierung von COVID-19 zu Symptomatik sehr bedacht vorzunehmen
	• Am 30.09. wurde abgestimmter Vorschlag ans Ministerium geschickt
	• Muss als klare Grundlage für Ärzte zur Durchführung der Tests und ihrer Priorisierung ins Flussschema übersetzt werden
	
	To Do: Vorstellung des Flussschemas und der Testkriterien am Freitag durch [redacted], Bitte um Zusendung vorab als Arbeitsversion an [redacted] zu Donnerstag
	Zielgruppe: Ärzte, ÖGD, Politiker – Testkriterien zu unterscheiden ggü. der allgemeinen Bevölkerung, klare Trennung nötig
	
	• 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
	
	To Do: Herr Schaade wird dazu [redacted] ansprechen
	
	RKI-intern
	• Nicht besprochen
		FG32/38 /
		[redacted]

8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	

10	**Labordiagnostik** • Erläuterung zur Bedeutung der Antigen-Tests und ihrer Interpretierbarkeit in Kooperation mit [redacted] erstellt, wird in der betreffenden AG des BMG vorgestellt • [redacted] (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 [redacted]
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 [redacted]	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 [redacted]
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 30.10.2020, 11:00 Uhr	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*30.10.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Amtshilfe Offenbach	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Erklärung zu sinkenden R-Werten für heutigen Lagebericht	 FG32
8	**Dokumente** •	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Aktueller Stand zu den Containment Scouts • Sprachregelung zur Verwendung von FFP2 Masken im privaten Bereich	FG37 FG14
13	**Surveillance** •	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Neue Risikogebiete heute online	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19-Pandemie	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 02.11.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.10.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt.3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit >44,5 Mio. Fälle, > 1,1 Mio. Todesfälle o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Allen voran USA, Indien, Frankreich ▪ Absteigende Tendenz allein in Indien und Argentinien o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner ▪ Mittlerweile 83 Länder mit >50/100.000, zwei mehr als am Mittwoch, ▪ Neu: in Asian im Iran stark ansteigende Fallzahlen ▪ EU: Schweden neu dabei, nur noch 3 Länder mit 7-T-I <50/100.000 (Norwegen, Estland, Finnland) o Gestern neue Lancet Studie aus Schweden zu COVID-19 Todesfällen bei >70-jährigen (hier) ▪ Verknüpfung von Daten aus Todesursachen- und Bevölkerungsregister März bis Mai 2020 ▪ >275.000 Personen, knapp 3.400 Todesfälle von welchen 1.300 wegen COVID-19 ▪ Wichtigste identifizierte Risikofaktoren: Wohnen im Pflegeheim (4-fach höheres Risiko) und Wohndichte ▪ Interessant: Haushaltskontakte <66 Jahren (also arbeitende Bevölkerung) bergen erhöhtes Sterberisiko • Zusammenfassung o Drastische Fallzunahme in Europa o Lockdowns (ganz oder teilweise) in vielen Ländern o Schulschließungen in Polen, Tschechien und Slowenien o China Cluster in Xinjiang: nach Testung von 4,8 Mio. Einwohnern >160 Fälle (42 symptomatisch), steht mit Bekleidungsfabrik im Zusammenhang • Diskussion: Perspektive Ausweisung von Risikogebieten? o Ausweisung noch stets vom BKA erwünscht, unabhängig von Infektionszahlen in Deutschland o RKI wendet deswegen nicht ECDC-Empfehlung an, sondern bleibt beim angewandten Verfahren der 7-T.-I., zusätzlich wird unterstützend die ECDC-Karte konsultiert aber nicht so umgesetzt o RKI und BMG sind nicht ganz glücklich damit, weiteres Vorgehen steht noch nicht fest o BMG Arbeitsebene hat vorgeschlagen, dass RKI Präs dies beim Minister anspricht und würde dies unterstützen, wird RKI-intern besprochen und entschieden	ZIG1

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 499.694 (+18.681), davon 10.349 (2,1%) Todesfälle (+77), 7-Tages-Inzidenz 104,9/100.000 Einw., 7-Tage-R_{eff}=1,2 o Inzidenzen: insgesamt bundesweit 105/100.00, am höchsten in HB, BE, HE, NW, insgesamt steigende Tendenz o Geografische Verteilung: Karte färbt sich zunehmend rot und dunkelrot, >3/4 aller Kreise haben Inzidenzen >50/100.000, nur noch 15 Kreise unter 25/100.000, die meisten Großstädte bis auf Leipzig >50/100.000, besonders betroffen Frankfurt, Bremen, Offenbach, München, Berliner Bezirke o Testungen (Datenstand 27.10.2020): weitere Zunahme ▪ >1,3 Mio. in KW43, Anzahl positiv >5% ▪ Labore kommen zunehmend an ihre Grenzen, Rückstau (starker Anstieg) liegt aktuell bei ca. 70.000 Proben, bei der Tagesleistung von 100.000 ist dies jedoch (noch) überschaubar ▪ Auch innerhalb des RKI gibt es Materialknappheit o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Kreisen (Heatmaps): ▪ Ausbreitung von KW43 – KW44 von jüngeren auf ältere Gruppen ▪ Es ist auch ein Anstieg bei 0-14-jährigen zu sehen, ▪ Aus der mittleren Erwachsenengruppe zieht Situation in andere ältere und jüngere Altersgruppen, dies ist anders als bei Influenza ▪ Keine klaren Muster, es gibt Kreise mit sehr hoher Inzidenz mit benachbarten mit niedriger Inzidenz → lokal (begrenzte) Häufungen o Angaben zu Quellen von Fallinformationen ▪ Meistens aus KoNa, Testung/Reihenuntersuchung gefolgt von Verdachtsmeldungen ▪ Testung/Reihenuntersuchung unterteilt in diverse Kategorien (Reiserückkehrer Risikogebiete, Kranken-hausaufnahme, usw.) ▪ Über CWA wir nur geringe Anzahl von Fällen bekannt o Aus Meldedaten sind noch mehr Informationen verfügbar, weitere Bündelung und Kommunikation wird diskutiert • Amtshilfeersuchen Offenbach o Erhöhte Inzidenz und sehr umfassende Dateneingabe, inklusive KoNa-Daten in SurvNet o RKI wird um wissenschaftliche Aufarbeitung gebeten o Team wird aktuell zusammengestellt und Anfrage soll voraussichtlich nächste Woche bedient werden	AL3/FG38
2	**Internationales (nur freitags)** • Viele Leute sind aktuell in Einsatzgeschehen: o Namibiaeinsatz endet heute	

	o 2 Personen sind aktuell auf Lesbos um das European Mobile Lab zu unterstützen o 1 Person reist mit der SEEG nach Honduras zu unterstützen o Eine Nachfolgemission zur klinischen Unterstützung nach Usbekistan ist in Planung o Einsätze zahlreich und divers - spiegelt das dynamische Geschehen wider • Gestern Hilfeersuchen um Unterstützung von Intensivmedizin und Labor aus der tschechischen Republik: Teams sollen mobilisiert werden • BMG wurde letzte Woche gebeten die Deadline für Corona-Global-Anträge zu verlängern, nun bis Mitte November	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Mit steigenden Fallzahlen zunehmende Fragen zu o Verhalten bei positiv-Testung o Handhabe bei Status KP I oder II, dies soll noch deutlicher dargestellt werden o Häuslicher Quarantäne • Außerdem Überarbeitung Infos zu KoNa-Management, hierzu erstellt RKI auch gerade neue Dokumente, diese werden im Anschluss mit BZgA abgestimmt (s. unter Dokumente), dies ist wichtig, um mit einer Stimme zu sprechen **Presse** • Angriff auf RKI-Internetseite letzte Woche o Alles ist nun wieder normal, Angriff betraf einen Tag o Erhöhte Sicherheitsvorkehrungen werden aufrechterhalten um erneuten Angriff zu vermeiden: wenn zu viele Aktionen auf der Webseite kurz hintereinander erfolgen muss ein Captcha gelöst werden, dies verhindert auch Bots von deutschen IP-Adressen o Wenn Captchas zu häufig erscheinen, gerne Presse informieren	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen	

b) RKI-intern

Erklärung zu sinkenden R-Werten für heutigen Lagebericht

- Textvorschlag hierfür wurde entwickelt (hier) da das leichte Absinken des R-Wertes zu Nachfragen geführt hat
- Nachfrage R-Kalkulation: Müsste diese noch stärker bezüglich der Verzögerung der Testung angepasst werden? Wird diese aktuell realistisch abgebildet?
  - Das Nowcasting berücksichtigt täglich Änderungen in der ~~Es wird eine feste~~ Verzögerung zwischen ~~Fallübermittlung~~Erkrankungsbeginn und Übermittlung des Falls~~Fallankunft am~~ an das RKI ~~benutzt~~
  - Annahme ist dennoch, dass die Verzüge bei den Nachmeldungen der nächsten Tage so bleiben wie sie zuletzt (grob: in den letzten 7 Tagen) waren.
  - ~~Dieser Wert ändert sich und wird nicht täglich angepasst~~
  - Vor kurzem wurde dies geprüft: es gibt im Moment keine deutliche Veränderung im Meldeverzug~~, und keine Unterscheidung zwischen Bundesländern oder im Zeitverlauf~~
  - Dies wird beobachtet und bei Bedarf im Berechnungsverfahren angepasst
- 4-Tage-R-Wert unterliegt wöchentlichen Schwankungen, wird daher nur aus historischen Gründen berichtet~~geht im Sägezahnmuster rauf und runter~~
- 7-Tage-R-Wert gleicht ~~sollte~~ diese Effekte ~~eigentlich ausgleichen zeigt a~~stärker aus, zeigt aber ~~ber~~dennoch ~~auch~~leichte wöchentliche Wellenbewegungen. Dies könnte durch Berücksichtigung der Wochentags-Abhängigkeit korrigiert werden. Das setzt allerdings eine hinreichend hohe Zahl von Meldungen mit Angabe zum Erkrankungsbeginn voraus
- Wichtige ~~Umformulierung:~~Regel: ~~nicht jeder~~Ein R-Wert >1 bedeutet exponentielles Wachstum
- Aktuell ein leichtes Indiz für eine Verlangsamung der Dynamik → dies sollte jedoch nicht so vermittelt werden um die neuen Maßnahmen nicht in Frage zu stellen, zumal wir uns nicht sicher sein können, wie die Tendenz sich weiterentwickelt
- Die Bevölkerung hat bereits vor dem Lockdown in Eigeninitiative Maßnahmen umgesetzt und Bewegungen eingeschränkt, nimmt von sich aus vorweg, was Politik entschieden hat
- Auch der ARE-Wert liegt jetzt noch deutlich unter dem der Vorjahre, Übertragung respiratorischer Erreger ist aktuell deutlich niedriger als sonst
- Leichte Textanpassungen und die letzten zwei Absätze werden gestrichen und die Lage zunächst weiter beobachtet

ToDo: LZ passt Erklärung zu R-Werten an und integriert sie in Lagebericht

Formatiert

Kommentiert [adHM1]: Meiner Meinung nach sollte das leichte Absinken tatsächlich kommentiert werden, da es schon auffällt – aber eben nicht bedeutet, dass wir kein exponentielles Wachstum mehr haben.
Etwa: Das leichte Absinken des R-Wertes (von etwa 1,4 auf etwa 1,2 in den letzten Tagen) deutet auf eine etwas niedrigere exponentielle Wachstumsrate hin. Dennoch steigt die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiter exponentiell.

8	**Dokumente**	

	Kontaktpersonennachverfolgung • Die vorhandenen Empfehlungen und Dokumente sollen aktualisiert werden, Zielsetzung: - Definition von Prioritäten in Situationen hoher GA-Belastung - Verschlankung und breiteres verständlich Machen • Hierfür wurden drei Dokumente besprochen: • 1 – Orientierungshilfe (hier und hier) o Einstiegsdokument: richtet sich an ÄrztInnen und GA sowie betroffene Personen, Allgemeinbevölkerung, entsprechend Quarantäneflyern o Wurde auf Minimum reduziert ▪ Adressaten ▪ Ziele ▪ Prioritäten ▪ Schritte: Fallbefragung=1. Schritt der Aufgaben des GA ▪ Definition/Feststellung von Situationen mit hohem Ausbreitungspotential (Abstand/Kontext/Zeitraum) – Triage durch GA (auch ggf. durch CS) – bei geringem potential nur Informationsweitergabe, kann auch delegiert werden (z.B. durch Fall selber) ▪ Zeiträume Nachverfolgung, Dauer Isolierung und Quarantäne o Soll für jede Person verständlich sein, Kerninformationen werden grafisch aufgearbeitet, Infografik bereits in Arbeit und Abstimmung o Kommentare/Verbesserungsvorschläge ▪ Begriff „Schritte“ durch „Vorgehen“ ersetzen (Präs) ▪ Unterüberschrift lässt vermuten, dass die Ärzte Kontaktpersonenmanagement machen sollen o Für die, die mehr wissen müssen/wollen – Verlinkung zu → • 2- Ausführliche Arbeitsmaterialien zu KoNa-Management (hier) o Lange Version für die, die dies für ihre Arbeit benötigen o Wurde verschlankt, KP III (medizinisches Personal) wurde komplett herausgenommen und wird von FG37 in eigenem Dokument zusammen mit notwendigen institutionellen Vorbereitungen bearbeitet (Personal, Flussdiagramm, usw.) o Hier nur noch KP I und II, inklusive Beispiele und Fragen, zu denen Konzepte entwickelt wurden o Haushaltsquarantäne wurde aufgenommen o Ansonsten keine Änderungen • 3 - Illustration zu Kontaktarten (hier) o Richtet sich an Ärzteschaft und Allgemeinbevölkerung o Bilder können als Ergänzung zum Text platziert werden o Abgebildete Szenarien sind alle schon im Text vorhanden (lediglich grafische Ergänzung) o Anhand der grafischen Umsetzung soll interessierte Bevölkerung nachvollziehen können, was das GA macht	

	(ohne selber involviert zu sein), Zielgruppe sind nicht GA, z.B. machen auch große Betriebe ihre eigene KoNa o Erste Folien sind gut und als Piktogramme selbstredend, grafisch umgesetzte Situationen sollten sich auf wenige, grundlegende fokussieren o Je mehr Text, desto weniger hilfreich o Auch Abstimmung/Arbeitsauftrag für BZgA • Wann wird KoNa Papier für KP III fertig? • FG37 arbeitet daran, Konzept und Inhalte stehen, grafische Finalisierung noch zu erledigen *ToDo: Fertigstellung der folgenden KoNa-Dokumente* *1 Orientierungshilfe – FG36/IBBS* *2 ausführliche Empfehlungen – FG36* *3 Infografik- P1/FG36* *4 Papier KP III – F37* **Testkriterien** (hier)- **Strategie-Anpassungen für Winter** (hier) • Viele Aspekte sind aus den Testkriterien für Schulen bekannt • Spezifizieren Kriterien, Symptome oder Eigenschaften für eine Testindikation, z.B. Risikogruppe, medizinisches Personal, Veranstaltungen, Cluster, erhöhte Inzidenz, vorwärtsgerichteter Kontakt zu vielen Menschen, usw. • Fall-basiertes nicht-Testen: Schnupfen und Halsschmerzen sind keine COVID-19-Hinweise aber auch nicht als Symptome auszuschließen → Isolation zu Hause bis 48h nach Symptomfreiheit empfehlenswert • Terminologie: nicht „vulnerable“ Gruppe da dies eher soziologisch belegt ist, stattdessen Risikogruppe (medizinische Disposition) • Inhalte stehen, redaktionelle Updates erfolgen noch • BMG war grafische Aufbereitung wichtig, ist aktuell in Detail-Abstimmung • Maßnahme Kontaktreduktion muss stets bestehen bleiben, da ggf. keine häusliche Isolierung angeordnet wird • Erklärung der Strategie-Ergänzung für den Winter: alle respiratorischen Erkrankungen die ggf. zu unnötigen Nachverfolgungen führen könnten sollen geringer werden dadurch, dass die erkrankten nicht in der Öffentlichkeit auftreten, Erklärung des kollektiven Gewinnes trotz der individuellen Last • Sollte unbedingt als begleitende Strategieergänzung publiziert werden • BMG Wunsch: Minister ist nächste Woche zurück und möchte sofort Pressearbeit leisten, Thema Testungen und Empfehlungen für Ärzte sollen genutzt werden, BMG möchte diese Informationen an KBV senden und an Ärzte bringen (kassenärztliche Vereinigungen)	

	ToDo: Paket mit Flussdiagramm Testkriterien und Strategieergänzung für den Winter und o.g. Text Orientierungshilfe KoNa an Präs zur Weiterleitung ans BMG (IBBS und FG36) *erledigt*	
9	**Update Impfung (nur freitags)** **Letzter Stand zur Impfung** (hier) • Laufende Studien o 2 Impfstoffe wurden bei EMA eingereicht o 1. Ergebnisse der Phase III Studien werden im Laufe des Novembers erwartet o Wenn positiv, könnte Zulassung innerhalb von 2-6 Wochen erfolgen, dann wären sie Anfang 2021 verfügbar o 1. BioNTEch/Pfizer: 2 Dosen. Lagerung bei -70°C (…), Lösemittel zur Herstellung notwendig, 5 Dosen pro Behältnis o 2. Oxford/AstraZeneca: voraussichtlich 2 Dosen (ob eine genügt wird aktuell getestet), Lagerung bei 2-8°C • STIKO Empfehlung o 1. Priorisierung ethischer Leitfanden in Endabstimmung, wurde in Videokonferenz Minister vorgestellt, zu klären ist Verfassungsschutzanfrage zur Notwendigkeit parlamentarischer Absegnung, dass priorisiert werden darf (mögliche Klagen von interessierten die nicht priorisiert sind aber geimpft werden wollen) o 2. Empfehlung: Zuständigkeit bleibt bei STIKO, Orientierung am ethischen Leitfanden, dringender Bedarf für Planung der Massenimpfungen durch BL, auch Ministerium möchte erste Empfehlung im Laufe des Novembers, STIKO möchte ungern so ohne Phase III Studienergebnisse Empfehlungen verfassen o Aktuelle Diskussion: Personen in Alten- und Pflegeheimen, Personen ab 80, Risikogruppen mit besonderen Expositionen, noch nicht abgeschlossen o STIKO plant „living guideline“ und “living systematic review”, update z.B. alle 2 Wochen bzw. abhängig von Triggern (neue Impfstoffe, Indikationen, usw.) • Diverse Punkte: o Einführung/Verabreichung in BL: wöchentliche AGI TK hierzu mit BMG, PEI, BZgA, Diskussion zum Ort der Impfung, mehrheitlich werden Impfstellen präferiert, NRW will Impfung ins Regelsystem integrieren, ggf. in Apotheken und Einzelimpfdosen, es wird noch viel Diskussion geben o Besorgung: BMG zuständig über EU Joint Procuremet, maximal 60 Lieferstandorte pro BL, läuft auch mit/über Bundeswehr und dann ist es Verantwortung der BL, Verteilung nach Bevölkerungsanteil, kein Extrakontingent für den Bund o Es bestehen noch viele Unsicherheiten und Fragen zu Mengen, Personal, Dokumentation, Impfquoten, usw., aber alles soll zum 1. Januar bereit sein	

	o RKI ist zuständig für das Impfquoten Monitoring (FF: FG31 Leitung, technisch, FG33 inhaltlich) o Impfakzeptanz: auch in COSMO beinhaltet, 53% der Bevölkerung würden sich impfen lassen, niedrigste Akzeptanz bei HCW, RKI plant zweiwöchentliche Surveys zu Impfquote und -akzeptanz o Kontakt-verhalten: KOMMI-projekt seit Mai, Modellierung, Altersgruppen zu Hause, Schule, Arbeit Transport • Frage: Wirksamkeit bei >80-jährigen? Hierzu ist noch nichts bekannt, soweit suggerieren die vorhandenen Daten eine relativ gute Immunantwort (auch in Modellierung), selbst bei Impfwirksamkeit von 20% werden viele Todesfälle vermieden • Aktuell gibt es noch keine Hinweise auf Krankheitsenhancement durch COVID-19-Impfung	
10	**Labordiagnostik** **ZBS1** • Es wird versucht, die GA auf geringere Probenzahlen herunterzuhandeln, letzte Woche waren es 500 mehr • In ersten 4 Tagen diese Woche wurden 1.800 GA-Proben analysiert, Positivrate liegt bei 20% **FG17** • Über die virologische AGI Surveillance gab es 204 Einsendungen, 5 waren SARS-CoV-2 positiv, 94 zeigten Rhinoviren, ansonsten keine weiteren respiratorischen Erreger	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Aktueller Stand zu den Containment Scouts (CS)** • Es gab einen BMG-Erlass 1500 neue CS einzustellen, ein Aufstockungsantrag hierfür ist beinahe fertig • Voraussichtlich werden es nicht 1.500 sondern eventuell 1.000, ca. 600 über BVA, 400 über die GA direkt via Einstellung über BVA rekrutiert • Dies wurde gestern mit den BL besprochen und wird nun in die Wege geleitet • Bewilligungsbescheid liegt noch nicht vor aber Vorbereitungen laufen parallel damit bald (Ende Nov/Dez) die neuen CS zur Verfügung stehen **Sprachregelung zur Verwendung von FFP2-Masken im privaten Bereich** (hier) • Kurzes Dokument zu dieser Fragestellung wurde primär für den internen Gebrauch vorbereitet, anhand der Argumente die letzte Woche ausgetauscht wurden:	

	o FFP2-Masken sind eine Maßnahme des Arbeitsschutzes o Wenn Personen nicht geschult/qualifiziertes Personal sind, haben FFP2 Masken bei nicht korrekter Anpassung und Benutzung keinen Mehrwert o Nutzung von FFP2-Masken sollten auf keinen Fall dazu führen, dass andere Maßnahmen (Abstand, Lüftung) vernachlässigt oder außer Kraft gesetzt werden (z.B. keine volle Besetzung eines Raumes) o Hinweis, dass ein mögliches Knappwerden der Masken für die eigentlich intendierten Benutzer (medizinischer Bereich) absolut zu vermeiden ist • Es gibt Forderungen nach Konzepten zum Schutz von Risikogruppen (Gérard Krause fordert im Spiegel Interview (hier) weite Nutzung von FFP2-Masken, kassenärztliche Vereinigung) und Frage warum RKI nicht breiten Einsatz empfiehlt • Diese Forderung ist nicht evidenzbasiert • Eine offensivere Kommunikation wäre sinnvoll um transparent zu machen, warum RKI dies nicht empfiehlt • Die Einschränkungen sind im Dokument klar dargestellt und es gibt keine Evidenz für die Nutzung von FFP2-Masken außerhalb des Arbeitsschutzes, dies könnte auch für die Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden • [redacted] van von Hygienikern klare Zustimmung und Unterstützung der RKI-Position erhalten, eine öffentliche Stellungnahme durch Hygieniker/Fachgesellschaft hierzu wäre sehr wünschenswert aber nicht sicher/wahrscheinlich • Für gesunden jungen Menschen ist passende FFP2-Maske wegen des erheblichen Atemwegwiderstandes unangenehm zu tragen, dies ist Pflegeheimbewohnern nicht zuzumuten • Bisherige Studien zur Wirksamkeit von FFP2-Masken sind daran gescheitert, dass Masken nicht oder nicht korrekt getragen wurden, ihr Nutzen sollte auf Arbeitsschutz von Personen die mit infektiösen Patienten arbeiten begrenzt bleiben • Die Evidenzlage soll neben den theoretischen Überlegungen berücksichtigt werden • Eine weitere Abstimmungsrunde des Textes und dann als FAQ auf die webseite *ToDo: Krisenstabsmitglieder sollen FG14-Dokument bis Mittwoch nächste Woche kommentieren, anschließend wird es in Form von FAQ auf der RKI-Webseite publiziert [ID 2063]*	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32/FG35
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Neue Risikogebiete gehen heute online	LZ

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** **Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19-Pandemie** • Befragung lief 01.-14.10.2020, Ergebnisse werden jetzt ausgewertet und demnächst im Krisenstab präsentiert	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 02.11.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*02.11.2020, 13:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Neuheiten zur CWA	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Erklärung zum sinkenden R-Wert	
8	**Dokumente** • Anpassung Abb. 1 im Lagebericht	[redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** •	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Wegen ausgelasteter Server zunehmend Probleme im LZ mit outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.11.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*02.11.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  o Ca. 46,2 Mio. Fälle und fast 1,2 Mio. Verstorbene (2,6%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Vereinigte Staaten weiterhin ganz vorne, gefolgt von Indien, Frankreich und an 4. Stelle Italien, erstmals Deutschland auf Platz 10 vertreten
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 81 Länder auf der Liste
	  o 2 Länder weniger als am Freitag: Ecuador (Amerika), Malediven (Asien) sind nicht mehr dabei.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Weiterhin nur 3 Länder, die die Inzidenz von 50 nicht überschreiten: in Norwegen und Estland ist die Inzidenz >40, nur in Finnland ist sie weiterhin relativ gering.
	• Zusammenfassung und News
	  o Afrika: nur 2% der neuen Fälle in vergangenen 7 Tagen
	  o Amerika: 29%, Inzidenz geht zurück
	  o Asien: 17%
	  o Europa: Anstieg auf 51% der neuen Fälle
	  o Ozeanien: kein neuer Fall in Australien
	  o Verlängerung des PHEIC durch WHO am 30.10.2020 für weitere 3 Monate
	  o Neue Maßnahmen in Europa:
	  ▪ Slowakei: Testung der gesamten Bevölkerung > 10 J. innerhalb von 3 Wochen, bisher ca. 1% der Tests positiv.
	  ▪ UK: partieller Lockdown von 05.11. bis 02.12.
	  o Aussagekraft von Antigentests umstritten, eigentlich nur in der 1.Woche der Symptome gut geeignet.
	  o Situation in Japan: Japan ist bislang gut durch die Krise gekommen, ca. 100.000 Fälle bisher.
	  ▪ 1. Welle im Frühjahr, 2. Welle seit Juni, hauptsächlich in den großen Städten.
	  ▪ Gründe: Japan hat relativ früh nationalen Notstand ausgerufen. Der frühe Zeitpunkt des 1. Lockdown (u.a.
		ZIG1
		[redacted]

durch die Erfahrungen mit der Diamond Princess) war hilfreich, außerdem die starke Compliance der Bevölkerung.

ToDo: ZIG bereitet mehr zu Maßnahmen in Japan für Mittwoch vor.

National

FG32 [redacted]

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 545.027 (+12.097), davon 10.530 (1,9%) Todesfälle (+49), 7-Tages-Inzidenz 120,1/100.000 Einw.
  - 4-Tage-R=1,07; 7-Tage-R=1,04
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - In allen BL ansteigender Trend
    - Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Hessen, Saarland, NRW und Bayern.
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - Karte färbt sich immer röter, Skala soll erweitert werden
    - In Marburg-Biedenkopf wurden Fälle doppelt erfasst. Die Inzidenz ist trotzdem relativ hoch.
  - Altersgruppenspezifische Inzidenzen für hospitalisierte Fälle
    - Die Inzidenz steigt am stärksten bei > 80 Jährigen an, gefolgt von 60-79 Jährigen.
  - Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche
    - 60-79 Jährige haben den größten Anteil an Hospitalisierten. Es ist auch eine nicht unwesentliche Anzahl von 35-59 Jährigen hospitalisiert. Diese fallen in den Inzidenzen nicht so auf.
  - DIVI-Intensivregister
    - Die DIVI-Skala ist relativ hell; zu beachten ist, dass die Skala sich täglich an die Werte anpasst, sodass ein Vergleich der Abbildung nach Farbtönen nicht möglich ist. Im Westen und Süden werden mehr Fälle auf Intensivstationen betreut, im Nord-Osten ist die Anzahl von COVID -Fällen relativ gering.
    - Insgesamt steigt die Anzahl.
  - Monatliche COVID-19 Todesfälle pro 100.000 Einw.
    - Inzidenzen sind bei > 90 Jährigen wieder am höchsten. Bei 80-89 Jährigen steigen Inzidenzen wieder an.
  - Vergleichsdaten von Blutspendern miteinzubeziehen wäre sinnvoll.
  - Inwieweit wird im DIVI-Register die reale Situation abgebildet?
    - Gesetzliche Vorgabe ist, es sollen nur betreibbare Ressourcen angegeben werden. Personal, Geräte und räumliche Ressourcen müssen vorhanden sein. Voraussetzung ist, dass elektive Operationen wieder verschoben werden.

ToDo: DIVI-Register Team soll diesem Punkt nochmal nachgehen.

	o Gehen die Inzidenzen in jedem LK nur nach oben oder gehen in einigen LK die Zahlen wieder zurück? o Ist es möglich in einer Karte die 7-Tagesinzidenzen und die DIVI Karte übereinander zu legen und so auch einen Indikator für die Schwere miteinbeziehen, im Moment nur für den Krisenstab zur Diskussion? o Handelt es sich bei den > 80 Jährigen um Heimpatienten oder auch um im eigenen HH lebende Personen. *ToDo: Soll am Mittwoch vorgestellt werden, FF* [redacted]. o Sollte die Bewertung in Community transmission geändert werden? Diese Entscheidung sollte nicht übereilt getroffen werden, hierfür muss ein guter Grund gegeben sein. o Das ESRI Aktualisierungsproblem ist gelöst, ein schnellerer Server ist beantragt und bald einsetzbar. Die Aktualisierung findet über Nacht statt. Der Bildschirm soll schwarz sein, bis alle Daten aktualisiert sind, dann entstehen keine Missverständnisse durch die zeitversetzte Aktualisierung der Daten. Wird diese Woche mit ESRI geklärt.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Neuheiten zur CWA (Folien hier) o Symptom-Tagebuch. Positiv getestete Personen können erfassen, ob Symptome vorlagen (ja-nein) und wenn ja, wann Symptombeginn war (keine Erfassung der exakten Symptome). ▪ Im Moment werden alle informiert, die in den letzten 10 Tagen mit der pos. getesteten Person Kontakt hatten. ▪ Ziel ist eine Verbesserung der Risikobewertung, eine adaptierte und verbesserte Berechnung der Risikobegegnungen. o Austausch von Schlüsseln mit anderen internationalen Apps ▪ FF EU Kommission, Ziel: sicherer Informations-austausch ▪ Bisher findet ein Schlüsselaustausch mit anderen Ländern mit dezentralem System statt: Dänemark, Irland, Italien, Kroatien und Tschechien. o Internationaler Austausch und Beratung ▪ mit EU-Kommission, ECDC, WHO EURO und diversen Ländern mit ähnlichen Apps ▪ zum Teil Wunsch nach fachlicher und technischer Beratung ▪ Austausch mit Hr. Lauterbach und anderen Kollegen. Dieser dient eher dem Erwartungsmanagement, da vom BMG keine Gelder für weitere Funktionalitäten eingeplant wurden. ▪ Kontakttagebuch als zusätzliche Funktion ist einer der Verbesserungsvorschläge, wurde vom BMG noch nicht entschieden.	ZIG1 [redacted]

4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Anpassungsbedarf.	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Letzte Woche viele Mails zu Maskenfragen bei Kindern, diese Woche Beschwerden wegen fehlendem Grippeimpfstoff **Presse** • Am Dienstag, den 03.011. findet eine Bundespressekonferenz mit Beteiligung von Hr. Schaade und dem Minister statt. • Hr. Schaade soll eine Einordnung der Lage leisten, im Sinne von „Wie schlimm ist es und woher wissen wir das?“. Hierfür dürfen nicht nur Meldezahlen betrachtet werden, sondern müssen auch andere Kriterien miteinbezogen werden. Die veränderten Testkriterien, die vom Minister am Wochenende freigegeben wurden, sollen kommuniziert werden. • Die Botschaft, dass nicht alle mit ARE nicht getestet werden, sondern 5 + 2 Tage zu Hause bleiben sollen, könnte morgen veröffentlicht werden. *ToDo: Abstimmung der Testkriterien zur Veröffentlichung mit [redacted] (BMG), außerdem Frage nach Vorschlag zum Home Office, FF Lagezentrum* • Konzepte für Schutz von Risikogruppen hat RKI im Fokus. Einzig möglicher Schutz ist, dass die Zahlen niedrig bleiben. Bei Nachfragen kann sich Hr. Schaade dazu äußern, ist aber nicht als sein Thema vorgesehen. Falls Fragen zu FFP2-Masken für Risikogruppen kommen: diese können den Risikogruppen nicht auf Dauer zugemutet werden. Sind nur für die unmittelbare, medizinische Arbeit vor Ort und für einen begrenzten Zeitraum gedacht (nach 75 Minuten Tragen sollte eine 30-minütige Pause eingelegt werden).	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG-Liaison
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Erklärung zum sinkenden R-Wert (Vorschläge hier) o R-Wert geht zurück, aber R-Werte knapp >1 bedeuten immer noch exponentielles Wachstum, wenn auch langsamer als zuvor. o Wird der Dunkelzifferbereich größer? Kann nicht ausgeschlossen werden, ist aber nicht primäre Erklärung. Spielen regionale Engpässe in der Testung eine Rolle? Sollte an diesem Punkt nicht näher diskutiert werden, der Patientenanstieg auf ITS ist relevanter. o Für eine Beschreibung spricht, dass der rückläufige R-Wert nicht als rückläufiger Trend interpretiert werden sollte. Im Moment gibt es keinen Anlass zur Entwarnung.	AL3 / [redacted] Alle

	o „Exponentieller“ Anstieg kann auch missinterpretiert werden. Exponentieller Anstieg ist nicht gleichbedeutend mit schnellem Anstieg. o Kommentierung des R-Wert ist zum aktuellen Zeitpunkt schwierig, besser sollte auf Effekte des Teil-Lockdowns gewartet und die Interpretation auf später verschoben werden. o Einigung auf: „Die berichteten R-Werte liegen seit Anfang Oktober stabil deutlich über 1. In den letzten Tagen hat der R-Wert leicht abgenommen, liegt aber weiter über 1. Das bedeutet, dass die Anzahl der neuen COVID-19 Fälle weiterhin zunimmt.“ • Wäre es möglich MA, die im Lagezentrum arbeiten, niedrig-schwellig zu testen? o Ist nicht möglich. Nur wenn es einen Hinweis auf eine Exposition am Arbeitsplatz gibt, kann im Haus getestet werden. Eine Testung darüber hinaus wäre nur möglich, wenn bestimmte Bereiche als krisenrelevant ausgewiesen werden. Alle MA mit respiratorischen Symptomen sollen zu Hause bleiben. Das RKI muss sich an seine eigenen Empfehlungen halten. Bei beruflicher Exposition wird am RKI getestet, sonst nicht.	
8	**Dokumente** • Anpassung Abb. 1 im Lagebericht o Die Karte wird zunehmend dunkelrot, Skala weist als Maximalkategorie > 100 aus. Es soll eine Differenzierung mehr, >200, ausgewiesen werden. Die Farbe hellgrün (keine Fälle) könnte aus Legende entfernt werden. o Eine Erweiterung der Skala stößt auch allgemeine Zustimmung, umstritten ist, ob hellgrün aus der Legende entfernt werden soll.	Abt. 3
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • ZBS1 o In der KW 44 gingen 2.785 Proben ein, davon waren 553 positiv auf SARS-CoV-2. • Virologische Surveillance o Von 86 Proben waren 36 pos. auf Rhinoviren; 3 auf SARS-CoV-2. o Motivationsschreiben wurde auf den Weg gebracht. • [redacted] war am Freitag im Labor 28, diese vergleichen Labor-Antigenteste. Das Ranking von Antigentesten wird zunehmend einfacher. Die Antigenteste können durchaus eine Bereicherung für die Kapazität der PCR-Teste sein. • Eine Masterliste mit einer Übersicht über Einrichtungen, die SARS-CoV-2 Teste durchführen, wird in Abt. 1 geführt. Es gibt eine Übersicht auf den Seiten der KV, wo man sich testen lassen kann. Es gibt Testzentren, die nur Proben abnehmen und solche, die auch Teste durchführen.	ZBS1 FG17 AL1

	ToDo: Bitte um Weitergabe der über die ARS-Schnittstelle erfassten Parameter an [redacted], FF [redacted] → erledigt • Könnten Testzentren auch als Impfstellen fungieren? Ist logistisch schwierig, da sich dann symptomatische und zu impfenden Personen an einer Stelle treffen würden. • Beide Aspekte sollten getrennt werden. Sinnvoll wäre analog zu Schwerpunktpraxen für Testung, solche für Impfung zu generieren. • Es gibt viele unterschiedliche Pläne in den einzelnen BL, noch ist sehr viel im Fluss, AP ist [redacted]. • Kann nicht von Influenzapandemie-Impfplan verwendet werden? Der Impfstoff muss bei -80 Grad gelagert und frisch zubereitet werden und ist dann nicht lange haltbar. Viel Information liegt noch nicht vor. • Wurde in AGI schon ausführlich diskutiert, auch schon diverse Gespräche mit KV und KBV. Es wäre eher kontraproduktiv, wenn jetzt noch weitere Ideen vom RKI kämen.	

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	• Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können.
	  o Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren, Koordinierung findet über RKI statt.
	  o 6 Bundesländer, die hierfür besonders geeignet wären, sollen gesondert gefragt werden.
	• Die eigentlich betreibbaren Betten im DIVI-Register sind nicht real. Viele KH kommen an ihre Kapazitätsgrenzen, obwohl noch freie Betten angezeigt werden. Ein Grund ist vermutlich, dass Betten finanziell entlohnt werden. DIVI hat hier nachgesteuert.
		IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	

13	**Surveillance**
	• Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	  o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen
	  ▪ ARE spielt weiterhin eine Rolle, aber unter Niveau der Vorjahre
	  o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe
	  ▪ Anstieg in allen Gruppen, flacher in jungen Altersgruppen. Die Inzidenz bei 15-20 Jährigen liegt über der Inzidenz der > 20 Jährigen, die anderen Altersgruppen darunter. Der Anteil der Fälle bei 15-20 Jährigen nimmt kontinuierlich ab und ist beim Rest konstant.
	  o Ausbrüche in Kindergärten/Horte
	  ▪ 35 neue, eher kleinere Ausbrüche
	  ▪ Größere Geschehen nur in BY mit jeweils 9 und in RP mit 8 Fällen.
	  ▪ Weiterhin 38 Ausbrüche, die nur ältere Jugendliche betreffen.
	  o Ausbrüche in Schulen
		FG36
		[redacted]

	▪ In vielen BL waren Herbstferien. Anzahl der Ausbrüche ging zurück, Zahl der Betroffenen ist nicht so stark rückläufig. ▪ Größte Geschehen in BY mit 22 bzw. 20 Fällen, in MV und SH mit 10 Fällen ▪ Ältere Kinder (11-14 und 15-20 Jahre) stehen im Vordergrund. ▪ Ob ein Eintrag in die Schulen über Erwachsene oder ältere Jugendliche stattfindet, ist nicht bekannt. o COALA-Studie in Lübeck und Berlin gestartet. Testergebnisse sind bisher alle negativ in Lübeck. Ursprünglich war eine Kontaktaufnahme über GA geplant, die Information wurde dann aber über sehr engagierte Elternvertreter weitergegeben.	FG24
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Wegen ausgelasteter Server zunehmend Probleme im LZ mit Outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden o Grund: Outlook ist nicht für einen gleichzeitigen Zugriff von vielen MA konzipiert. • 1 MA wurde pos. getestet. Es gibt einige Kontaktpersonen, die bisher alle neg. getestet wurden. Maßnahmen zum Infektionsschutz wurden intensiviert. o Alle MA wurden nochmal auf Hygienemaßnahmen hingewiesen und um Kontaktreduktion im privaten Bereich gebeten.	FG38
16	**Wichtige Termine** • Pressekonferenz 03.11.2020	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 04.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*04.11.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Erklärung zum sinkenden R-Wert: Gestern lautete der Text in der Allgemeinen Einordnung vorne: Vorschlag: " In den letzten Tagen hat der R-Wert abgenommen; er liegt heute ungefähr bei 1. Das bedeutet, dass im Durchschnitt jede Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert ist, eine weitere	

	Person ansteckt. Da die Zahl der infizierten Personen derzeit in Deutschland sehr hoch ist, bedeutet dies weiterhin eine hohe Zahl von täglichen Neuerkrankungen." **Beschluss: Bleibt unverändert.**	
8	**Dokumente** •	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** • Sensitivität des Sentinel	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • ITS-Verlegungen aus Fr und anderen EU-Staaten	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • FFP2-Masken für Besucher? Stellungnahme DGHM • Ausnahme für Genesene vom Seriellen Testen	FG37
13	**Surveillance** • Dashboard verzögert aktualisiert • Falldefinition • Datenbereitstellung Tessy (ECDC)	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • DEA- sehr viele Anfragen, überrollt uns, Sprechzettel in Vorbereitung	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Wegen ausgelasteter Server zunehmend Probleme im LZ mit outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden	FG38
16	**Wichtige Termine** Gesundheitsausschuss, WHO IHR Review Committee, IANPHI lessons learned, Vorträge	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 06.11.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  o Ca. 47,1 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,6%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o unverändert, lediglich Polen und Russische Föderation haben die Plätze getauscht
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 81 Länder auf der Liste
	  o Ein Land weniger als am Montag: Peru (Südamerika) nicht mehr dabei.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Norwegen ist neu hinzugekommen
	  o Weiterhin nur 2 Länder, die die Inzidenz von 50 nicht überschreiten: in Estland und Finnland ist die Inzidenz >40
	• Zusammenfassung und News
	  o Europa: Anstieg um 58% im Vergleich zur Vorwoche in Italien und um 63% in Polen
	  o Japan (Folien 4-11) hat die Krise bislang gut bewältigt, ca. 102.000 Fälle seit Beginn der Pandemie.
	  ▪ „Clusters of cases“
	  ▪ Erster Fall am 16.01.2020 importiert aus Wuhan
	  ▪ 2. Welle ist vorrangig zurückzuführen auf jüngere Personen, Nightclubs und größere Veranstaltungen
	
	  o *Diskussion: Was macht Japan besser als wir? Ist die Disziplin der Menschen ein Grund?*
	  ▪ Eine Strategie Japans: Cluster Response Teams fokussieren sich auf Übertragung von Superspreadern
	  ▪ CR-Teams haben bereits Erfahrung mit SARS
	  ▪ Es gibt keine Beweise/Studien warum, jedoch halten sich die Bürger stark und diszipliniert an Maßnahmen (Druck society)
	  ▪ Großes Vertrauen in die Regierung
	  ▪ Masken waren vorab schon akzeptiert (notwendige Rücksichtnahme gegenüber dem Nächsten)
		ZIG1
		[redacted]
		
		Präs
		
		FG34
		[redacted]

	▪ Verbeugungen statt Umarmungen bei Begrüßung ▪ Geographischer Vorteil der Insel (Reisebeschränkungen) ▪ Katastrophenschutzübungen ▪ Benutzung von „Cluster-based“ approach ▪ Hohe Compliance der Bevölkerung bei Empfehlungen /Maßnahmen (Scham der Weiterverbreitung) ▪ Japanische Zahlen sind belastbar ▪ Kommunikation der „three Cs“ (Folie 5) als politische Kommunikation – hat einen höheren Stellenwert für die Bevölkerung als beispielsweise eine Kampagne ▪ Eventuell kann man in Deutschland „GGG“ statt „3G“ formulieren, um die Assoziation zum Mobilfunk zu vermeiden. ▪ Ebenso wie „5G“ wird dies diskutiert, vor allem wegen der Analogie und der Assoziation zur schnellen Übertragung – sowohl Botschaften als auch virale Verbreitung o *Diskussion: Wie funktioniert „Cluster-based“ approach?* ▪ cluster-based testing approach	FG34 [redacted] ZIG [redacted] BZgA [redacted] Presse [redacted] BZgA [redacted] Präs ZIG [redacted]
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 577.593 (+17.214), davon 10.812 (1,9%) Todesfälle (+151), 7-Tages-Inzidenz 125,8/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,81; 7-Tage-R=0,92 o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In allen BL weiter ansteigender Trend ▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, NRW und Hessen. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Karte färbt sich immer röter (Folie 3) ▪ Nur noch 46 Landkreise mit 7-Tages-Inzidenz >25-50 Fälle/100.000 Einw. o Altersgruppenspezifische Inzidenzen für hospitalisierte Fälle ▪ Wochenvergleich MW 35-44 ▪ Fallzahlen / Woche deutlich angestiegen ▪ Mittelwert des Alters steigt an ▪ Geschlechterverteilung bleibt relativ ausgewogen ▪ Anzahl der Hospitalisierten steigt deutlich an (Daten noch nicht vollständig) o Übermittelte COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Deutlich mehr Fälle in KW 44 – ca. 400 Todesfälle o Fälle, die einem Ausbruch zugeordnet wurden, nach Infektionsumfeld (Setting) und Kalenderwoche (Zeitpunkt der Meldung des jeweiligen Falles) ▪ Daten für KW 44 noch nicht vollständig vorliegend (möglicherweise können Gesundheitsämter nicht mehr so gut ermitteln)	FG32 [redacted]

	▪ Ergebnisse aus Blutspende-Surveillance werden am Freitag besprochen ▪ Daten waren in den letzten drei Wochen relativ kongruent (Information von [redacted])	FG32 [redacted]
	o *Diskussion: Argument für Verzerrung?* ▪ Schlechte Erinnerung ▪ Fallkontrollstudie nicht genau	Präs FG32 [redacted]
	o *Was bringt Infektionssetting?* ▪ 1. Wahl Surveillance, dann mit Fallkontrollstudie bestätigen ▪ Auffallend mehr Privatpersonen als in 1. Welle ▪ Hoffen auf Aufstockung des Personals in GÄ	FG38 [redacted] FG37 [redacted] FG32 [redacted]
	o *Gibt es zur Attack Rate in Haushalten neue Daten?* ▪ Attack Rates können nicht berechnet werden ▪ Keine näheren Infos	Presse [redacted] FG36 [redacted]
	• Syndromische Surveillance (Folien hier) o Der Wert (gesamt) lag in der 44. KW 2020 bei knapp 1.700 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 1,4 Mio. Arztbesuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen. (Folie 4) o ARE-Konsultationen bis zur 44. KW 2020 nur AG ab 15 Jahre: deutlich und besorgniserregend über starker Welle von 2017/2018 o ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 43. KW max. Verweildauer 1 Woche: dargestellt mit allen Hospitalisierten mit COVID-19 Diagnose (Folie 7) o Daten zu hospitalisierten Fällen in Folien zeigen hohe Dynamik der Welle	FG36 [redacted] FG36 [redacted]
	• Testkapazität und Testungen (Folien hier) o Weiterer Anstieg (7,5% Anzahl der Testungen) o Positivenanteile pro Woche: fast 7,5% (Folie 1) o Positivenanteile nach Bundesland: Sachsen mit 12 % deutlich erhöht (Folie 2) o Anzahl der Testungen und Positivenanteile Rehabilitation: Anteil pos. Tests bei 2%, Ausbrüche nehmen zu (Folie 3) o Anzahl Testungen pro 100.00 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche: leichter Rückgang (Folie 4) o Zunahme des positiven Anteils in den verschiedenen Altersgruppen (Folie 5):0-4 Jährige sind davon ausgenommen (geringer Anstieg) o Testverzug (Folie 6): 0 Tage Testverzug (Tage zwischen Abnahme und Test – in hellem Blau dargestellt) o Inzwischen wird etwas länger auf Testergebnis gewartet (1-2 Tage)	FG37 [redacted]

	o *Diskussion: Frage nach seriellen Testen in Bezug auf regelmäßiges Test, Formulierung einer Ausnahme?* ▪ Abstimmung bezüglich eines Flussdiagramms, zurückhaltendes Vorgehen empfiehlt sich	FG38 [redacted] Abt.1 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen zu besprechen **Presse** • Positive Berichte von der Bundespressekonferenz vom 03.11.2020 2020 (Teilnahme von Herrn Schaade) • Keine weiteren Themen zu besprechen	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Erklärung zum sinkenden R-Wert: Gestern lautete der Text in der Allgemeinen Einordnung vorne: Vorschlag: " In den letzten Tagen hat der R-Wert abgenommen; er liegt heute ungefähr bei 1. Das bedeutet, dass im Durchschnitt jede Person, die mit SARS-CoV-2 infiziert ist, eine weitere Person ansteckt. Da die Zahl der infizierten Personen derzeit in Deutschland sehr hoch ist, bedeutet dies weiterhin eine hohe Zahl von täglichen Neuerkrankungen." **<u>Der Beschluss: Bleibt unverändert.</u>** ▪ rein fachliche Abhandlung ist nicht möglich ▪ konservative Verhalten wird bevorzugt (sonst entsteht falsche Botschaft zum falschen Zeitpunkt) ▪ zunächst Teillockdown erst einmal wirken lassen ▪ starke Regionalität (dauert länger bis es ganz Deutschland erfasst hat) ▪ Maßzahlen sind politisch	FG34 [redacted] Alle Abt.1 [redacted] FG36 [redacted] Presse [redacted]

	▪ Es muss überlegt werden welche Maßzahlen – das war der Arbeitsauftrag von Herrn Schaade ▪ Rechtzeitig Deeskalationskriterien überlegen *ToDo: in Deeskalationsrunde nochmals diskutieren*	Präs FG36 [redacted] FG 34 [redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
10	**Labordiagnostik** • Sensitivität des Sentinel o Seit MW 43 extrem niedriges Probenaufkommen – steht im Widerspruch zu Arztkonsultationen (Telefonberatung von Arztpraxen) o Soll stärker aufgeklärt werden, denn ein repräsentatives Sentinel ist sehr wichtig! o Hohe Zirkulation von Renoviren o SARS-COV-2 Nachweise am Freitag (30.10.) und am Montag (02.11.): 1 Sentinel und 1 Krankenhaus-Surveillance (Berlin Buch) o Überlegung den Service zu erhöhen, z.B. in Form von Kurierdiensten	FG17 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Frankreich hat angefragt, ob 40 Patienten in deutsche KH verlegt werden können. o Es gibt hierzu ein mit den Ländern abgestimmtes Verfahren (EWRS Verweis) • Konferenz mit den BL • Patienten treffen in Tranchen ein: in dieser Woche werden 4 Patienten nach NRW verlegt, nächste Woche werden 10 Patienten nach Schleswig-Holstein verlegt • Dynamik auf Intensivstationen ist hoch • Prognose: einige BL könnten an ihre Kapazitätsgrenzen gelangen	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Besteht die Möglichkeit mehr Informationen zu älteren Menschen zu erhalten, hierbei im Fokus der Vergleich zwischen zuhause lebende ältere Menschen / im KH oder Pflegeeinrichtung lebende ältere Menschen • Notwendigkeit ist deutlich, allerdings lässt sich diese Frage schwer interpretieren, denn es fehlt der Nenner (wie viele Menschen leben nicht in Altenheimen) – sehr zeitaufwendig	FG36 [redacted]
13	**Surveillance** • Papier zu FFP2 Masken • DGHM Internetseite: Infektionsprävention durch das Tragen von Masken - eine Gemeinsame Stellungnahme von DGHM und GfV vom 4. November 2020, (Dokument hier)	FG37 [redacted]

	• Fremdschutzmaßnahme von FFP2 Masken ist sehr unwahrscheinlich
	• Hinzu kommt: ohne begleitende Anwendung kein sicherer Schutz beim Laien!
	• BZgA verzeichnet deutlichen Anstieg von Anfragen auf FFP2 Masken (ob es sinnvoll ist diese generell zu ordern und im Unterricht zu tragen)
	• FAQ zu FFP2 Masken sind in Vorbereitung, damit können viele Fragen vorher „abgefangen“ werden
	• Empfehlungen der BAuA und des ad-Hoc AK „Covid-19“ des ABAS zum Einsatz von Schutzmasken im Zusammenhang mit SARS-CoV-2 (Dokument hier)
	• Allerdings können nicht alle Berufsgruppen angesprochen werden (Aufgabe des Arbeitsschutzes)
	• Stellungnahme des DGKJ zur Maskenpflicht bei Kindern (Dokument hier)
	  o *Diskussion: sind Aerosol Videos von FFP2 Masken verfügbar (im Besonderen mit Hinweisen zu falscher Handhabung)?*
	  ▪ New York Times Animation
	  ▪ „Quarks“ Video
	  ▪ „Sendung mit der Maus“
	
	  o *Diskussion: Kontakte zur Berufsgenossenschaft der Lehrer? Inwiefern gehören Lehrer zur Risikogruppe?*
	  ▪ Herr Haas wird die Frage dazu in Telefontermin mitnehmen und zeitnahe Rückmeldung geben
	  ▪ Infos von [redacted] bezüglich der Krankenrate bei Erziehenden werden zur Verfügung gestellt
	
	• Dashboard verzögert aktualisiert
	  o Das Dashboard ist ausgegraut bis aktuelle Daten zur Verfügung stehen, um Missverständnissen vorzubeugen
	  o Auf Display absolute Zahl
	  o Am 05.11.20 Diskussion mit ESRI
	• Falldefinition
	  o EpiLag: viele Antigentests sind nicht PCR betätigt
	  o Eventuell sind Änderungen notwendig
	• Datenbereitstellung Tessy (ECDC)
	  o Übergangslösung gefunden
	  o Bereitstellung von Testzahlen
	  o ECDC Telefonkonferenz – europäisch einheitliches Vorgehen
		BZgA [redacted]
		FG14 [redacted]
		
		FG36 [redacted]
		Präs
		BZgA [redacted]
		FG14 [redacted]
		Abt1 [redacted]
		FG36 [redacted]
		FG32 [redacted]

14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Bitte an Herrn Wieler im Gespräch mit BMG nach Personal und Sachmitteln zu insistieren	FG38 [redacted]

	• Rückmeldung dazu von Präs/VPräs erfolgt zeitnah • Sprechzettel in Vorbereitung (Tendenzen des BMG beachten, FF Herr Minister Spahn)	Präs
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Wegen ausgelasteter Server noch immer Probleme im LZ mit Outlook, auch Team Internationales zeitweise kaum arbeitsfähig, ZV4 ist informiert, Problem muss dringend gelöst werden	FG38 [redacted]
16	**Wichtige Termine** • Gesundheitsausschuss, Herr Schaade • WHO IHR Review Committee, Herr Wieler (dienstags) • IANPHI lessons learned, Herr Wieler • Vorträge vor Rehaforum, [redacted]	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 06.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*06.11.2020, 11:00Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zwischenergebnisse SeBluCo-Studie	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 FG34 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Vorstellung Review zu contact tracing	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	
8	**Dokumente** • Lagebericht neu: ab heute immer freitags Abschnitt zu Mobilitätsdaten	FG32/38
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33

	•	
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Start der DEA am 08.11.2020	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Entspannung bei Position Int. Kommunikation	FG38
16	**Wichtige Termine**	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 09.11.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*06.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Tanja Jung-Sendzik
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  o Über Ca. 48,2 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,6%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o unverändert, Reihenfolge verändert;
	  o Top3: USA, Indien, Frankreich;
	  o Auf Platz 10 liegt Deutschland;
	  o rückläufig sind nur Indien und Brasilien;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 83 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.
	  o Seit Mi Änderungen: Jersey, Peru;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Finnland letzter unter 50
	  o Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• Zusammenfassung und News
	  o China ab heute neue Einreisebestimmungen: Bei Einreise aus mehreren Ländern (u.a. Deutschland) muss negativer PCR- und Antikörper-Test vorliegen (dürfen nicht älter als 2 Tage sein);
	  o Viele in Europa haben die Maßnahmen in der letzten Woche verschärft;
	  o Dänemark: Alle Nerze (15-17 M) werden wegen SARS-CoV-2 Ausbrüchen mit Mutationen im Spike Protein notgeschlachtet. Bisher wurden die Nerz-Virusvarianten in 12 Personen in Jütland nachgewiesen; vorläufige Ergebnisse zeigen, dass diese Variante sich nicht im gleichen Maße durch Antikörper hemmen lässt; Als Maßnahme: lockdown in Nordjütland;
	  ▪ Zwischenbericht zur Einschätzung der Virusvariante in den dänischen Nerzen: Bisher kein belastbarer Hinweis, dass ein zukünftiger Impfstoff bei dieser Variante nicht wirken könnte; Der Kontakt mit den dänischen Kollegen wird aufgenommen, um wichtige Details zu besprechen;
	  ▪ Des Weiteren wird [redacted] über seine Netzwerke mit China Kontakt aufnehmen, um zu erfahren welche
		ZIG1
		[redacted]
		
		FG17 [redacted]
		
		FG36 [redacted]

Erfahrungen beim Eindämmen von Ausbrüchen in Nerzfarmen besteht;

National

FG38 [redacted]

- Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 619.089 (+21.506), davon 11.096 (1,8%) Todesfälle (+166), 7-Tages-Inzidenz 128,7/100.000 Einw.
  - 4-Tage-R=x; 7-Tage-R=x (leider für heute noch nicht vorhanden)
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - In allen BL weiter ansteigender Trend
    - Flacht leicht ab; nicht steiler geworden
    - Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, NRW und Hessen.
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz
    - Neue Kategorie mit Inz. Über 250 Fällen/100.000 Ew.

FG34 [redacted]

- Update zur Serologische Untersuchung von Blutspenden auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 (SeBluCo; Folien hier)
- Hintergrund: Über gutes bundesweites Netzwerk des RKI mit Blutspendeeinrichtungen konnten schnell serologische Daten zur Abschätzung der Durchseuchung mit SARS-CoV-2 erfolgen;
- Projekt:
  - Testung von ca. 170 anonymisierten Proben/Region alle 14 Tage ab KW 17
  - Testung auf Antikörper mit dem Anti-SARS-CoV2-IgG-ELISA der Firma Euroimmun (Target: S1)
  - Testung erfolgt im RKI (FG 22) für 13 Regionen
  - Testung erfolgt bei den Partnern für 15 Regionen
  - Positive Proben werden im Plaque-Reduktions-Neutralisationstest (PRNT) untersucht
  - PRNT wird entweder im Konsiliarlabor oder in der med. Virologe der Universität Frankfurt nach gleichem Protokoll durchgeführt
  - Weitere Antikörperuntersuchungen möglich (z.B. weitere EIAs, Luminex)
  - Daten zu den Proben: Geburtsjahr, Geschlecht, 3stellige PLZ
- 13 Blutspendeeinrichtungen, in 28 Regionen in Dtl.:
  - gute Abdeckung; außer Saarland alle BL vertreten
- Population:
  - knapp 50T Proben analysiert:
  - Peak in jüngeren Spendern um 25-jährigen und bei 52-jährigen;
- Kernergebnisse:
  - Ges.-Präv. (adjustiert) 1,35% (95%CI: 1,22-1,49%);
  - ohne Adjustierung liegt Präv. bei 1,8%;
  - Anteil der neutraliserten AK hat über die Zeit zugenommen;

	▪ Es wird daran gearbeitet wie alle effektiven AK ausgewiesen werden können; • Verteilung nach Alter u Geschlecht ▪ Männer sind sign. häufiger betroffen als Frauen (1,66% vs. 0,96%); • Verteilung nach Region: ▪ unten rechts Spitzenreiter: Bayern; niedrigsten Präv. in Görlitz Dresden (Cave: Daten nicht ganz aktuell); • Trend über Zeit: ▪ AK-Präv hat abgenommen; asymptomatische Gesunde werden getestet, denn jeder Spender kann erst 4 Wo. Nach einem Infekt spenden; • Diskussionspunkte: ▪ möglicher Bias durch Konvenienz-Sample; ▪ Erkrankungsschwere nicht erhoben und schwer betroffene sehr wahrscheinlich nicht unter Spendern; ▪ Unsicherheit bei der Testung, haben rechnerische dafür kontrolliert; ▪ wenig ältere Personen; • Weitere Planung: ▪ pos. Proben mit anderen Methoden nachtesten; ▪ Bev.-bezug durch PLZ möglich; ▪ Prüfen, ob Daten für Modellierungen geeignet sind; ▪ Antrag zur Fortsetzung der Studie bis April 2021 gestellt; ▪ In Dänemark vergleichbare Studie. Leider bisher nur auf Dänisch veröffentlicht, Kontakt zu Dänen ist hergestellt	
2	**Internationales (nur freitags)** • Präsentation zu rapid review on contact tracing policies; snapshot (Folien hier) • How it was done: ▪ still work in progress (=snap shot) ▪ searched databases with broad search terms ▪ inclusion criteria: - the impact/ effect of contact tracing on any epidemiological measure, - the implementation/ process of contact tracing, or - the acceptability of contact tracing. • Inclusion of 104 studies • Snapshot of the evidence – statistical studies: very few studies; full lockdown: includes e.g. Spain, Italy; mobile tracing: China, Korea; best paper was Kendall et al.; Quality of these papers is very low, so careful interpretation of the evidence; • Snapshot of the evidence - simulation studies: some elements of success of contact tracing interventions; Bi-directional contact tracing: in Japan and Singapore; • Hintergrund dieser Auswertung: Wieler hatte diesen Review angeregt als OECD-Daten vorgestellt wurden, um internationale Erfahrungen zu sammeln: Contact tracing ist relevant!	ZIG2 [redacted] ZIG [redacted]

	• Definition von contact tracing muss berücksichtigt werden • Herzlichen Dank für diese Auswertung;	FG37 Präs
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen zu besprechen **Presse** • Bitte um Disclaimer für R-Werte im Lagebericht	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Auf der Website veröffentlichten neuen Testkriterien erzeugen durch eine Formulierung viele Nachfragen; • Einigung auf eine Umformulierung, damit Aussage klarer wird; *ToDo:* [redacted] *macht Formulierungsvorschlag, schickt diesen herum*	Präs
8	**Dokumente** • Freitags werden Mobilitätsdaten über P4 geliefert;	FG34 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Keine Folien: Viel Work in progress • Impfsurveillance: Datenschutz über Bundesdruckerei überlegt, aber sehr kurzfristig alles; • Evaluation der Impfsicherheit in Diskussion mit dem PEI; • Kommunikation erfolgt über eine kleine Steuerungsgruppe unter Mitarbeit BMG, BZgA, FG33 [redacted]; • STIKO Sitzung vom 04.-05.11.20: Gemeinsame Publikation mit Leopoldina; STIKO Bereitet erste Impfempfehlung für Mitte Dez. vor. Bekommen parallel von Herstellern Daten der Studien; • Herzlichen Dank • Anmerkungen: Wenn es möglich ist, Unterstützung über externe Dienstleister einbinden (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture);	FG33 [redacted] Präs
10	**Labordiagnostik**	FG17

	• Sensitivität des Sentinel: o Letzten 4 Wo.: 174 Einsendung: 8 SARSCoV pos; 2 positive pro Wo.; o 83 Proben waren Rhinovirus positiv; o Sind zzt. unter der durchschnittlichen Einsendung im Vergleich zu den Vorjahren; o Motivieren Einsender Proben ans RKI zu geben; • Diskussion: Alarmierend, dass durch pos. Antigen-Tests oft keine Isolation durch die GÄ und Ärzte angeordnet wird. o Wurde auch bei AGI und EpiLag angesprochen. Hier war Konsens, dass Antigen-Tests Handlungen auslösen sollten; o Fazit: Wieler schreibt [redacted] dazu an • 23% der Einsendung pos.; KOMO- Briefeinsendung 650 Proben; 2% pos.; insgesamt 20 positive; Antigen-Tests: PEI schickt BMG heute Validierungsstudie mit • Weltweite Produktion der Point-of-Care-Tests, inkl. Antigen-Tests, werden sehr wahrscheinlich Produktionsengpässe haben	[redacted] FG37 [redacted] FG38 [redacted] ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Verlegung von 4 Pat. aus Frankreich nach NRW erfolgt nä. Wo; Anfrage für 30 weitere Pat. danach aufzunehmen schon eingegangen; o viele Angebote von Krankenhäusern diese aufzunehmen; o weitere Anfragen aus Polen, Tschechien, Griechenland; o Anfragen laufen über verschiedene Kanäle; o Bisher am effektivsten ist die TelKo mit allen zur Absprache; o Bedarf zur Klärung der Kostenübernahme; o Zustand der 4 Pat. ist stabil trotz der ITS-pflicht;	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG36
13	**Surveillance** • BMG stimmt weiteren Containment-Scouts Einstellung zu;	FG37 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Digitale Einreisemeldung startet offiziell am 08.11.; o L1 FF mit den Verträgen; o Clearing Stelle FG31 Hr. Claus; o Es sind noch nicht alle GÄ angebunden; o Software über Dienstleistern ausführen lassen (z.B. Bundesdruckerei oder Accenture); o Versucht über Amtshilfe durch Bundesdruckerei Unterstützung zu finden • ICC AOKpass; o Diese Kollaboration stellt in einer App einen QR-Code-Pass aus, wenn man vor dem Flug von einem akkreditierten	FG38 [redacted] Präs FG38 [redacted]

	Labor/Klinik einen negativen Test innerhalb von wenigen Tagen fliegen will. o Teilnehmende Fluggesellschaften aktivieren das Flug-Ticket nur, wenn man den QR-Code /pass hat. o Zur Information: https://www.aokpass.com/en/media/ o Aber auch allg. Website: https://www.aokpass.com/	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Int. Komm. ist weniger Belastet, mehr Personal entlastet;	FG38 [redacted]
16	**Wichtige Termine** • ÖGD-Digitalisierung Tag: Von ÖGD, für ÖGD: RKI dabei • Mo. Treffen u.a. mit [redacted] auch zur KoNa	Präs
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 09.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*09.11.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 AL3/FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Evaluation Schwankung R-Wert	Alle [redacted] [redacted]
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Neues aus dem BMG** •	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle
8	**Dokumente** • Online seit Sonntag: Digitale Einreiseanmeldung (DEA), Regelungen für Einreisende nach Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 https://www.einreiseanmeldung.de/	Alle

	•	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine**	Alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 11.11.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*09.11.2020, 13-14:45 Uhr*
Sitzungsort:	Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • **Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)** o Über ca. 49,9 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,5%) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Top3: USA, Frankreich, Indien o Auf Platz 9 liegt Deutschland o Rückläufiger Trend in Tschechien (Platz 10) • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner o 85 Länder auf der Liste mit über 50/100.000 Ew. o Seit Freitag neu Botswana und Malediven • 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH o Finnland letzter unter 50 o Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.; • Afrika: 2% der Fälle und 3,6% der Todesfälle; Top 5: Marokko, Südafrika, Tunesien, Kenia und Libyen • Amerika: 28% der neuen Fälle und 30,2% der Todesfälle; Negative Trends in vielen Ländern in Südamerika, vor allem in Brasilien (-64,9%); Anstiege in Kanada und USA • Asien: 16,3% der neuen Fälle und 19,5% der Todesfälle • China hat aus Deutschland (Bremen) importierte Schweinshaxe als Auslöser für einen neuen SARs-CoV-2-Fall in Tianjin ausgemacht; Virus-Spuren wurden an der Verpackung entdeckt; das Schweinefleisch wurde auch in eine weitere Stadt gesendet (Dezhou); Ein Mitarbeiter in einem Kühlhaus wurde positiv getestet. 8 enge Kontakte zum Fall wurden unter Quarantäne gestellt (Information aus den Medien). • Diskussion: BfR sollte involviert werden um dies zu prüfen • **SarsCoV-2 in Nerzen (Dänemark):** o WHO hat dazu ein Rapid Risk Assenssment (vertraulich) erstellt; es gibt eine Risikobewertung des Staten Serum Instituts; ECDC wird am 12.11. ein Rapid Risk Assessment dazu veröffentlichen o Seit Juni wurden 214 Fälle mit Nerze-assoziierten Varianten, 12 davon mit einer „unique“ Variante, identifiziert; Alle 12 Fälle mit der „unique“ Variante wurden in Nordjütland in September identifiziert	INIG [redacted]

	o Altersverteilung 7 – 97 Jahre; 8 Fälle hatten eine Verbindung mit den Betrieben und 4 waren lokale Fälle o klinischer Verlauf, Schweregrad sowie die Übertragung ähnlich ist wie bei anderen schon zirkulierenden Viren o Vorläufige Ergebnisse zeigen, dass die Variante eine „moderately decreased sensitivity to neutralizing antibodies" hat o Bisher haben 6 Länder Nerze-assoziierte-Fälle gemeldet: Dänemark, Italien, die Niederlande, Spanien und Schweden o Maßnahmen in Dänemark: Alle Nerze im Land notgeschlachtet, Mass testing (PCR) in Nordjütland, erhöhte Sequenzierung des Virus sowie Teilung der Ergebnisse, Lockdown in Nordjütland o Dänemark, Risikobewertung (03.11.): hohes Risiko, wenn die Nerzproduktion wie bisher fortgeführt wird o Diskussion: BMG/RKI bemüht sich um Seren um diese testen zu können; KL sollte involviert werden; PEI hat ein Statement dazu veröffentlicht das dies aus regulatorischer Sicht beim Impfstoff kein Problem ist, da nachadjustiert werden kann; Sequenzen der neuen Variante wurden schon veröffentlicht, BfR sollte in das geschehen involviert • **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier): o SurvNet übermittelt: 671.868 (+13.363), davon 11.352 (1,7%) Todesfälle (+63), 7-Tages-Inzidenz 139/100.000 Einw. o 4-Tage-R=1,09 (0,9-1,28); 7-Tage-R=0,98 (0,87-1,07) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg flacht leicht ab; nicht steiler geworden ▪ Rückgang in Bremen und Saarland, deutlicher Anstieg in Sachsen ▪ Höchste Inzidenzen weiterhin in Bremen, Berlin, Bayern und NRW o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 15 LK mit >250 Fällen/100.000 Ew. ▪ nur noch 7 LK unter 25<100.000 Ew. • Diskussion: Sprachregelung zum Umgang mit zurückgehenden Zahlen vorhanden? Liegt das an den geänderten Testkriterien? • Sprachregelung sollte vorbereitet werden, jedoch zusammen mit dem in Kraft treten des neuen Gesetzesentwurfes.	FG32 [redacted]

	• Ist der Rückgang der Fallzahlen auf veränderte Testzahlen zurückzuführen? Werden mehr symptomatische als asymptomatische Fälle gemeldet? Dies soll diesen Mittwoch mithilfe der Testzahlen und der ausführlichen Analyse der Symptomangabe in den Meldedaten geprüft werden. • Gibt es weitere Testkapazitäten z.B. durch Veterinärmediziner? Es werden schon Tests für die Industrie durchgeführt und einige Zusammenarbeiten in den Ländern wurden etabliert, dies wird durch Testkoordinatoren der Länder koordiniert; Die Testkapazität ist aber auch da am Rande der Überlastung, was an fehlendem Testmaterial liegt. Das Thema steht auf der Agenda der AG Testkapazität. *TODO Testzahlen vorab für die Krisenstabsitzung am Mittwoch vorbereiten (FF [redacted]) [ID 2175]* *TODO [redacted] bereitet Analyse zu Symptomen für Mittwoch vor. [ID 2176]* • **Corona-KiTa-Studie** • Grippe Web: jüngste Altersgruppe bleibt in KW 43/44 konstant; in allen anderen AG jahresübliches Niveau; geschätzt ca. 500.000 ARE in jüngster AG • Meldung in KW 45 noch vorläufig (Meldeverzug): weiterer Anstieg bei 15-20-Jährigen • Ausbrüche in KiTa's: 30 neue Ausbrüche in KW 44/45 im Median 3 Fälle je Ausbruch; • Ausbrüche in Schulen: 37 Ausbrüche in KW 44/45 (Ausbruchsermittlung verzögert); Weiterhin sollten konsequent Maßnahmen in Schulen umgesetzt werden um Ausbrüche zu verhindern z.B. die Verkleinerung der Klassen wird noch zu selten umgesetzt, dies führt womöglich dazu das KiTa's und Schulen nicht mehr lange offengehalten werden können. • Diskussion: Anzahl der Ausbrüche nimmt nicht zu, allerdings die Fallzahlen in den Ausbrüchen. Infektion erfolgt nicht außerhalb des Settings, sondern im Setting mit einer hohen Dichte und vielen Kontakten. Möglicherweise werden nicht mehr alle Ausbrüche aufgrund des Fallzahlanstiegs in den GÄ dokumentiert.	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • CWA: es fanden Vorstellungsgespräche für eine CWA Koordinationsstelle in der letzten Woche statt	FG 21 [redacted]

	o Viele Labore und GA konnten in die CWA eingebunden werden. o Es wurde eine Zunahme der täglichen Nutzung der CWA festgestellt. o Die Evaluation der CWA wurde vorangebracht o SAP erstellt ein Dashbord, dass auch vom RKI für die Evaluation genutzt werden soll • Datenspende App: Ergebnisse aus App wurden in den Lagebericht integriert und werden nun jeden Donnerstag veröffentlicht. o Es fand ein Treffen mit interessierten zur weiteren Nutzung der Datenspende App statt, die u.a. für zukünftige Projekte der Abt.2 genutzt werden könnte o Diskussion: Gibt es Erfahrungen zum Umgang mit den Warnmeldungen aus der CWA? Ist geplant pos. Antigentests aufzunehmen? o Dies soll in der nächsten AG Diagnostik zusammen mit S. Beermann besprochen werden. Dort soll u.a. auch die Evaluation der CWA besprochen werden. Aktuell kann man jedoch nicht sagen, wie viele Warnungen zu einem Test geführt haben • Aktuelle Testkriterien gehen von symptomatischen Fällen aus. Asymptomatische Fälle (inkl. Meldungen der CWA) sind nicht enthalten. Wie Fälle mit einer CWA Warnung umgehen sollen wurde seit Mai nicht mehr den Empfehlungen angepasst, daher sollte das Flußschema geprüft werden und ggf. angepasst werden *TODO: Flußschema der CWA prüfen und ggf. an neue Testkriterien anpassen/aktualisieren [ID 2177]*	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Besteht Änderungsbedarf an der aktuellen Risikobewertung? • Vorschlag: man sollte prüfen welche Entwicklung zu einer Überlastung führt: Ausmaß der Übertagung in der Bevölkerung? Entwicklung der Medizinsysteme? Entwicklung in den Intensivstationen? Anschließend sollte die Risikobewertung adaptiert werden. Dies könnte mithilfe eines neuen Prognose Tools betrachtet werden. MF4 soll diese Aufgabe übernehmen. Bis dieses Tool vorhanden ist, soll dies Aufgabe weiterhin von FG37 (FF [redacted]) übernommen werden; L. Schaade hält mit [redacted] zu dem Thema Rücksprache und meldet sich anschließend bei [redacted]s. • Die Textpassagen zu den Intensivpatienten sollten in der nächsten Krisenstabsitzung geprüft werden. Handelt es sich bei den DIVI Angaben tatsächlich um betreibbare	Alle

	Betten (inkl. Personal)? Laut DIVI ja, allerdings kann sich die Auffassung je Krankenhaus unterschieden. Eine gewisse Unschärfe ist daher bei den Angaben nicht auszuschließen. Es wird bei DIVI aktuell eine einheitliche Definition entwickelt. *TODO: Vorstellung des Prognose Tools im Krisenstab und Klärung welche Daten dafür genutzt werden sollen; Sicherstellung eines möglichen Datentransfers von FG37 zu MF4 (FF FG37 / MF4) [ID 2178]* *TODO: Prüfung der Textpassagen zu Intensivpatienten (FF Krisenstab) [ID 2179]* • **Evaluation Schwankung R-Wert (Vortrag hier)** • Grafische Darstellung des Vergleichs von für einen Tag berichteten R-Werten (siehe Lagebericht) mit den im Zeitverlauf korrigierten R-Werten für diesen Tag. • Die täglichen 7 Tages-R-Werte werden tendenziell etwas zu niedrig geschätzt was aktuell zu einer systematischen Unterschätzung führen kann, allerdings gleicht sich das zum Wochenende etwas aus (Wocheneffekt). Diese Unterschätzung könnte u.a. am Meldeverzug zwischen Erkrankungsbeginn und Übermittlung an das RKI liegen. • Diskussion: Wie soll das bewertet und kommuniziert werden? o Dieser Verzug sollte in die Modellierungen eingearbeitet und dafür korrigiert werden. Dies sollte auch in die Limitationen der Modellierungen aufgenommen werden. [redacted] schlägt einen entsprechenden Text u.a. für den Lagebericht bis morgen Mittag vor. *TODO: Textvorschlag für Lagebericht zu Erweiterung der Limitationen für die Modellierung des R-Wertes (FF [redacted]). [ID 2182]*	FG34 [redacted]

5	**Kommunikation**
	• BZgA: Dank an RKI für die schnelle Beantwortung der Fragen zu FFP2 Masken
	  o Aktuell Beschwerden der Bevölkerung wegen mangelndem Influenza-Impfstoff;
	  o Es besteht Unsicherheit darüber was man als KP1 bzw. KP2 zu tun hat. Telefonhotlines des ÖGD bzw. Ärztehotline sind gerade überlastet. Ein Entwurf einer Orientierungshilfe wurde im Krisenstab geprüft. Diese Orientierungshilfe sollte
		BZgA
		[redacted]

	noch grafisch aufbereitet werden. Dazu stand P1 in Kontakt mit FG36, FF Fr. Antao *TODO: Lagezentrum soll prüfen wie der aktuelle Stand der grafischen Aufbereitung ist* • Pressestelle: Hr. Wieler veranstaltet am Donnerstag ein Pressebriefing. Heute fand eine Bundespressekonferenz zusammen mit [redacted] und der Leopoldina statt. • FG14 erhält aktuell viele Anfragen zu Nebenwirkungen von Masken. Sind dem Krisenstab Studien bei der Allgemeinbevölkerung zu dem Thema bekannt? Falls bekannt, bitte die Literatur dazu an FG14 weiterleiten.	Pressestelle [redacted] FG 14 [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • nicht anwesend	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • nicht besprochen **b) RKI-intern** • nicht besprochen	Alle
8	**Dokumente** • Online seit Sonntag: Digitale Einreiseanmeldung (DEA), Regelungen für Einreisende nach Deutschland im Zusammenhang mit COVID-19 (siehe auch https://www.einreiseanmeldung.de/) • Am RKI wurde eine Clearing Stelle dafür eingerichtet, für die [redacted] zuständig ist. Sie arbeitet sich in das Thema ein, es ist allerdings unklar wie viele Anfragen eintreffen werden. FG 31 ist dafür zuständig Zertifikate zu erstellen. Das Thema ist ein Großprojekt das leicht zur technischen, personellen und fachlichen Überforderung des RKI führen könnte. Die Clearingstelle soll inhaltlich prüfen, welches Gesundheitsamt für die Einreisenden zuständig ist. Ein Outsourcing der Clearingstelle wird angestrebt.	FG32 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik**	FG14

	• innerhalb von 2 Wochen erfolgten 110 Einsendungen, 49 wurden positiv auf Rhinoviren und 7 auf SARS-CoV-2 getestet. Aktuell ist wie im Sentinel ein Anstieg zu beobachten. • In der KW 45 wurden bei ZBS 1.840 Proben von GA untersucht, davon 403 positiv. Zusätzlich wurden ca. 1.400 Como Proben mit vereinzelten positiven untersucht. Die Untersuchung ist noch nicht ganz abgeschlossen, da viele Proben erst am Wochenende eingetroffen sind.	[redacted] ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Letztes Wochenende wurde 1 Patient aus Frankreich nach Deutschland verlegt, heute folgen weitere 2 Patienten (alle stabil). Weitere 30 geplante Verlegungen nach Deutschland werden nun innerhalb Frankreichs verlegt.	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung hat ein Papier zu Besuchern von Pflegeheimen erarbeitet. Diesen Mittwoch findet dazu ein Austausch mit dem RKI statt. • Die Ärztekammer Berlin hat eine Stellungnahme zur Teststrategie geschrieben in der u.a. zu seriellen Testungen von Mitarbeitern mittels Antigentests in Pflegeheimen Stellung gezogen wird. Bei dem Papier zu Besuchern in Pflegeheimen sollte darauf geachtet werden dass auch andere Maßnahmen außer Antigentests betrachtet werden. Wichtig ist hier vor allem auch der Schutz Dritter.	Alle FG37 Abt.1 [redacted]
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**: siehe aktuelle Lage	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • ZIG: [redacted] erinnert an den geplanten Austausch mit der französischen Regierung. In dem Rahmen sollen Interviews mit Mitarbeitern des RKI geführt werden. Entsprechende Einladungen erfolgten für den 12.11. von 16:00-17:30 Uhr an verschiedene Personen. Viele haben abgesagt, daher die Bitte an den Krisenstab an den Interviews teilzunehmen. Die entsprechende Einladung wird nochmal an den Krisenstab verschickt. [redacted] kann eventuell daran teilnehmen.	Alle

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*11.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 AL3/FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Risikobewertung aktualisieren, insbesondere hinsichtlich der Implikationen der aktuellen Lage für die Belastung des Gesundheitswesens. •	FG36 [redacted]
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** • Besucherkonzept, Projekt des Pflegebevollmächtigten	Alle FG37/FG14
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	• Forschungsschwerpunkt Sequenzierung/BI-Pipeline/ Vorstellung neues Online Tool	MF [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Prognosetool ITS-Betten SPOCK (online)	IBBS MF4 [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance (nur montags)** •	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 13.11.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*11.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- P4

- o [redacted]
- Bundeswehr
  - o [redacted]
- MF1
  - o [redacted]
- MF3
  - o [redacted] (Protokoll)
- MF4
  - o [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  o Über 50 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,48 %)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Statt Tschechien (Montag) Brasilien auf Platz 10;
	  o Top3: USA, Frankreich, Indien;
	  o Deutschland weiterhin auf Platz 9;
	  o Rückläufig sind nur Spanien und Brasilien;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 83 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Finnland und Island als letzte Länder < 50 Fälle/100.000 Ew.;
	  o Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• Zusammenfassung und News
	  o Afrika: 2,3 % der neuen Fälle und 3,9 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tage
	  ▪ Zahl der neuen Fälle nimmt weiterhin langsam zu
	  ▪ Zahl der neuen Todesfälle um 30% höher als in Vorwoche (hauptsächlich auf Anstieg in Südafrika, Kenia und Uganda zurückzuführen)
	  o Amerika: 30,4 % der neuen Fälle und 30,5 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen
	  ▪ Größte Anstiege seit Vorwoche in Haiti, Saint Lucia, Belize, Kanada und USA
	  o Asien: 16,1% der neuen Fälle und 18,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen
	  ▪ China hat aus Deutschland (Bremen) importiertes Schweinefleisch aus Auslöser für neuen SARS-CoV-2-Fall in Tianjin ausgemacht
	  ▪ Laut BfR PM keine Infektionen mit SARS-CoV-2 über den Verzehr von Fleischwaren oder Kontakt mit kontaminierten Fleischprodukten oder Oberflächen bekannt
	  ▪ Coronaviren können sich nicht in oder auf Lebensmitteln vermehren. Grundsätzlich können sie von einer infizierten Person auf Wurst und Fleisch übertragen werden.
		ZIG1 [redacted]

	o Europa: weiterhin starke Zunahme neuer Fälle. 51,1% der neuen Fälle und 46,7 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen ▪ ECDC Round-Table-Report (RTR): Belgien und Frankreich berichten über deutlichen Anstieg der Häufigkeit von Ausbrüchen und Todesfällen unter Bewohnern von Langzeitpflegeeinrichtungen in den letzten 1-3 Wochen. o Ozeanien: 0,09 % der neuen Fälle und 0,04 % der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen o Impfung: „What Pfizer's landmark COVID vaccine results mean for the pandemic" (Nature). Es fehlen Details über die Art der Infektionen, gegen die der Impfstoff schützen kann, wie lange die Wirksamkeit des Impfstoffs anhält oder wie gut der Impfstoff in verschiedenen Gruppen von Studienteilnehmern wirkt. o https://www.nature.com/articles/d41586-020-03166-8 o https://www.deutschlandfunk.de/newsblog-zum-coronavirus-13-363-neuinfektionen-in.2852.de.html?dram:article_id=472514 o Anm.: die Daten hätten peer-reviewed publiziert werden und nicht press-released werden sollen. **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 705.687 (+18.487), davon 11.767 (1,7 %) Todesfälle (+261), 7-Tages-Inzidenz 138,1/100.000 Ew. o R-Wert deutlich unter 1 o ITS nimmt weiter deutlich zu o 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,92 (10.11.2020) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In meisten BL derzeit auf Plateau *To Do: Ggf. morgen im Lagebericht auf mögliches Plateau eingehen* o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Norden und Osten weniger stark betroffen ▪ Einige (teils kleine) LK mit sehr hoher 7-Tage-Inz. ▪ V.a. Großstädte stark betroffen ▪ Diffuse Ereignisse ▪ Neue Kategorie mit Inz. über 250 Fällen/100.000 Ew. (16 LK) o Anteil asymptomatischer Personen (lila) seit KW 33 mit 35 % deutlich abgesunken auf 15 % in KW 44/45 → Positiv-Getestete heute größtenteils auch symptomatisch o Anteil hospitalisierter Personen (blau) z.Zt. ca. 5 % der Fälle, Untererfassung in Meldedaten möglich o Anteil Verstorbener (grün): 6-7 % in KW 15 (Höhepunkt), Anteil Verstorbener weiterhin recht gering o Verlauf der Anzahl Hospitalisierter nach Meldewoche und Altersgruppe (AG) (September bis November 2020): Großteil der Hospitalisierten älter als 60 Jahre, jedoch zunehmend Personen unter 60 Jahren hospitalisiert	FG32 [redacted]

	o Anzahl Todesfälle nach Sterbewoche und AG (September-November 2020): größtenteils weiterhin vornehmlich > 80 Jährige, jedoch auch Fälle < 60 Jahre o Diskussion: Abbildung „Asymptomatisch“ scheint kontra-intuitiv, Darstellung wurde gewählt aufgrund der Screenings und der Vielzahl an Anfragen zu Asymptomatischen *To Do: Ggf. auch Anteil Symptomatischer darstellen* o Gestrige BMG-Konferenz: Interesse an Maßzahlen für Schwere, Ausbruchsituationen in Kitas und Schulen geäußert, aber: Ausbruchsgeschehen werden somit nur in geringem Umfang dargestellt, andere Infektionssettings werden möglicherweise untererfasst, Aussagekraft und Interpretationsmöglichkeit fraglich; BMG wünscht jedoch Daten dazu; o Referenzdaten zum Vorjahr bspw. bezüglich Übersterblichkeit erwünscht, Daten jedoch ca. 4-wöchiger Verzug o Cave: Selektions-Bias (Kapazitätsgrenze: vornehmlich Symptomatische getestet) *To Do: Bitte um Vorbereitung o.g. Daten*	FG 36 [redacted] BZgA [redacted]
	• **Syndromische Surveillance** (Folien hier) o GrippeWeb: ARE-Raten bis 45. KW weiter gesunken o AGI Konsultationsinzidenz: deutlicher Anstieg in letzten Wochen, Inzidenz jetzt wieder gesunken, insgesamt recht hohes Niveau im Vergleich zu Vorsaisons o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 44. KW: 35- bis 59-Jährige (hellblau bzw. rot Folie 7): weiter angestiegen, noch nicht auf Nivea der Grippewelle, bei > 60-Jährigen (dunkelblau bzw. rot Folie 8) Anstieg derzeit steiler, Niveau in etwa wie zu Beginn der Grippewelle o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 44. KW (Folie 9): derzeit ca. 50 % COVID-19-positiv o ICOSARI-KH-Surveillance – Anteil COVID-SARI-Fälle nach AG (Folie 10): teils vergleichbar zur Situation im Frühjahr, in allen AG ab 15 Jahren sehr hoch o ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle bis zur 44. KW (Folie 11): Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel: v.a. in AG 60 bis 79 Jahre steiler Anstieg und deutlich höhere Zahl im Gegensatz zum Frühjahr	FG 36 [redacted]
	• **Testkapazität und Testungen** (Folien hier) o Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – Positivenanteil bundesweit über 7,5 %, Kurvenanstieg flacht jedoch derzeit ab o Testverzug nach BuLa: Tage des Zeitverzuges zwischen Pobennahme und Labortest: vielfach 0 Tage Verzug, Bayern sehr stabil, SH wenig belastet, jedoch tendenziell leichte Zunahme, ggf. Anzeichen für Probenrückstau	FG 37 [redacted]

	o Positivenanteil nach BuLa und KW: hier gesamter Zeitraum inkl. erster Welle dargestellt, derzeit in allen BuLä nahezu ähnlich hoch wie in erster Welle, teilweise ggr. höher o Positivenanteil nach AG und KW: 0 bis 4-Jährige wenig Positivenanteil, aber > 80-Jährige jetzt wieder stark zunehmende Anteile wie zu Beginn der Pandemie o Positivenanteil nach Einsender und KW: Arztpraxen höchste Anteile, Krankenhaus vergleichsweise niedrig (Testung bei Aufnahme mutmaßlich rel. niedriger Positivenanteil im Vergleich zu Arztpraxen mit hohem Anteil Symptomatischer), „Andere“: div. Testzentren o In Vorbereitung: Die dem Wochenbericht zugrundliegenden Daten werden als Excel Datei in einem bearbeiteten Format zum download auf der Webseite zur Verfügung gestellt o Diskussion: • Rückgang Positivrate wäre sehr aussagekräftig hinsichtlich möglichen Erfolges des Teillockdowns, sollte – ggf. auch pressetechnisch - berücksichtigt werden • Krankenhauseinweisung: typischerweise AG > 50 Jahre, spiegelt große Teile der Allgemeinbevölkerung wieder, aber bei ARE nicht differenziert, ob Test bei Aufnahme oder während Aufenthalt • AG > 80 Jahre: (prozentuale) Differenzierung zwischen Heimbewohner*innen und zu Hause lebenden Personen wünschenswert, Daten vorhanden, aber Bezug zu Meldedaten schwierig (Nachtrag von [redacted]: rund 2 Mio Pflegebedürftige ab 65 Jahren werden zuhause versorgt, rund 760.000 vollstationär in Pflegeheimen) *To Do: Bitte an [redacted] um mögliche differenzierte Analyse- oder Darstellungsmöglichkeit hinsichtlich letzter beider Punkte* *To do: Bitte an Abt. 3 um Klärung des weiteren Umgangs mit den veränderten Variablen (Testkriterien, geringerer Anteil getesteter Asymptomatischer, neuer AG-NW versus PCR etc.): welche Parameter weiterhin relevant und aussagekräftig, Effekte abzubilden (Positivrate, Todesfälle, Hospitalisierung etc.)*	Leitung (Schaade) **Kommentiert [SD1]:** Aufgabe ID 2202
	• **Erfassung der SARS-CoV-2 Testzahlen und -Kapazitäten** (Folien hier) o Datenquellen: deutschlandweit, freiwillige Angabe der Labore → KEINE Vollerfassung o keine detaillierten / regionalen Auswertungen oder Vergleiche mit gemeldeten Fallzahlen möglich o Einzellaborebene: webbasierte Plattform (VOXCO, RKI-Testlaborabfrage) o Abfrage eines labormedizinischen Berufsverbands o Aggregiert pro KW: Netzwerk für respiratorische Viren (RespVir), am RKI etablierte, laborbasierte SARS-CoV-2-Surveillance o Bis KW 20, 2020: händische, ab KW20, 2020: App-basierte Zusammenführung der Daten	Abt. 3 [redacted]

	o Konsentierte IDs für die Labore labormed. Berufsverband / Voxco o Bisher 253 Labore registriert (Daten von ca. 190-203 Laboren/KW übermittelt) o Herausforderung: händische Vergleichsarbeit (Laboradressen, domains der E-Mail-Adressen, etc.), Fehleintragungen von Laboren→ regelm. Data Cleaning, Labore kontaktieren, Korrekturen o Erhobene Daten RKI-Testlaborabfrage (Voxco): ▪ Anzahl durchgeführte PCR-Tests, Tests positiv/negativ, getesteter Patienten, Anzahl Patienten positiv/negativ ▪ Maximal mögliche (NOTFALL)-Testkapazität/Tag ▪ Anzahl regelh. Wochenarbeitstage im jew. Labor ▪ Reichweite in Tagen (=Reagenz vorhanden) ▪ Anzahl durchgeführter serologischer (und NEU AG-)Testungen/positive/welcher Test wird genutzt, PCR-Bestätigung bei AG-Test ja/nein? ▪ letzte Woche absolut am Limit; KW 25 war Tönnies-Ausbruch (siehe Folie 6) ▪ Lieferengpässe/Besonderheiten ▪ Probenrückstaus o Probenrückstau gutes Maß für Überlastung in Laboren o Positivenquote auf Laborebene: in Sommerwochen in vielen Laboren unterhalb 1,5 %, viele Labore sogar 0 % o Berichterstattung: Daten als Exceldatei im download	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Anpassung FAQs: Visualisierungen zu Kontaktpersonen etc. angekommen, werden geprüft • Zwei Artikel (Cleveland, Frankreich) Psychisch Erkrankte in Pandemie besonders gefährdet zu erkranken (6- bis 7-fach erhöhtes Risiko), diese Risikogruppen sollten weiter berücksichtigt werden **Presse** • Vorbereitung Pressebriefing, viele Dokumente zu DEA auf RKI Seite zu stellen	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG**	

	• Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Risikobewertung aktualisieren, insbesondere hinsichtlich der Implikationen der aktuellen Lage für die Belastung des Gesundheitswesens. **Aktualisierung Risikobewertung** (Dokument hier) o Allgemeinere Formulierungen verwendet, damit zeitunabhängig korrekt: „stark angestiegen“ anstelle von „mehr als verdoppelt“ (S. 1) o „kann sehr schnell weiter zunehmen“ (S. 2, Verschärfung) o Weitere Änderungen redaktioneller Natur o Änderungsvorschläge angenommen *To do: Bitte um Finalisierung und Weiterleitung an Webmaster* **b) RKI-intern** • Nicht besprochen *ToDo: Themenpunkt Strategiefragen für Freitag* [redacted]	FG 36 [redacted]
8	**Dokumente** • Besucherkonzept, Projekt des Pflegebeauftragten • Broschüre zum Konzept in Altersheimen –Sammlung von „best practice“-Beispielen, RKI gibt Experten-Input *To Do: Zusammenarbeit von FG 14 und 37 zur Fertigstellung der Broschüre zu Anfang Dezember* *To Do: Bitte um Klärung bisheriger Kommunikationsverläufe dazu zwischen AG Testen bzw. BMG und ggf. RKI*	FG 37 [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik** • Diese Woche bislang 55 Proben, Verdopplung der Probenzahl im Vergleich zu letzter Woche • Rhinoviren: ca. 40 bis 50 % der Proben positiv • Teillockdown vermutlich wenig Einfluss, da Schulen und Kitas weiterhin geöffnet • Bei jedem Durchgang SARS-CoV-2 in bis zu 3 % der Fälle nachweisbar • Vorige Woche ein PIV3-Nachweis • Bislang keine Influenza-Nachweise • Wirkung des Teillockdowns abzuwarten *To Do: Bitte an das Labor um Einschätzung der Publikation in Science zu protektiven AK bei Kindern und Jugendlichen vor der Pandemie im Zusammenhang mit Nicht-Covid-Coronaviren und Vorstellung der findings*	FG17 [redacted] FG 36 [redacted]

Kommentiert [SD2]: Aufgabe ID 2143 wieder geöffnet

Kommentiert [SD3]:

Kommentiert [SD4]: Aufgabe ID 2201

	Forschungsschwerpunkt Sequenzierung/BI-Pipeline/ Vorstellung neues Online Tool Tool1 – CovPipe: SARS-COV-2 Genome Reconstruction Pipeline • Ressourcen-schonend, reproduzierbar, transferierbar, automatisiert und zeiteffizient (48 Proben – ca. 5.5 min) • Human read exclusion • Automated negative control handling: automatisches Warn-system wenn neg ctrl virale reads abdecken • Species filter statistics, Insert size estimation, Coverage distribution – html-basierter report • Pipeline läuft bereits, Coronavirus-Proben können gern über MF1 analysiert werden Tool2 – SARS-CoV-2 Spike Protein Analysis • Kollaboration: HPI (Hasso Plattner Institut) - [redacted], de.NBI (Serverkapizität) • Im Frühjahr mit Entwicklung begonnen, Release diese Woche • Analyse verfügbarer Spike Protein Daten hinsichtlich Variabilität • Öffentlicher Webservice (unterstützt vom de.NBI) • Daten zukünftig über CovRadar Domain abrufbar • Nutzung öffentlich verfügbarer Daten (bspw. embl) sowie GisAID-Daten (intern zugänglich, passwortgeschützt) • Derzeit 19.000 Spike Protein Sequenzen, aligniert → ca. 16.500 Duplikate • Nach Land oder Zeitpunkt filterbar • Farbliche Kennzeichnung zeigt Variabilität • Insertionen in multiplen alignment sichtbar, Anzahl der einzelnen, von der Mehrheit der Virussequenzen abweichenden bzw. variablen Virussequenzen darstellbar • Zeigt Gesamtvariabilität oder alle Variationen im Vergleich zum „first case“ • Workflow: Berechnung 1x die Woche, Suchfunktion als nächstes geplant	MF1 (Fuchs)

11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	DIVI Intensivregister
	• Darstellung kumulativer Anzahl an COVID-19-Fällen nach Meldezeitpunkt inkl. Neuzugänge und Abgänge:
	  o Absolute Anzahl der Fälle zum 10.11.20202 mit ca. 3.000 deutlich über Stand April mit ca. 2.800
	  o Anzahl Neuaufnahmen tägl. ca. 400, rel. stabil in letzten zwei Wochen, ggf. Abflachung ersichtlich
	• Darstellung IV-Kapazitäten: in letzten 4 Wochen deutliche Abnahme der freien IV-Beatmungskapazitäten (cave: nicht alle freien Betten stehen COVID-19-Patienten zur Verfügung, soll zukünftig differentiell erfasst werden)
		MF4
		[redacted]

	• Darstellung Verfügbarkeit High-Care: Einschätzung der Verfügbarkeit seitens Intensivmediziner als „Ampel“, in letzten 4 Wochen deutliche Abnahme der Verfügbarkeit (Diagnose-unabhängig, Referenz: ca. 1300 Krankenhäuser) • Darstellung Betriebseinschränkung nach Ursache: Verfügbarkeit von Raum, Verbrauchsmaterial und Beatmungsgeräte wenig limitierender Faktor, sondern vielmehr das Personal Prognosetool ITS-Betten SPoCK • Wöchentliche Prognosemodellierung (versch. Datenquellen) • Derzeit: bei Projektion in nächste Wochen hinein im Bundes-durchschnitt ggf. akzeptabel, aber nach BuLä Fortschreiten deutlich engerer Kapazität ersichtlich • Mittels Tool Kreisebenen regional einsehbar = hochregionale Geschehen • Relativ großes Unsicherheitsintervall begründet sich darin, dass teils relativ stabile Situation im Sommer bzw. nur aktuell verfügbare Daten als Grundlage dienen können • Vorschlag differentieller Erfassung weiterer Parameter wie konkreter Maßnahmen (bspw. zeitliche Verlegung elektiver Eingriffe), die zu Kapazitätsanstiegen führen können • Kann ggf. für Lagebericht aktuell generiert werden • Deutlich steigender Informationsbedarf zu Webseminaren und Beratungsleistung seitens Fachpersonal	IBBS [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen (nur montags)	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Nicht besprochen (nur freitags)	
15	**Information aus dem Lagezentrum** • Nicht besprochen (nur freitags)	
16	**Wichtige Termine** • Freitag: TelKo Länderkoordinatoren von Testkapazitäten, Moderation BMG • Freitag: TelKo zur Abverlegung von Patienten – Frage der Kontagiosität, auch aufgrund schwerer Verläufe, Relevanz des Laborstandards /des Ct-Wertes *To Do: Bitte um Austausch zu Entlassungskriterien im Vorfeld*	Abt. 1 [redacted]
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 13.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*13.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Schulschließungen **b) RKI-intern** • ECDC Falldefinition, Ag Teste • Quarantänekürzung	Alle
7	**Dokumente** • Orientierungshilfe zum Kontaktpersonen-Management	FG36/[redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Umgang mit Einreisenden, die bestätigte SARS-CoV-2 Fälle waren (Genesende) (Mail vom 12.11.2020 15:44)	Alle FG38
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Vorschlag des ECDC zu einer aktualisierten Falldefinition, die auch die Antigentests aufnimmt	FG32 FG36 FG36/32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • DEA: aktueller Stand, FF an [redacted]	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Zur Erinnerung: Antworten auf Erlasse werden aus dem LZ verschickt und die Antwortenden NICHT cc genommen, ID bleibt in Betreff •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 16.11.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*13.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1

- [redacted]
- [redacted]
- P4
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  o Über 52 Mio. Fälle und fast 1,3 Mio. Verstorbene (2,5 %)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o USA, Frankreich, Indien, Italien, Polen, GB, Russische Förderation, Spanien, Deutschland, Brasilien;
	  o Alle Länder aufsteigenden Trend, außer Indien, Spanien, Brasilien;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	  o 81 Länder auf der Liste über 50/100.000 Ew.;
	  o Veränderung zu Mittwoch: Nicht mehr gelistet sind Peru und Malediven;
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Wie schon am Mittwoch: einzigen Länder <50 Fällen sind Island und Finnland;
	  o Alle anderen EU/EWR/UK/CH Staaten >50 Fälle/100.000 Ew.;
	• Zusammenfassung und News
	  o Europa: weiterhin starke Zunahme neuer Fälle (leichter Rückgang zu Mittwoch): 49,8% der weltweit neuen Fälle und 24,1 % der weltweiten Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  o Afrika: 2,3% der neuen Fälle und 3,6% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ▪ Top 5 Ländern (neue Fälle in den letzten 7 Tagen): Marokko, Südafrika, Tunesien, Libyen, Kenia;
	  o Amerika: 32,0% der neuen Fälle und 52,1% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ▪ Top 5 Ländern (neue Fälle in den letzten 7 Tagen): Vereinigte Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, Mexiko;
	  ▪ 72% der neuen Fälle und 36% der der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen in Amerika aus der USA gemeldet;
	  o Asien: 15,9% der neuen Fälle und 20,0% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen;
	  ▪ Top 5 Ländern (neue Fälle in den letzten 7 Tagen): Indien, Iran, Jordanien, Indonesien, Irak;
	  o Ozeanien: 0,08% der neuen Fälle und 0,08% der Todesfälle der vergangenen 7 Tagen
	• Nachfragen:
		ZIG1 ([redacted])

	o Warum Inzidenz für Deutschland in ECDC-Daten deutlich höher als in unseren Daten? ZIG1 klärt dies und berichtet am Montag dazu. *ToDo: ZIG1 klärt die Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten. Am kommenden Montag Ergebnis dazu.* **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) • SurvNet übermittelt: 751.095 bestätigte Fälle (+23.542), davon 12.200 (1,6 %) Todesfälle (+218), 7-Tages-Inzidenz 140,4/100.000 Ew.; o R-Wert deutlich unter 1 o ITS nimmt weiter deutlich zu o 4-Tage-R=0,79; 7-Tage-R=0,93 (12.11.2020) • 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum o Anstieg nicht mehr ganz so steil o Scheint sich auf hohem Niveau zu stabilisieren o Berlin heute oben; Bremen zeigt fortführenden Abstieg; • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o 32 LK mit 7-T.-Inz. <50 Fällen/100.000 Ew.; o Im Süden und Westen meisten Fälle; o 18 LK haben 7-T.-Inz. In der höchsten Kategorie (>250-500); • Anzahl der SARS-CoV-2 Testungen (Stand 10.11.2020, 12:00 Uhr) o KW45: Positivenquote 7,9% • Differenz Inzidenz zur Vorwoche aller LK (Stand KW45) o Jeder Punkt ein LK; o Grüner Punkt zeigt den Abfall in Inzidenz; o Roter Punkt steht für Anstieg der Inzidenz; o In KW45 zeigt beides: vermehrter Rückgang, aber auch deutlicher Anstieg; • Anzahl der LK mit Anstieg/Abfall in Inzidenz zur Vorwoche (Stand KW45) o Wie vorherige Folie als Säulen-Diagramm • Nachfragen: o Die Änderung der Testkriterien zum Herbst/Winter (vornehmliches Testen von Symptomatischen, Vulnerablen und Ausbruchsgeschehen) wird durch weitere Instrumente berücksichtigt; o Herr Meyer-Hermann (DZI) stellte Daten vor zum Effekt der bisherigen Maßnahmen: ▪ Bis 29.10. zeigte sich ein linearer Anstieg; genau danach flachte dieser ab; ▪ Diese Ergebnisse decken sich mit jenen des Mobility Report von [redacted]; ▪ Vermutung: Bevölkerung hat schon bei Ankündigung des lockdown light die Kontakte reduziert; ▪ Fraglich, ob bis Weihnachten mit diesen Maßnahmen die Inzidenz unter 50 Fälle/100.000 Ew. gehen wird; ▪ Daher Diskussion, ob Schulschließungen erfolgen sollten;	Präs FG32 ([redacted] FG17 ([redacted] FG38 ([redacted] Präs

	▪ Hohe Inzidenz bei 10-19-Jährigen zu sehen; ▪ Brauchen mehr Daten zum Infektionsgeschehen in den Schulen und vor allem welche Maßnahmen in den Schulen der BL mit absteigender Inzidenz umgesetzte wurden. ▪ Bemühungen laufen bereits eine Übersicht der Maßnahmen in den Schulen, sog. Tableaus, von der Kultusministerkonferenz zu halten; o Im WHO Situation Report sind wir als Land mit Cluster-Übertragung angegeben; Warum nicht zur community transmission übergehen? *ToDo:* *-FG36 ([redacted] passen die FAQ zur Teststrategie an, damit deutlich wird, dass aktuelle Anpassung kein Strategiewechsel ist;* *-Bitte am Montag Wechsel zum community transmission auf die Agenda nehmen;*	FG36 ([redacted] FG32 ([redacted] FG38 ([redacted])
2	**Internationales (nur freitags)** • An dem Gespräch mit der Delegation von Macron haben [redacted], [redacted] und [redacted] teilgenommen; • Es wurde u.a. zu folgenden Themenausgetauscht: Erhöhung von Testkapazitäten, Föderalismus, Bedeutung der KoNa; interessanter Austausch;	FG38 ([redacted] FG37 ([redacted]
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Äußerungen zur Nationaler Teststrategie über Website mit BMG ([redacted]) abgestimmt • Neu und in telefonischer Beratung viel angefragt ist die Unterstützung bei Suizidalen; Dies auf der Website zur Psychischen Gesundheit; • Es häufen sich Anfragen zu Schulen und Kitas: Was ist zu tun, wenn Quarantäne in Schule/Kita angeordnet wurde; Es dauert bis zu 6 Tage bis GA sich bei Einrichtungen und Eltern melden. Viel Unruhe bei den betroffenen Eltern; **Presse** • Gestern sind überarbeitete FAQ, ans LZ geschickt worden; Bitte um schnelle Rückmeldung dazu;	BZgA ([redacted] Presse ([redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Schulschließungen:	

	Sind oben schon diskutiert worden (s. Top 1 Nationale Lage); Mehr Infos/Daten sammeln über die angefragten Tableaus; **b) RKI-intern** • ECDC Falldefinition, Ag Teste: Wird unter Top 12: Surveillance besprochen; • Quarantänekürzung: o In AGI wurde eine Kürzung der Quarantäne diskutiert; o Anfrage beim Krisenstab, ob dies unterstützt wird; o Aktuelle Quarantäne-Regelung: Bei Einreise aus Risikogebiet: 10 Tage Quarantäne; bei KP1: 14 Tage Quarantäne; o AGI schlägt eine Vereinheitlichung der Quarantäne-Dauer auf allg. 10 Tage vor; o Viel Diskussion, da wenig wissenschaftliche Evidenz zu den Folgen einer Verkürzung der Quarantäne gegenüber dem Wunsch die Compliance der Bevölkerung nicht zu verlieren; o Fazit: Zunächst keine Einigung auf Verkürzung; *ToDo:* *-Quarantänekürzung auf die Agenda für Montag.* *- Diskussion zu Schulschließungen auf die Agenda für Montag*	FG38 ([redacted] Alle
7	**Dokumente** • Dokumente: Orientierungshilfe zum Kontaktpersonen Management in der Herbst- und Wintersaison 2020/21 (Dokument hier) o Ziele: Effiziente Unterbrechung v. Infektionsketten, schnelle Erkennung und Isolierung von Fällen; Ausbreitung im Zusammenhang mit Risikogruppen oder med. Personal verhindern o Triage, heißt Entscheidung, Einordnung o Diskussion: Begriff_ Triage ungünstig; statt Triage, Bewertung und Entscheidung o Bürger Info über BZgA und Dieses Dokument für GA-Mitarbeiter mit Vorkenntnissen *ToDo: Wieler gibt das Dokument frei, wird veröffentlicht*	FG 36 ([redacted] Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Impfung gegen COVID-19 (Folien hier) • Studien zur Wirksamkeit erreichen Meilenstein beim mRNA Impfstoff von BioNTech/Pfizer; • Bisher nur als Presseinformation (PM), um Inside Trading an der Börse zu verhindern; • Valide Infos vom Hersteller in PM, kennen nicht die Daten im Detail; • Zum 15.12. soll Impfempfehlung von STIKO stehen;	FG33 ([redacted]

	• Mehrere Impfstoffe in der Pipeline: AstraZeneca hatte Schwierigkeiten; nach Öffnung kann Impfstoff bei 2-8 Grad im Kühlschrank 5 Tage aufbewahrt werden • Nächste Woche wird [redacted] Systematic Review zu den Impfrisiko vorstellen; • Impfung von Bewohnern in Pflegeheimen muss Vorort in den Heimen organisiert werden • Eines der ersten Ziele, die erreicht werden ist es Todesfälle in den Risikogruppen reduzieren	
9	**Labordiagnostik** • Virol. Surv, 239 Proben in der vergangen Woche untersucht • Reduktion der Testung für GA sind nicht mehr Leistbar. Meisten GÄ haben Verständnis	FG17 ([redacted] ZBS1 ([redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• Umgang mit Einreisenden, die bestätigte SARS-CoV-2 Fälle waren (Genesende) (Mail vom 12.11.2020 15:44)
	  o Genesene müssen nicht mehr in Quarantäne jedoch ihre Symptome selber beobachten; aber gilt dies auch für Genesene bei Einreise aus Risikogebieten?
	  o Es gibt derzeit keine Evidenz dafür, dass Reinfektionen selten sind. Insbesondere gibt es keine Evidenz dafür, dass Reinfizierte Personen das Virus nicht weitergeben. Die Evidenz, die es in diesem Zusammenhang gibt, stammt von saisonalen Coronaviren, mit denen man sich immer wieder infiziert
	ToDo: Text wird vorbereitet von FG38; unterstützt durch [redacted] Zustimmung Abt.1;
		Alle
		FG38 ([redacted])

12	**Surveillance**
	• Vorschlag des ECDC zu einer aktualisierte Falldefinition, die auch die Antigentests aufnimmt.
	  o Vorschlag für eine RKI Lösung: Ag-Test positive als Fälle zählen (in Falldefinition aufnehmen), die nicht die Referenzdefinition erfüllen? Es gibt zwar keine Meldepflicht für die Ag-Tests
	  o keine Kommentare ans ECDC schicken, weil keine Probleme damit
	  o zweites Papier zur Validierung der Ag-Tests; entspricht im Grunde dem RKI Papier
	ToDo: FG32 macht Entwurf für Anpassung der Falldefinition ([redacted]
		FG36/32 ([redacted]

13	**Transport und Grenzübergangsstellen**	

	• DEA: aktueller Stand, FF an [redacted] o Funktioniert bei vielen gar nicht, dauert bis dies operativ ist Danke an Leitung für den Einsatz, dass [redacted] FF hat	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Zur Erinnerung: Antworten auf Erlasse werden aus dem LZ verschickt und die Antwortenden NICHT cc genommen, ID bleibt in Betreff; o Damit BMG nicht direkt an die Bearbeiter zurück schreibt; ID im Betreff lassen beim Senden an BMG, dann kann man die Antwort auch im nCoV-Lage Postfach finden;	FG38
15	**Wichtige Termine**	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 16.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*16.11.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Bewertung der aktuellen Fallzahlen (erschöpfte GA-/Laborkapazität? Meldeverzug? Echter Rückgang?); Mail 16.11.2020; 10:55 Uhr an nCoV-Lage o Heat-Map zur Differenz Inzidenzen zur Vorwoche aller Landkreise o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG38 [redacted] FG34 [redacted] [redacted] FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Anfrage zum Wechsel im WHO situation report von cluster zu community transmission • Maßnahmen in Schulen	Alle FG38 [redacted] [redacted] FG36 [redacted]

	• Beschlussvorschlag für die Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 16.11. o FFP2-Masken für vulnerable Gruppen. „Für einen bestmöglichen Alltagsgebrauch werden praktische Hinweise des RKI unter Beteiligung des BfArM entwickelt (Nr. 7; S.8)“. o SORMAS und DEMIS (Nr. 9; S. 9) **b) RKI-intern** • Quarantäneverkürzung; Frage des Ministers zur Quarantäneverkürzung auf 10 Tage durch Ag-Test am Tag 10; Vorstellung aktuelles Modell von Max von Kleist	VPräs (Schaade) VPräs (Schaade) MF1 [redacted]
7	**Dokumente** • Anpassung FAQ zur Teststrategie	Alle FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entisolierung nach ITS	IBBS AL1 [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o	Alle
12	**Surveillance** • Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Anfrage beim ECDC läuft; ggf. Mittwoch besprechen • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG32 [redacted] FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Heute Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 18.11.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*16.11.2020, 13:00 – 15:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF1
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]

- o [redacted]
- ZBS1
  - o [redacted]
- ZIG1
  - o [redacted]
- BZgA
  - o [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)
	  o Ca. 52 Mio. Fälle und ca. 1,3 Mio. Verstorbene (2,46%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	  o Reihenfolge verändert, an erster Stelle Vereinigte Staaten, dann Indien, Italien, Frankreich. Brasilien ist von Platz 10 wieder auf Platz 5 gestiegen. Dann Großbritannien, Polen, Russland, Deutschland und Spanien.
	  o In 4 Ländern ist der Trend sinkend: Indien, Frankreich, Russland und Spanien.
	• 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o Nicht mehr in der Liste ist Botswana, hinzugekommen sind die Falkland Inseln (Amerika) und Israel (Asien).
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o In allen Ländern Inzidenz >50, außer in Island und Finnland.
	• Zusammenfassung und News
	  o Afrika: Top 5 Länder nicht verändert
	  o Amerika: nicht verändert
	  o Asien:
	  ▪ Am Wochenende wurden in 3 chinesischen Städten Coronaviren auf aus Brasilien, Bolivien, Neuseeland und Argentinien importiertem Rindfleisch und dessen Verpackungen gefunden. 115 Personen, die mit den Verpackungen in Kontakt waren, wurden negativ getestet.
	  o Europa:
	  ▪ 45% der neuen Fälle und 46% der Todesfälle
	  ▪ Top 5 Länder sind Italien, Frankreich, Großbritannien, Polen und Russland.
	  ▪ In Griechenland wurde SARS-CoV-2 in Nerzen gefunden. Damit ist Griechenland das 7. Land (nach Niederlanden, Dänemark, Spanien, USA, Italien und Schweden), das SARS-CoV-2 in Nerzen gefunden hat.
	  ▪ Polen hat bisher keine Ausbrüche in Nerzfarmen gemeldet.
	  o Ozeanien:
	  ▪ 0,06% der neuen Fälle, aber Alarmbereitschaft wegen Zunahme der Fälle
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
		ZIG1
		[redacted]

	o SurvNet übermittelt: 801.327 (+10.824), davon 12.547 (1,6%) Todesfälle (+62), 7-Tage-Inzidenz 143,3/100.000 Einw. ▪ Für Montag noch viel, aber weniger als letzte Woche. o 4-Tage-R=1,12; 7-Tage-R=0,97 o ITS: 3.385 (+60), invasiv beatmet: 1.923 (+47) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Abflachung ist weiter sichtbar. ▪ Wie ist der deutliche Rückgang in Bremen zu interpretieren, als Rückgang oder als Überlastung? ▪ Rückgang in Berlin hat sich nicht fortgesetzt. ▪ Inzidenz in MV und SH nimmt ab, KoNa aufgrund der geringeren Fallzahlen noch möglich. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Ca. 120.000 Fälle; 252 LK mit Inzidenz >100-250 Fälle und 23 LK mit Inzidenz >250 Fälle. ▪ Nicht mit sehr schneller Entspannung zu rechnen.	FG32 [redacted]
	• Bewertung der aktuellen Fallzahlen (erschöpfte GA-/Laborkapazität? Meldeverzug? Echter Rückgang?); Mail 16.11.2020; 10:55 Uhr an nCoV-Lage o Am Mittwoch TK zur KoNa anberaumt, um strategische Fragen zu besprechen. Bisher eher anekdotische Berichte, dass Kontaktpersonen nicht mehr informiert und getestet werden können. o Sättigung bei ausbleibenden Laborkapazitäten zu erwarten. Der Rückstau am Wochenende wird vermutlich größer. o Positivquote ist ein wichtiger Parameter. o Ist es möglich, bei der Laborabfrage zwischen Patienten mit und ohne Symptomatik zu differenzieren? Ist bei Voxco-Abfrage und auch in ARS nicht möglich. Das Labor weiß nicht, ob ein Patient symptomatisch ist. *ToDo: Mitnahme dieses Punktes in AG Diagnostik, FF* [redacted] o Es gibt in ARS vermutlich zu wenige Daten, um spezielle Auswertungen über Bremen zu machen. o Im Moment sind die Laborkapazitäten zu 95% ausgelastet, dies weist auf Überlastung hin. So fehlen z.B. Pipettenspitzen, die auch für andere Diagnostik notwendig sind. o Wie groß ist Überlastung im Labor? Positivenrate zur Beurteilung heranziehen.	Alle
	• R-Wert (Abbildung hier) o In den letzten Wochen wurde das Geschehen eher unterschätzt, in letzten beiden Tagen leicht überschätzt, deshalb leicht nach unten korrigiert.	FG34 [redacted]
	• Heat-Map zur Differenz der Inzidenzen (hier) o Vergleich nach BL ▪ In Woche 41 steigt in vielen BL die Inzidenz. Beginn der 2.Welle war sehr synchron in vielen BL, hat scheinbar nicht nur mit Ferienende zu tun.	FG34 [redacted]

	o Ab KW44 Start Lockdown light: Was geschieht in den Folgewochen? ▪ LK mit hohen Geschehen reagieren mehr auf Lockdown. Bevölkerungsbezogene Maßnahmen wirken dort besser. ▪ Kein systematischer Effekt bei Aufsplittung nach BL. ▪ Kein systematischer Effekt bei unterschiedlicher Bevölkerungsdichte. Höchste Steigerungen bei LK mit sehr hoher Dichte, zum Teil aber auch hoher Anstieg bei LK mit niedriger Dichte. o Was könnte ein kritischer Wert zum Aussteigen aus den Maßnahmen sein?	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • CWA o Den Nutzern sollen weitere Informationen von der App zur Verfügung gestellt werden, um die Akzeptanz zu verbessern. o Technisch funktioniert sie gut, ist aber stark von der tatsächlichen Nutzung abhängig. o Idee: Esri-Board zu verlinken, R-Wert einzustellen um App attraktiver zu machen. Aufwendig wären die begleiteten Erklärungen. o Qualitätsmanagement ist erforderlich. Eine schnellere Vermittlung der Laborergebnisse zu den Nutzern würde zu größerer Akzeptanz beitragen. o Kann der Mehrwert der CWA zwischenzeitlich mit Zahlen belegt werden? ▪ In welcher Dimension ist nach wie vor schwierig zu beantworten. Der Hauptmehrwert ist die Erreichung von Kontaktpersonen, die nicht über die GA erreicht werden. ▪ Es gibt erste Modelle von [redacted] um Mehrwert zu errechnen. Noch wird überlegt, wie das am besten abgeschätzt werden kann. • Projekt digitale Einreiseanmeldung (https://einreiseanmeldung.de/#/) o Um Synergien zu nutzen, soll das CWA-Team involviert werden. Zusammen mit FG38 soll eine Projektstruktur etablieren werden, bei der auch unterschiedliche Personen aus Abt. 2 beteiligt sind. *ToDo: Nächste Woche kurze Vorstellung des Projekts*	ZIG1 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht verändert	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA

	• Wird ab nächster Woche Kontakttagebuch zur Verfügung stellen, als pdf-Version zum Download und als gedruckte Version zum Bestellen. **Presse** • Evtl. soll am Donnerstag ein Pressebriefing stattfinden, in dem das Schulthema aufgegriffen wird. • Gemeinsame Kampagne von BMG und RKI ist geplant. Von COVID-19-Betroffene (unterschiedliches Alter, Hintergrund, Schweregrad) sollen in TV Spots und sozialen Medien vorgestellt werden. Die Geschichten werden wissenschaftlich begleitet und in einen Kontext gesetzt. Die Kampagne beginnt Anfang Dezember und läuft voraussichtlich bis Februar. • Ist geplant die BZgA zu beteiligen? Nach Absprache mit dem Ministerium wird sich [redacted] direkt mit der BZgA in Verbindung setzen.	Presse P1 [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Anfrage zum Wechsel in WHO situation report von cluster zu community transmission
	  o Wäre ein Wechsel zu community transmission sinnvoll?
	  o Kriterien:
	  ▪ Läuft die Infektion unkontrollierbar durch die Bevölkerung, dann müssten die Sentinel-Surveillancesysteme anspringen.
	  ▪ Wenn bei 80% der Personen keine Information über die Infektionsquelle vorhanden ist.
	  o Wie machen das die anderen Länder? Es sollte das gleiche Maß wie in den anderen Ländern verwendet werden.
	  o Aus strategischen Überlegungen soll zu diesem Zeitpunkt, im Lockdown, nicht auf Community transmission gewechselt werden. Vielleicht sinken die Fallzahlen bald. Deshalb wird die Entscheidung im Moment verschoben.
	
	• Beschlussvorschlag für die Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 16.11.
	  o FFP2-Masken für vulnerable Gruppen. „Für einen bestmöglichen Alltagsgebrauch werden praktische Hinweise des RKI unter Beteiligung des BfArM entwickelt (Nr. 7; S.8)“.
	  ▪ Die Regierung möchte beschließen, dass an jede Risikoperson 15 Stück kostenlos abgegeben werden. Das RKI soll praktische Hinweise unter Beteiligung des BfArM entwickeln.
	  ▪ Kann noch interveniert werden? Es ist ungünstig und gefährlich, wenn Masken von Laien benutzt werden.
	  ▪ Deutsche Gesellschaft für Mikrobiologie und Hygiene hält FFP2-Masken, wenn sie nicht gut sitzen, für ein ungünstigeres Mittel als MNS, da sie Scheinsicherheit vermitteln. Auch BAMF und ABAS empfehlen die Masken für die private Nutzung nicht.
		FG38
		[redacted]
		Alle
		
		VPräs (Schaade)

	▪ Einflussnahme eher nicht mehr möglich, die Beratungen finden zeitgleich statt, RKI wurde im Vorfeld nicht gefragt. ▪ Falls so entschieden wird, sollte auf die Herausforderungen hingewiesen werden und eine Ausgabe mit Rezept nach vorheriger Beratung durch den Hausarzt empfohlen werden. ▪ Der Hausarzt kann prüfen, ob ein kardiales oder pulmonales Risiko besteht, und kann im Gebrauch unterweisen. ▪ Es wird kein 100% Dichtsitz sein. Vermutlich ist die Schutzwirkung ähnlich wie bei MNS, andere Schutzmaßnahmen dürfen nicht vernachlässigt werden. ▪ Zunächst soll abgewartet werden, was beschlossen wird. Dann muss die entsprechende FAQ überarbeitet werden. ▪ [redacted] hat bereits Vorschlag für FAQ vorbereitet und zirkuliert und nimmt weitere Anmerkungen gerne entgegen. ▪ Für Pflege wird gerade ein Dokument erarbeitet, in dem MNS empfohlen wird. Hier soll vor Veröffentlichung zunächst der Beschluss abgewartet werden.	FG37
	o SORMAS und DEMIS (Nr. 9; S. 9); ▪ Ist so nicht umsetzbar und schwächt unser System, keine unmittelbaren Handlungsfolgen.	FG38
	b) RKI-intern • Quarantänekürzung; Frage des Ministers zur Quarantäneverkürzung auf 10 Tage durch Ag-Test am Tag 10; Vorstellung aktuelles Modell von Max von Kleist o Tool: CovidStrategyCalculator wurde erstellt. Das Dokument wird heute Abend auf einem Preprint Server (MedRxiv?) hochgeladen und auf der RKI-Seite verlinkt. o Berücksichtigt Personengruppe (Kontaktpersonen, Reisende), Quarantänezeit, Isolierungsstrategien und Tests (PCR oder Antigentest) und berechnet Wahrscheinlichkeit infektiös zu sein, das finale Risiko sowie die Risikoreduktion der Maßnahmen. Auch Prävalenzschätzung ist möglich. o Wurde mit verfügbaren Daten validiert. o Ein Antigentest an Tag 10 führt zu in etwa der gleichen Risikoreduktion wie eine 14-tägige Quarantäne ohne Test, wenn Antigentests sensitiv genug sind. o Wie misst man Sensitivität? Die Tests von Abbott und Roche wurden mit klinischen Proben evaluiert. o Virenverläufe sind unglaublich variabel. Dass ein Antigentest generell später anschlägt oder früher negativ wird, kann man aufgrund von großer Variabilität bei Patientenproben so nicht sagen. Über den gesamten Zeitverlauf ist die Sensitivität von Antigentests etwas geringer	VPräs (Schaade) MF1 [redacted]

	o Bei der Veröffentlichung muss unbedingt darauf hingewiesen werden, dass es sich um ein Modell für Strategieentwicklung und -bewertung handelt und nicht für die individuelle Risikoabschätzung verwendet werden kann. Es handelt sich um eine theoretische Modellierung, die mit Durchschnittswerten arbeitet und sich immer auf ein Kollektiv bezieht. o Falsch positive Antigentests spielen in diesem Modell keine Rolle, da das Tool die Sicht des Infektionsschutzes abdeckt (von Quarantäne in Isolation). Außerdem soll jeder positive Antigentest mit einer PCR bestätigt werden. o **Ergebnis**: Verkürzung der Quarantäne auf 10 Tage mit Antigentest ist gerechtfertigt. Quarantäneempfehlung muss modifiziert werden. o Ist es das Ziel 14 Tage Quarantäne durch 10 Tage + Test zu ersetzen oder eher 14 Tage Quarantäne zu empfehlen um Tests einsparen? Eine Öffnung der Empfehlung ist politischer Wille. o Wie kann das Kontaktpersonenmanagement ergänzt werden? o Verkürzung der Quarantäne durch Tests hat eine andere Zielsetzung und ist nicht Teil des Kontaktpersonen-managements. Aufgabe des RKI ist es fachliche Hintergründe darzulegen, das BMG kann eine Verordnung daraus machen. o Der Minister führt Gespräche mit Experten mit dem Ziel die Quarantäne zu vereinfachen. Die Quarantäneempfehlungen müssen an einer Stelle leicht verständlich zusammengefasst werden. Der Unterschied zwischen dem Test an Tag 5-6 bei Einreisenden und dem Test an Tag 10 zur Verkürzung muss deutlich werden. o In einem EpidBull Artikel zur Quarantänedauer wird beschrieben, unter welchen Bedingungen eine Quarantäneverkürzung möglich ist. *ToDo: Überprüfung und Überarbeitung des EpidBull Artikels, FF FG36* *ToDo: In Vorschlag vom Freitag zum Kontaktpersonenmanagement wird in die Definition zur Quarantäne: 14 Tage nach letztem Kontakt, alternativ 10 Tage + Test aufgenommen.*	
7	**Dokumente** • Anpassung FAQ zur Teststrategie (Vorschlag hier) o Der Umformulierung der FAQ wurde zugestimmt.	Alle FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 o Auf Mittwoch verschoben • Virologische Surveillance o Von 185 Proben wurden in den letzten 2 Wochen 67 pos. auf Rhinoviren getestet; 1 auf Parainfluenza und 11 auf	FG17 [redacted]

	SARS-CoV-2. 5 der 11 Proben waren von Kindern und Jugendlichen. o Es fand eine TK mit Dänemark zu SARS-CoV-2 bei Nerzen statt. Ein Isolat wird ans RKI geschickt werden.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entisolierung nach ITS (Vorschlag hier) o Es besteht der Wunsch aus den Intensivstationen nach einer klaren Definition der Entlasskriterien, wann entisoliert werden kann. o Durch die zunehmende Belegung der Intensivstationen sind diese unter Druck Patienten, die nicht mehr intensivpflichtig sind zu verlegen. Die aufnehmenden Einrichtungen fordern jedoch einen negativen PCR Test. Auch sind Kriterien für Symptomfreiheit bei beatmeten Intensivpatienten schwer zu definieren. o Der aktuelle Standard ist vom Juli, nun scheint der richtige Zeitpunkt für eine Änderung zu sein. o Ein Textvorschlag unter möglichst großer Beibehaltung der bisherigen Empfehlungen wurde von [redacted] bereits an [redacted] und [redacted] gesendet. o CT-Wert soll durch etablierten Standard ersetzt werden. o Eine nachhaltige Verbesserung der COVID-Symptomatik muss erhalten bleiben. *ToDo: Abstimmung des Textes auf Fachebene [redacted]; daran anschließend Abstimmung mit STAKOB, Fertigstellung in 1,5 Wochen geplant* *ToDo: Zirkulieren des Textes vorab zur Kenntnis an Verteiler Krisenstab durch nCoV-Lage* o Eine allgemeine Empfehlung elektive Operationen abzusetzen gibt es im Moment noch nicht, ist Entscheidung der KH.	IBBS / AL1 [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** • Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Anfrage beim ECDC läuft o auf Mittwoch verschoben • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Weiter unter Niveau des letzten Jahres o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Bei Kindern und Jugendlichen ist der Anteil übermittelter Fälle in fast allen Altersgruppen stabil. o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ 37 neue Ausbrüche, 19 in KW 45/46, betroffen sind Kita-Kinder, aber auch Betreuer ▪ Ausbruch Oberhavel: 43 Fälle, davon 14 Kita-Kinder (8 davon asymptomatisch), 14 ErzieherInnen mit Symptomen, und 15 Externe (Eltern/Großeltern,	FG32 FG36 [redacted]

	Geschwister); nicht beschränkt auf Kita, Richtung nicht bekannt o Ausbrüche in Schulen ▪ 44 Ausbrüche KW45/46, Anzahl Ausbrüche relativ konstant ▪ 11-14 Jährige sind zu fast gleich hohem Anteil wie ältere Jugendlichen betroffen; Grundschüler im Trend weniger häufig.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Heute Besprechung der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder • IfSG-Änderungen: Formulierungsidee, um Informationen zu Kontaktpersonen zu erhalten, wurde am Freitag ans BMG geschickt, noch keine Rückmeldung.	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 18.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*18.11..2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung (Folien) • National o Fallzahlen/Todesfälle (Folien) o Syndromische Surveillance (mittwochs Folien ARS) o Testkapazität und Testungen (mittwochs Folien) o Austausch GA Offenbach ([redacted]	ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Effekt vorliegender Grundkrankheiten auf das Outcome von COVID-19 Erkrankungen **b) RKI-intern** •	Alle FG33 Folien
7	**Dokumente** • Orientierungshilfe KP-Management • FAQ zu FFP2	Alle FG36 FG14
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Ergebnis Anfrage beim ECDC • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Expertenbeirat Influenza (Do 19.11.) • Austausch mit Frankreich (Fr 20.11. RKI ZIG Teilnehmer noch nicht klar)	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 20.11.2020, 11:00	

Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Lage:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum, Uhrzeit:	18.11.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	**RKI,** Virtueller Konferenzraum WebEx

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]

- [redacted]
- [redacted] (Protokoll)
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Ausbreitung (Folien) o Ca. 55 Mio. Fälle und ca. 1,3 Mio. Verstorbene (2,41%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: o Reihenfolge leicht verändert, an erster Stelle Vereinigte Staaten, dann Indien, Italien, Brasilien, Frankreich, Großbritannien, Russland, Polen, Deutschland und Spanien. o In 4 Ländern ist der Trend sinkend: Indien, Frankreich, Polen und Spanien. o 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner o Botswana wieder in der Liste, zudem hinzugekommen Malediven o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH o In allen Ländern Inzidenz >50, außer in Island und Finnland o Weiterhin viele Fälle in LUX, Österreich, Slowenien, Schweiz, Liechtenstein, Polen o Neuinfektionen in Europa leicht regredient • Zusammenfassung und News: o Weltweit steigende Fallzahlen, prozentuale Verteilung: Europa 44,8%, Amerika 38%, Asien 14,8%, Afrika 2,3%, Ozeanien 0,07% o Europa: weiterhin größter Anteil mit neuen Fällen und Todesfällen, sehr unterschiedliche Entwicklung in einzelnen Ländern (Rückgang in Frankreich, Spanien, Polen, Anstieg u.a. in Österreich und Schweden mit verschärften Maßnahmen)	ZIG 1/[redacted]

	o Details zur Lage in Afrika: siehe nachgereichte Folien von ZIG (hier) **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien) o SurvNet übermittelt: 833.307 (+17.561), davon 13.119 (1,6%) Todesfälle (+305), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw. ▪ weniger als letzte Woche ▪ ICU-Fälle steigen an o 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,95 o ITS: 3.517 (+81), invasiv beatmet: 2.010 (+39) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Abflachung ist weiter sichtbar ▪ Rückgang in Berlin hat sich nicht fortgesetzt ▪ Bayern auf Plateau, Bremen zeigt Rückgang ▪ Sachsen unter den TOP 5 o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Ca. 115.000 Fälle; 245 LK mit Inzidenz >100-250/100.000 Fälle und 21 LK mit Inzidenz >250-500/100.000 Fälle. ▪ Spitzenreiter ist Berlin-Mitte mit 367,8/100.000 ▪ Heatmap: Höchste 7-Tagesinzidenzen bei den 20-29jährigen und >90jährigen, bei den 0-9jährigen und 70-90jährigen niedrigste Inzidenzen ▪ Fallzahlen ähnliches Niveau wie letzte Woche, Mittelwert bei 42 Jahren, kaum Änderung der Hospitalisierten im Vergleich zur Vorwoche ▪ Trend der ansteigenden Todesfälle hält vermutlich nicht an ▪ Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen (10-19) wird intern nochmal differenzierter dargestellt, um Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen bessern darzustellen, aktuell höchste Inzidenz gemäß ARZ bei 10-14jährgein ▪ Unterschied in Grund- und weiterführenden Schulen bei Inzidenzen? o *Diskussion zur Erweiterung der Maßnahmen und Entwicklung der Fallzahlen:* ▪ Avisiertes Ziel von <50/100.000 wird vermutlich bis Weihnachten nicht erreicht, Abflachung der Kurve ist langsamer als ihr Anstieg, Compliance der Bevölkerung kritischer Punkt ▪ Ggf. weitere Auswertung der Großstädte: warum geht es in Bremen zurück, aber nicht in Berlin? ▪ Ggf. kann Gruppe der 50-90jährigen mehr/besser Maßnahmen umsetzen da auch hier hohe Inzidenzen? ▪ Limitationen der Heatmp: Heatmap spiegelt nicht Testhäufigkeit in Altersgruppen wieder, ggf. kann	FG 32/[redacted] alle

	begrenzte Laborkapazität zur „Stabilisierung“ der Fallzahlen beitragen *TODO: Daten der altersbezogenen Inzidenzen der Kinder und Jugendlichen weiter nach Subgruppen stratifizieren ([redacted])*	FG 36/[redacted]
	o Syndromische Surveillance (Folien) o Grippeweb: Atemwegserkrankungen deutlich unter Vorjahresniveau mit sinkendem Trend o Auch ARE-Konsultationen seit 2 Wochen deutlich unter Vorsaison und rückläufig, ca. 830.000 ARE-Konsultationen in der letzten Woche o SARI-Fälle im ICOSARI-Sentinel: bei den <60jährigen kein Anstieg mehr, aber bei 35-59jährigen deutlich erhöhtes Niveau, hier bereits Niveau von Frühjahr erreicht o Anteil der COVID-Fälle unter SARI-Fällen bei >50%, unter 35-59jährigen bei 75% in der 44. KW	FG 37/[redacted]
	o ARS-Daten (Folien): 45.KW niedriger als 44. KW, keine größere Testverzögerung im Vergleich zur Vorwoche, Anzahl der Testungen in allen Altersgruppen zurückgegangen, Positivenanteil bei den 0-4jährigen langsamerer Anstieg und geringster Positivenanteil, ebenso bei den 5-14jährigen, unterschiedliches Bild des Positivenanteils bei Stratifizierung nach Bundesländern, kein Anhalt für viele Übertragungen in den Schulen	alle
	o *Diskussion zu Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen sowie Maßnahmen an Schulen:* o Grundsätzlich ist Übertragung bei Kindern/Jugendlichen vergleichbar mit Situation bei Erwachsenen, kein Anhalt für geringere Betroffenheit von Kindern/Jugendlichen bis auf Kita/Grundschulkinder, ggf. aber auch viele undiagnostizierte asymptomatische Fälle in dieser Altersgruppe im Sinne von diagnostischem Bias o Obwohl die aktuellen Maßnahmen sich nicht auf Schulen konzentriert kommt es nicht zu einem größeren Anstieg bei den Kindern/Jugendlichen o Ziel bleibt, die Schulen offen zu halten aber mit verschärften präventiven Maßnahmen o Konzentration auf BuLä, in denen es wenig Hygienekonzepte in Schulen gibt, ggf. erneut Stratifizierung der Daten nach Positivenrate nach BuLä o Ggf. Empfehlungen zu Sport- und Musikunterricht anpassen, da diese bisher weiterhin stattfinden o Gibt es wirklich einen diagnostischen Bias bei asymptomatischen Kindern oder ist niedriger Positivenanteil nicht etwa sogar unterschätzt aufgrund von Testung von eher symptomatischen Kindern?	

	o Unsere Empfehlungen sind aktuell aber werden leider bisher nur z.T. umgesetzt o Datengrundlage von Negativtests wird wegfallen, es bleibt nur ARS *TODO: Dialog mit BMG über Kompensation von wegfallenden Daten über Ausweitung von ARS (Leitung/[redacted])* o Testkapazität und Testungen (mittwochs Folien) o Zahl der Tests rückläufig, dh. Kapazität ist nicht mehr voll ausgelastet, Positivquote angestiegen auf 9%, allerdings aufgrund der neuen Testkriterien vom 11.11.2020 nur bedingt zur Vorwoche direkt vergleichbar, der weitere Verlauf wird dann wieder vergleichbar, trotzdem Untererfassung vermutlich steigend, Probenrückstau hat abgenommen, neuer Absatz bezüglich des Positivenanteils unter den neuen Testkriterien im Lagebericht o Austausch GA Offenbach ([redacted] o Work in progress	Abt. 3/[redacted]/alle [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** *TODO: bis Freitag Risikobewertung erneut anschauen so dass am Freitag diskutiert werden kann (alle)*	alle
5	**Kommunikation** • Infomaterial zum Impfen wird angepasst und bis Ende der Woche finalisiert	BZgA
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Effekt vorliegender Grundkrankheiten auf das Outcome von COVID-19 Erkrankungen (Folien) o Umbrella Review (Meta-Synthese zu existierenden sys. Reviews, hier aus USA und Europa): o Berechnung von Assoziation von Komorbiditäten und schwerem Outcome von COVID-19 (Risiko für Hospitalisierung bzw. Tod), insgesamt wurden 23 Komorbiditäten für Alter adjustiert & analysiert, einzelne Vorerkrankungen ergebene unterschiedlich starke Schätzer, z.B. Herzinsuffizienz oder Z.n. Organtransplantation mit sehr hohen Schätzern für Hospitalisation o Message: ab 70. LJ ist Risiko für schwere COVID-Erkrankung und inhopital-mortality adjustiert für Komorbiditäten erhöht, ab 80. LJ deutlich erhöht o Daten werden STIKO hinsichtlich Impf-Priorisierung vorgestellt	FG 33/[redacted]

	o Schwere der Herzinsuffizienz bzw. Einstellung des bestehenden Diabetes werden leider nicht in Primärdaten berücksichtigt	
7	**Dokumente** • KP-Management soll überarbeitet werden: Reduktion auf 10 Tage Quarantäne? o Muss erneut dem Ministerium vorgelegt werden und kommende Woche finalisiert werden *TODO: erneute Rücksprache mit BMG hinsichtlich Verkürzung der Quarantäne auf 10 Tage (Leitung)* • Gibt es noch Rückmeldungen zur „FAQ FFP2-Masken"? o „Grundsätzlich" handelt es sich um Einwegmaterial, sollte mit aufgenommen werden	[redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • 67 Einsendungen letzte Woche, davon 6 COVID-positiv, 14 Rhinoviren, alle anderen negativ, Rhinoviren rückläufig, ggf. Rhinoviren-Rückgang als Konsequenz der Maßnahmen zu interpretieren, seit Wochen kein Influenza-Nachweis, auch in der WHO-EURO Region wenige Influenza-Nachweise, mehr Probeneinsendungen wären wünschenswert • Diskrepanz zwischen hohem COVID-Positivenanteil und regredientem Rhinovirenpositivenanteil zu bemerken, vermutlich hinken COVID-Nachweise nach?	FG17/ [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Internationale Anfragen zur Verlegung von Patienten nach Dtld. haben sich erledigt, nationales Gremium für Verlegung von Patienten innerhalb Deutschlands tagt regelmäßig, Ansprechpartner Email-Adresse: ibbs-lage@rki.de für internationale Lage, email-Adresse für nationale Lage: GMLZ für Koordinierung bzw. Fachgruppe COVRIIN für fachl. Beratung • In DIVI leider nach wie vor keine Differenzierung in wirklich betreibbare Betten vorgenommen *TODO: Optimierung des DIVI Registers hinsichtlich betreibbarer Betten ausstehend*	IBBS [redacted]/alle
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • entfallen	Alle
12	**Surveillance** • Abweichung der Inzidenz für Deutschland zwischen RKI und ECDC Daten; Ergebnis Anfrage beim ECDC o ECDC berechnet 7-Tagesinzidenz selbst nach einem anderen Algorithmus als RKI, RKI-Daten vermutlich etwas unterschätzt	FG32/ [redacted]

	TODO: bitte erneute Kontaktaufnahme mit ECDC und Bitte um Kohärenz zu unseren Daten ([redacted]) und erneute Rückmeldung an BMG • Morgen tritt 3. „Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ in Kraft, alle Dokumente müssen aktualisiert werden, insbesondere zur Meldepflicht etc. • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Expertenbeirat Influenza (Do 19.11.) • Austausch mit Frankreich (Fr 20.11. RKI ZIG Teilnehmer noch nicht klar), Teilnehmer aus AG Diagnostik ausstehend *TODO: Rücksprache mit [redacted], [redacted], [redacted] erbeten bezüglich ausstehenden Teilnehmers aus AG Diagnostik, um nicht allzu viele verschiedene Leute einzubinden ([redacted])*	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 20.11.2020, 11:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*xx 04.2020, xx:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Fachliche Einschätzung mehrerer Publikationen zu AK bei Kindern und Jugendlichen (ID 2201) o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG12 ([redacted]) FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskussion zu einer neuen Bewertung	 alle
5	**Kommunikation** • Vorstellung einer gemeinsamen Kampagne mit dem BMG •	 P1 / Wiko BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Wording ändern zu community transmission? • Einreisequarantäne • Weitere mögliche Maßnahmen: Massenveranstaltungen, Schulen, sozial benachteiligte Gruppen, institutionelle Isolation von Erkrankten	 Alle FG38, FG36

	b) RKI-intern •	
7	**Dokumente** • Presseinformation DGEpi - Stellungnahme zur Pandemiekontrolle im Winter	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Dienstag 23.11.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Ausbreitung (Folien hier): >56,3 Mio. Fälle weltweit, >1,3 Mio. verstorbene (2,4%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Tendenz zunehmend: USA, Italien, Brasilien, Russland und GB zunehmend ▪ Tendenz sinkend: Indien, Frankreich, Polen, Deutschland, Spanien o 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw. ▪ Aktuell 82 Länder ▪ Seit Anfang Oktober auch Anstieg in Afrika, dort werden Fallzahlen nun auch von nordafrikanischen Ländern getrieben (vorher v.a. Südafrika) ▪ Viele Meldungen im Iran, Jordanien und Marokko, nach WHO EMRO werden Maßnahmen dort nicht gut eingehalten o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH ▪ Island und Finnland alleine nicht über der 50/100.000 Schwelle ▪ Frankreich, Spanien und Polen aktuell Vorreiter, Italien auch langsamer Anstieg ▪ Dänemark hat Corona Beschränkungen in Jütland, ursprünglich bis 3.12 geplant, aufgehoben da Inzidenz nach Nerz-Geschehen gesunken ist, Kultur- und Freizeiteinrichtungen dürfen dort erneut öffnen ▪ In Spanien dürfen demnächst wieder Restaurants, Bars und Kinos öffnen, Personenzahl Beschränkungen o Finnland ▪ Insgesamt 19.935 Fälle, 7-Tages-Inz. 28,8/100.000 ▪ Testrate hat im November abgenommen, Positivrate und Neuinfektionen sind gestiegen ▪ Hybrid-Strategie, verstärktes testen, KoNa und Behandeln von Fällen → effektives Testsystem und Nachverfolgung von Übertragungen ▪ Maßnahmen: aktuell mild, im März 2 Monate strikter Lockdown, ab Mai langsame Öffnungen ▪ Es gab noch Depots mit Masken und PPE vom kalten Krieg, genug Material war verfügbar	ZIG1

	▪ Zentraler Bestandteil Strategie ist eine App, 45% der Bevölkerung nutzt sie (in DE 27%) und sie wird aktiv auch für die KoNa genutzt ▪ Höchste Rate an Telearbeit in Europa (>60%) ▪ Keine Maskenpflicht, sind jedoch in Großstädten empfohlen und dies wird befolgt, generell befolgt finnische Bevölkerung Empfehlungen, es gibt ein großes Vertrauen in Regierung und Maßnahmen ▪ Personenzahl in Restaurants beschränkt, generell kein Volk großer Menschenansammlungen, auch sehr niedrige Bevölkerungsdichte ▪ Nutzung alternativer Methoden bei Ankunft am Flughafen, z.B. Einsatz von Hunden auf freiwilliger Basis, dann PCR Test ▪ Krisenkommunikation ist mehrschichtig (verschiedene Gruppen individuell adressiert) und modern, z.B. Einbindung von Influencern ▪ Genaue Teststrategie soll nachgereicht werden o Südkorea und Taiwan: beide haben Epidemie-Erfahrung ▪ Südkorea: 2015 MERS-CoV → Umstrukturierung von Notaufnahmen, Maßnahmen zum Gesundheitsschutz ▪ Taiwan: 2002-3 SARS • Zusammenfassung o Afrika: Anstieg, aktuell v.a. in nordafrikanischer Region o Europa: weiter größter Anteil neuer Fälle und Todesfälle • Diskussion o Wichtig: Personalkapazität für KoNa im Verhältnis zu Fällen o Geringere Fallzahl, besser zu managen, z.B. Superspreader im Nachtclub in Südkorea im Mai, starke Reaktion und Maßnahmen damals o Ziel für Deutschland: Fallzahlen so niedrig wie möglich zu halten (auch von Seiten des BKA), ist ggf. nicht in jedem Land das Ziel (manche Länder haben die Situation mehr laufen lassen) o RKI liefert Grundlagen hierfür inklusive Strategie und Kommunikation in den politischen Raum (inkl. Beratung von BKA), wir können nicht zu Handlung verpflichten oder diese erzwingen o Bundesländer gehen nicht immer mit den Plänen des Kanzleramts d'accord - siehe Schule o Im Grunde ist Deutschland wie Finnland aufgestellt und hat denselben Ansatz, unsere Fallzahlen sind höher und Finnland hat gewissen Vorteile (z.B. Bevölkerungszahl/ dichte, Kulturunterschiede) o In DE gute Institutionen die Daten publizieren, HZ, Fraunhofer, OECD Bericht bestätigt dies o Teilweise lassen Ministerpräsidenten sich von Wissenschaftlern mit anderen Überzeugungen beraten; die meisten Virologen sind gegen freies durchlaufen lassen des Virus und für die vom RKI entwickelten Empfehlungen	

	o RKI Stärke: nicht politisches Mandat (oder Kommunikation), sondern Schaffung wissenschaftlicher Grundlagen, RKI muss sich auf Evidenz berufen o RKI sollte Modelle entwickeln von denen etwas abgeleitet werden kann (bis mehr Zahlen verfügbar sind)? *ToDo: ZIG1 Vorstellen der Teststrategie in Finnland* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 879.564 (+23.648), davon 13.630 (1,5%) Todesfälle (+260), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw., Reff=0,98, 7T Reff=1,05 o Heute erneut ein Top-Wert, deutlich mehr als gestern und etwas mehr als letzte Woche (evtl. noch stets Plateau?) o 1% der Bevölkerung wurden bereits als bestätigt registriert o 3.588 Fälle auf Intensivstation o 7-Tages-Inzidenzen ▪ Plateaubildung, deutlicher Abfall in Bremen lag auch an technischen Problemen ▪ 10 Kreise mit Inzidenz >300/100.000 o Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Nicht erheblich höher als Durchschnitt letzter Jahre ▪ Nachmeldungen noch möglich ▪ Anders als in manchen europäischen Ländern, z.B. Belgien im 3. Mortality Peak ▪ In Finnland wie Deutschland keine sichtbare Exzessmortalität, in DEU ggf. auch wegen BL mit niedrigen Zahlen	FG32/FG38
	Diskussion • Effektivität von Maßnahmen – messbar? o Vergleich von Maßnahmen (inkl. Schnelligkeit) und Effekt auf BL- oder noch besser Kreisebene wäre wünschenswert, um Unterschiede auszuwerten und zur Evidenzerschaffung die transparent dargelegt werden könnte o RKI hat gewisse Daten auf Kreisebene, aber das Geschehen ist multifaktoriell und unterliegt einer Vielzahl von Einflussfaktoren (nicht nur verordneten Maßnahmen) o Außerdem ist Umsetzung von Maßnahmen sehr heterogen und unterscheidet sich auf lokaler Ebene erheblich, außerdem werden diese nicht systematisch erfasst o LK/SK und sogar einzelne Stadtteile unterscheiden sich sehr bezüglich der sozioökonomischen Struktur (gestern im Expertenbeirat diskutiert) o Erfolg von Maßnahmen kann mit RKI-Daten nicht zufriedenstellend beantwortet werden, selbst mit lokalen Studien wird es nicht mit ausreichendem Detail erfasst o Wir wissen, welche Faktoren die Inzidenz hochtreiben und kennen sinnvolle Maßnahmen, werden dies aber mit RKI-Daten nicht belegen können	Alle

- Zielwerte
  - Frage: wohin müssen wir, um wieder Kontrolle zu erlangen?
  - Ende Oktober ging die Kontrolle verloren
  - Aktuelles Ziel ist 7-Tage-Inz. <50/100.000, dies entspricht 5.700 Fällen/Tag, eigentlich noch relativ viel, fraglich ob Lage dann unter Kontrolle ist?
  - Modellierer sollten dies anschauen, wann Kontrolle realistisch ist, welche Zahlen sollen durch Maßnahmen angestrebt werden, wann müssen sie verschärft werden? Woran sollten diese festgemacht werden? Wie definieren wir diese Kontrolle? Dass KKH und IST nicht überlaufen sind? Ist dies aktuell erreicht?
  - Basismaßnahmen befinden sich in der Anlage 2 des RKI-Strategiepapiers (hier), klassische Infektionsschutzmaßnahmen, Ziel: keine/wenig wirtschaftliche und Lebenseinschränkungen und trotzdem keinen Inzidenzanstieg, manche Länder schaffen das (Finnland)
  - Maßnahmen sollten stark hochfahren, wenn Zahlen steigen
- StopptCOVID-Studie
  - Läuft seit einem Monat mit zwei Teilprojekten:
  - 1. ([redacted], [redacted]) Uni Bielefeld Monitoring der Maßnahmen und Vergleich mit Infektionszahlen, retrospektiv und prospektiv, aktuell Auswahl der Kreise (Sampling) und der Daten die genutzt werden
  - 2. Fallkontrollstudie, Untersuchung von individuellem Schutz und Risikoverhalten, ist diese Woche gestartet, gewisse Tendenzen können herausgearbeitet werden
- Schulen
  - In Schulen ist Maßnahmen-Umsetzung höchst unterschiedlich und eine Evaluierung derselben viel komplizierter, jede sieht anders aus (Lehrerschaft, Räume, Disposition, usw.)
  - Im Schulbereich gibt es klare Vorgaben von Kultusministerien die umgesetzt werden müssen, diese liegen dem RKI nicht vor, anfrage läuft, ob diese zu zahlen korreliert werden können, im stoppcovid Projekt sind Maßnahmen nicht erfasst, wenn daten nicht verfügbar sind können keine Korrelationen erstellt werden
  - Im Bereich der Veranstaltungen kann Evidenz einfacher herausgearbeitet werden
  - [redacted] hat test-trace-and-isolate (TTI) Kipppunkte definiert, jenseits derer Kontrollverlust eintritt (hier): es wird beschrieben, ab wann Kapazität der GA überschritten wird jedoch kein Zahlenwert genannt
  - Könnte kein Zahlenwert definiert werden?
  - [redacted] und [redacted] können sich mit diesen in Verbindung setzen um Möglichkeiten zu eruieren, ist eine Kapazitäts- und Priorisierungsfrage
  - Warum gehen die Zahlen nur so schleppend runter? Haben die Maßnahmen kaum Auswirkungen auf Haushalte?

	Müssen wir noch eine Empfehlung geben, dass kranke nicht zu Hause gepflegt werden? o Auswertungen zu Übertragung in Haushalten wurden z.B. in Dänemark gemacht, sollte dies hier näher untersucht werden? (s. auch unter Strategie) • Fachliche Einschätzung mehrerer Publikationen zu AK bei Kindern und Jugendlichen (ID 2201) [redacted] (Folien hier) o Zur Frage der Antikörper (Ak) Kreuzreaktivität zwischen endemischen Coronaviren HCoV und SARS-CoV-2 gibt es 4 Studien: o 1. Science Paper (Ng KW et al., Science 2020): ▪ 4 Gruppen wurden untersucht, Ak-positive mit neutralisierenden Ak, (grau) nicht PCR-positiv aber teilw. auch neutralisierenden Ak, auch bei Kindern (und Kindern die nicht infiziert waren) ▪ Controls: andere Gruppen und Kohorten ▪ 1-15% der nicht-infizierten hatten neutralisierende Ak ▪ IgG Reaktivität korreliert ▪ Nur erkrankte haben IgG gebildet ▪ Personen die nicht infiziert waren aber Ak hatten, hatten IgG aber kein IgM und IgA o 2. Anderson EM et al: HCoV Ak Nachweis nach SARS-CoV-2-Infektion, Ak wurden gefunden aber kein Schutz, kein großer Unterschied bei Cases und Controls, kreuzreaktive Ak hatten so gut wie keine neutralisierende Wirkung o 3. Weisberg SP et al: ▪ Vergleich von Ak-titer von Erwachsenen und Kindern mit verschiedenen Krankenverläufen ▪ Alle waren infiziert und mild oder schwer erkrankt (ARDS) ▪ Bildung neutralisierender Ak eher Alters- und nicht Krankheitsschwereabhängig ▪ Kinder vermehrt respiratorische Infektion → mögliche Immunität aus Vorerkrankungen die sie gegen SARS-CoV-2 schützt, aber nicht erkannt wird o 4. Poston D et al: keine kreuz-neutralisierende Reaktion, keine Hinweise wie alt Personen waren (Kinder dabei?) o Schlussfolgerung: nur in 1. Studie wurden neutralisierende Ak gefunden, es gibt kreuzreaktive Wirkung, diese ist möglicherweise altersabhängig und wiederkehrend (splendid Isolation in Science Publikation), geografische Lage und zirkulierende saisonale CoV Stämme spielen eventuell eine Rolle o Diskussion: Wie kann Altersabhängigkeit erklärt werden? Möglicherweise damit, dass Kinder häufiger Infektionen mit endemischen Viren durchmachen, höhere Infektionsrate, relativer Schutz korreliert, dies ist nur eine Vermutung, auch ist es möglicherweise saisonal abhängig (welcher CoV)	FG12

	Epitop liegt im C-terminus (S2), welches auch für T-zellen eine Rolle spielt o Kommentar: Dasselbe wird auch bei Influenza beobachtet (Abhängigkeit von zirkulierenden Viren), aber es wurden keine neutralisierenden Ak gefunden	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Heute kein Änderungsbedarf oder Formulierungsvorschlag	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Gemeinsame Kommunikationskampagne zur COVID-19 Impfung o Seit geraumer Zeit Aktivitäten hierzu o Plakate dazu sollen nächste Woche dem BMG vorliegen o Begleitet durch Dachkampagne inkl. Social-Media-Aktivität o Auch Vorbereitung Datenmanagement/Monitoring von Impfakzeptanz o Master-FAQ-Sammlung wird auf Corona Website veröffentlicht o Nach RKI Einverständnis auch Entwicklung fremdsprachlicher Versionen o Hotline, Medien, Monitoren in regionaler Presse unterschiedlicher Organe, Telefonaktionen, um bestimmte Zielgruppen besser zu adressieren • RKI Pressebriefing gestern: Erklärung des Unterschieds zwischen Isolation und Quarantäne sehr hilfreich, insbesondere in Bildungseinrichtungen häufig Fragen hierzu (was bedeutet es für Eltern, Betreuungspersonen, müssen diese in Quarantäne…) • Müssen bestehende Empfehlungen z.B. für Pflegedienste angepasst werden? • Antwort RKI: Aktuell eher nicht, Maßnahmen sind klar beschrieben, Personen die von Haushalt zu Haushalt gehen sollen besonders auf Hygienemaßnahmen achten, Broschüre für Besucher in Altenheimen wird entwickelt, diese richtet sich nicht an die dort beschäftigten Personen • Wie der Antigentest in der Praxis gehandhabt wird, muss noch abgewartet werden **Presse** • Es gibt viele Fragen zu folgenden Themen, sollten diese in Lagebericht aufgenommen werden?	BZgA Presse

	1. Testzahlen nach Altersgruppen 2. Schulen und Kitas, wie viele sind von Ausbrüchen betroffen? • Zu 1. Testzahlen nach Altersgruppen können nicht bundesweit jedoch differenziert nach Altersgruppen dargestellt aus ARS-Daten ausgewiesen werden (nicht bundesweit aussagekräftig), ARS-Daten werden teilweise im Mittwochsbericht veröffentlicht, könnte verlinkt werden • Zu 2. Situation zu Kindern und Jugendlichen wird monatlich berichtet, montags vorgestellte Entwicklungen bei Schulen könnten ggf. für Lagebericht übernommen werden • Ausbrüche in Schulen sind nicht im Corona-Kita-Bericht (betrifft 0-5-jährige), könnten jedoch mit aufgenommen werden • Bitte Lagebericht nicht verlängern: weitere Daten werden weitere Fragen bzw. Erklärungsbedarf generieren, da sie nicht so leicht zu interpretieren sind, besser auf Corona-Kita-Bericht verweisen • Entscheidung: beide Aspekte werden im Lagebericht verlinkt und der jeweiligen Bericht getwittert, außerdem ggf. Aufnahme anlassbezogen in Pressebriefings → was bereits veröffentlicht wird, wird sichtbarer gemacht	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	

7	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	Community transmission (Wording anpassen?)
	• Wurde bereits besprochen und entschieden, es in aktueller Situation (Lockdown) nicht bei der WHO anzupassen
	• Nicht ganz klar, woher TOP heute kam, sollte geklärt werden
	• Wenn es auf RKI-Webseite geändert wird, sollte dies auch international getan werden
	• Thema Verschoben
	
	Einreisequarantäne (Text hier)
	• Abgestimmter Textvorschlag
	  o Zusammenfassend wird bei Personen mit nachgewiesener Infektion von einer partiellen Immunität ausgegangen, ohne spezifisch auf den Zustand der Personen einzugehen
	  o Im Text steht: Selbstmonitoring soll erfolgen, sofortige Selbstisolation und Testung bei Symptomen, da es zu Infektion und Erkrankung kommen kann
	  o Unterschied ist, dass Person und KP nicht in Quarantäne gehen
	• Diskussion
	  o Nach durchgemachter SARS-CoV-2 Infektion und nach jetzigem Kenntnisstand haben Personen eine protektive Immunität, d.h. sie werden bei Reinfektion nicht so krank
		Alle
		
		FG36/FG38

	o Es gibt keine Evidenz für eine „sterilising immunity“, bei schon einmal infizierten Personen vermehrt sich das Virus mit großer Wahrscheinlichkeit noch stets in der Nasopharynx und die Person ist eventuell noch ansteckend → vulnerable Gruppen können noch stets angesteckt werden o Re-exponierte sollten nicht mehr in Quarantäne, Rationale: Virusausscheidung ist dann nicht so lang und nicht so heftig (ähnlich asymptomatisch erkrankter) o Kritischer Punkt sollte noch für medizinischen Bereich (KP III) herausgearbeitet werden, da dies weitreichende Folgen für Einsatz von Personal hat • Fertigstellung durch FG36, FG37, FG17 sprechen sich ab • Labornachweis o Welcher internationale Molekular-Nachweis genügt, sollte dies noch spezifiziert werden? o Nutzung der Länderliste von akzeptierten Laboren als Grundlage? o Ja, das ist das was das BMG sich gewünscht hat *ToDo: FG36, FG37, FG17 stimmen Text gemeinsam ab*	
	Strategie Fallzahlen Maßnahmen (fortgesetzt von oben Lage National) • Bei mehr Erkrankungen mehr Übertragungen, deswegen müssen daran Maßnahmen verknüpft werden • Nicht ganz klar, welche Maßnahmen die Regierung aktuell hieran verknüpft o Massenveranstaltungen z.B. werden während des aktuellen Lockdowns auch in großem Umfang (mehrere tausend Personen, ohne Möglichkeit der Einhaltung von Hygienekonzepten) weiterhin zugelassen → Verbot von Massenveranstaltungen ist erwiesenermaßen die wirksamste Maßnahme (s. ZIGs OECD-Analyse), ein einheitliches Vorgehen sollte angegangen werden o Bei Jugendlichen (~15-20 jährige, Differenzierungen können noch diskutiert werden) gibt es deutlich sichtbaren Anstieg in Übertragungszahlen, Wechselunterricht (Präsenz- und digitale Alternativen im Wechsel, Einsatz von digitalen Medien) zu empfehlen/Empfehlung zu unterstützen, auch SchülerInnen in Quarantäne könnten hiervon profitieren o Expertenrat gestern: sozial benachteiligte Gruppen haben höheres Infektions- und Erkrankungspotential, wie erreichen wir diese und können diese besser unterstützen? Vielleicht haben sie keine Isolationsmöglichkeit in ihrem zuhause? o Maßnahmen werden halbherzig umgesetzt, strikteres Angehen würde ggf. erlauben, schneller aus der Stagnation der Zahlen herauszukommen o Ggf. sind weitere Veranstaltungen z.B. Gottesdienste ebenso riskant, auch hinsichtlich der spezifischen Teilnehmenden	Alle

	• Rechtsgrundlage wurde mit Streichung 7.4 entzogen (?) • Wie kann dies alles an die entscheidenden Stellen kommuniziert werden? • Eher Vorsicht/kein Bericht an das BMG oder Aufnahme in PB • Sammeln von Punkten, die als kritisch betrachtet werden und die die Wirksamkeit der Maßnahmen gefährden, niedrigschwellige Kommunikation an das BMG, z.B. BMG Morgenbriefing durch [redacted] • Eventuell auch breitere Kommunikation EpiBull Artikel, Thema aktuelle Lockdown Situation und kritische Punkte **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** **Presseinformation DGEpi - Stellungnahme zur Pandemiekontrolle im Winter** • Surveillance und Abt 3 könnten die geplanten Indikatoren überprüfen um zu gucken, was tatsächlich davon umgesetzt werden kann? • AG Teststrategie soll sich hierum kümmern *ToDo: AG Teststrategie Untersuchung und ggf. Vorbereitung einer Stellungnahme* **Anfrage Minister Spahn** • Es herrscht die Auffassung, dass epidemiologische Situation nicht schlechter, sondern besser wird: mehr Tests werden auch durch Zusatz von Antigen-Testungen durchgeführt, positive Antigen-Tests werden durch PCR bestätigt → Positivenrate steigt, aber mit „guter Begründung“, wird interpretiert als „Situation entspannt sich in Wirklichkeit“ • Wir wissen nicht, wie viele Antigen-Nachweise gemacht werden • Information zum Testgrund steht Laboren nicht zur Verfügung, diese erhalten Testanfragen ohne Begründung • Testgrund könnte ggf. auf Bitte durch 1-2 Labore erfragt werden, ist aber ressourcenintensiv und im Alltag nicht möglich • Erfragung der Anzahl verkaufter Antigentests? Wäre als indirekte Messung eventuell interessant • Über ARS werden Antigen-Tests in Großlaboren erfasst, auch, ob Bestätigung durch PCR im gleichen Labor stattfindet • ZBS1: erhalten noch stets Proben zur Bestätigung von Berliner GA (~8/Tag), gute Kontakte zur Diagnostik, Anstieg Positivrate liegt eher nicht an Antigen Tests (keine 2-3-fache Erhöhung wie erwähnt), GA wurden gebeten besser zu kategorisieren und keine Proben mehr zur Bestätigung zu schicken	FG38/VPräs/ alle VPräs/alle
9	**Update Impfung (nur freitags)** • Nicht besprochen	

10	**Labordiagnostik** • FG17 o 297 Einsendungen in letzten 4 Wochen o 12 (4%) SARS-CoV-2 positive, 92 Rhinoviren o Insgesamt langsamer Anstieg des Probeneingangs, sicherlich auch weil FG36 Kontakt Praxen an Wichtigkeit der Probeneinsendung erinnert hat • ZBS1: GA schicken zum ersten Mal weniger Proben diese Woche, Erhalt von mehr Studienproben (Coala, CoMoLo, como…?), Zeitplan für weitere Evaluierung soll festgelegt werden	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen, ggf. Bericht zu DEA am Montag	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 23.11.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*23.11.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Verschoben auf Mittwoch	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Beschluss-Entwurf des MPK-Vorsitzlandes; und deren Auswirkung auf Empfehlungen und Flussdiagramm **b) RKI-intern** •	Alle VPräs
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	IBBS

	•	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Anregung zur Aufnahme der Ag-Tests in die Falldefinition (Bitten der GÄ; siehe Mail GA Düsseldorf an nCoV-Lage am 20.11.20, 15:10 Uhr)	FG32 FG36 FG38
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 25.11.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*23.11.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	• Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o Ca. 58 Mio. Fälle und > 1,3 Mio. Verstorbene (2,4%)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder sind gleichgeblieben.
	  o Frankreich hat vom 4. auf den 6. Platz gewechselt. Polen und Großbritannien haben Plätze getauscht.
	  o Einen aufsteigenden Trend verzeichnen die Vereinigten Staaten, Brasilien und die Russische Föderation.
	  o Bei den anderen Ländern ist der Trend aktuell abnehmend.
	• 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o 81 Länder überschreiten den Schwellenwert.
	  o Neu hinzugekommen sind Belize und die Turks und Caicos Inseln (Amerika).
	  o In Nordafrika nimmt die Anzahl der Fälle zu.
	  o Chile und die Falklandinseln sind nicht mehr Teil der Liste.
	  o In Asien ist der Trend vor allem in Jordanien und Palästina stark ansteigend.
	• 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Keine großen Veränderungen
	• Zusammenfassung und News
	  o Amerika
	  ▪ USA und Brasilien weiterhin Anstieg der tägl. Neuinfektionen
	  ▪ Mexiko hat Schwellenwert von 100.000 Todesfälle überschritten.
	  o Asien/EMRO
	  ▪ In Indien leichter Rückgang der Neuinfektionen
	  ▪ Erneuter Anstieg in Japan und Südkorea
	  ▪ Anstieg der Neuinfektionen in WHO Region EMRO; folge von verfrühten Lockerungsmaßnahmen, wenig Akzeptanz der Maßnahmen
	  o Europa
	  ▪ Weiterhin größter Anteil der neuen Fälle in letzten 7 Tagen; Neuinfektionen insgesamt etwas rückläufig, Todesfälle im Vergleich zur Vorwoche weiterhin ansteigend
	  ▪ Zunahme der Neuinfektionen in Russland
	  ▪ ECDC RRA vom 19.11: Anstieg von tödlichen Fällen in Langzeitpflegeeinrichtungen
		ZIG1
		([redacted]

	• Vorschlag: in Europakarte Inzidenzen farblich stärker variieren, als höchste Kategorie nicht nur >50 Fälle ausweisen. • Anpassung der Musterquarantäneverordnung: o Deutschland will weg von einem festen hin zu einem dynamischen Schwellenwert. Im Gespräch ist eine 7-Tage-Inzidenz, die um 30 höher ist als in Deutschland. Soll diese Woche noch entschieden werden. **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 929.133 (+10.864), davon 14.112 (1,5%) Todesfälle (+90) o 7-Tage-Inzidenz 143/100.000 Einw. o 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,97 o ITS: 3.709 (+79), invasiv beatmet: 2.132 (+34) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Bleibt bei Plateau, kein merklicher Rückgang ▪ In einzelnen BL leichter Anstieg oder Abstieg o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Wenig Veränderung, nur wenige LK (38) überschreiten die Inzidenz von 50 nicht. • Es sollte in Erinnerung behalten werden, dass es nach wie vor eine steigende Tendenz bei den Verstorbenen gibt. • Liegen die hohen Fallzahlen in Grenzregionen sowohl im Osten wie auch im Westen am Grenzverkehr? o Nur noch bei 1,4% der Fälle ist der Expositionsort im Ausland (geringer Anteil am Gesamtinfektionsgeschehen). o Könnten bei der starken Betroffenheit von Pflege-einrichtungen z.B. in Sachsen Berufspendler in medizinische Einrichtungen eine Rolle spielen? • Es fällt auf, dass es in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entgegen dem Trend keine Abnahme der Fälle gibt. o Bisher gibt es hierzu keine Rückmeldung aus den BL, [redacted] wird nachfragen. o Die Fallzahlen in diesen BL waren bisher niedrig. Vielleicht hinkt das Verhalten der Bevölkerung deshalb etwas hinterher. o Könnte es an einem hohen Anteil von „Querdenkern“ liegen? Könnte für die Beantwortung dieser Frage die Befragung des sozioökonomischen Panels herangezogen werden? Abt. 2 wird klären, ob sich geeignete Variablen im Geda-Datensatz befinden.	ZIG ([redacted] FG32 ([redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • 2. Usbekistan Mission ist abgeschlossen. • 1. Mission nach Ecuador geht zu Ende. • Ggf. wird es einen 2. Besuch in Namibia geben, um SARS-CoV-2 Testung zu unterstützen. • GHPP Corona Global: BMG bat ZIG die externe Begutachtung der Anträge zu organisieren, wird ein länger dauernder Prozess werden.	ZIG ([redacted]

	• ECDC plant ab Dezember nur noch einmal pro Woche Daten zu veröffentlichen (an welchem Tag ist noch unklar).
	  o Ab Dezember wird es deshalb nur noch einmal pro Woche ein Update der Internationalen Lage basierend auf den ECDC-Zahlen geben.
	  o Die anderen beiden Termine werden zur vertieften Vorstellung von Ländern oder Publikationen genutzt.	

3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Auf Mittwoch verschoben	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Alles rund um Impfkampagne dominiert. • Corona-Kontakttagebuch: soll nutzerfreundlich sein, aber präzise für ÖGD, finaler Vorschlag am Mittwoch. • Fälle, bei denen akute Krisenintervention nötig ist, steigen. **Presse** • Es werden zunehmend mehr Artikel für das EpidBull von externen Autoren eingereicht. Themen sind z.B.: Testung, Vorkommen in KH, in Bevölkerung, in Schulen. Es musste einiges abgelehnt werden. • Ein Artikel zum Vergleich von Antigen vs. PCR-Testung aus der Stuttgarter Notausnahme wurde am Freitag in den Krisenstab geschickt mit der Bitte um ein Peer-Review.	BZgA ([redacted] Presse ([redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Beschluss-Entwurf des MPK-Vorsitzlandes (hier); und deren Auswirkung auf Empfehlungen und Flussdiagramm
	  o Quarantänezeit kann bei Durchführung eines Tests verkürzt werden, soll am 01.12. verkündet werden.
	ToDo: Anpassung der Dokumente
	  o Empfehlung: Bei Infektion eines Schülers in einer Klasse wird die ganze Klasse für 5 Tage in Quarantäne geschickt. Am 5. Tag nach Diagnose des Indexfalls erfolgt ein Antigen-Test. Bei negativem Ergebnis kann der Präsenzunterricht wiederaufgenommen werden.
	  ▪ Die Gründe für die Empfehlung sind pragmatische. Soll sich das RKI dazu äußern?
	  ▪ Eigentlich wären nicht alle Schüler der Klasse als Kontaktpersonen der Kat. 1 zu betrachten. Bei Kontaktpersonen der Kat. 1 würde die Quarantäne jedoch 14 Tage oder 10 Tage + Test betragen.
	  ▪ Diese Haltung wurde gegenüber Kanzleramt und Minister klar geäußert. Eine weitere Klarstellung macht im Moment keinen Sinn. Zunächst soll abgewartet werden, was beschlossen wird. Auf
		VPräs / Alle

	Rückfrage sollten fachliche Argumente genannt werden. ▪ Das Tool von [redacted] kann berechnen, welch größeres Risiko durch eine verkürzte Quarantäne zu erwarten ist. Es wurde in der letzten Woche auf einem Preprint-Server publiziert und vom RKI getwittert, ab 23.11.2020 ist es auch von der COVID-Website des RKI verlinkt. o Beschränkung auf 5 Personen aus 2 Haushalten ▪ Es gibt Familien mit mehr Familienmitgliedern. Nicht die Anzahl der im gleichen Haushalt lebenden Personen ist entscheidend, sondern wie viele Haushalte sich treffen und was als Haushalt definiert wird. [redacted] wird einen Satz hierzu vorformulieren.	
	b) RKI-intern • Massentests in Gesamtbevölkerung oder bestimmten LK o Diese Frage wird wieder aufs RKI zukommen, deshalb sollen Massentests basierend auf den neuen Erkenntnissen aus Südtirol und Tschechien nochmal neu bewertet werden. o Es gibt von heute Morgen bereits eine Aufgabe von Minister Spahn zur Einschätzung der Teststrategie/ Untererfassung bei Reihenuntersuchungen. Hier gibt es zurzeit viele Aktivitäten. Aufnahmeuntersuchungen in Altenheimen und KH geben einen guten Einblick in die Situation. Reihen-testungen in bestimmten Risikokonstellationen sind jedoch nicht das gleiche wie Massentests. o Die Frage ist, wie sinnvoll ist es, die ganze Bevölkerung oder ab einer bestimmten Inzidenz einen ganzen Landkreis zu testen. o Was sind die Ergebnisse z.B. aus Südtirol? Was ist das additional value? Gibt es einen Zusatznutzen für die Steuerung von Maßnahmen? o Die Sensitivität der Tests liegt bei ca. 80%, die Spezifität bei ca. 98%. Das Ergebnis hängt von der Güte der Tests ab. Es ist mit einem hohen Anteil falsch positiver Ergebnisse zu rechnen. o Antigentests wurden an symptomatischen und nicht an asymptomatischen Patienten validiert. Auch hier kommen jedoch immer mehr Daten dazu. o Es darf nicht vergessen werden, dass es sich um selbst-selektierte Tests handelt und nicht um Zwangstests. o Beim Sozioökonomischen Panel liegt der Anteil positiver Ergebnisse der PCR-Tests unter 1%. Die Beteiligung war deutlich geringer als sonst üblich, vielleicht dem Hinweis auf eine Quarantänepflicht bei positiver Testung geschuldet. Dies ist wichtig für die Bewertung einer bundesweiten Stichprobe. o Unerwünschte Wirkungen von Massentests sind das Zusammenbringung vieler Menschen an einem Ort und eine möglicherweise falsche Sicherheit nach negativem Test.	VPräs / Alle

	ToDo: Bewertung von Massentests, [redacted]: Erläuterung des Grundprinzips; [redacted]: Kontaktaufnahme mit Italienern; ZBS1: Güte der Tests o Längerfristig werden sicher auch Selbsttests nochmal Thema werden.	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 o Nerze: dänische Partner haben sich bereit erklärt Isolate zur Verfügung zu stellen. o Weiterhin werden Antigentests evaluiert. Vom BMG kam die Frage, wie viele Tests im RKI und PEI wöchentlich evaluiert werden können? • Virologische Surveillance o In den letzten 2 Wochen wurden 187 Proben getestet. 26% waren pos. auf Rhinoviren, 1* wurden Parainfluenzaviren gefunden und 9 Proben waren positiv auf SARS-CoV-2. Der Nachweis von Rhinoviren nimmt zurzeit ab. Weitere Erreger wurden nicht nachgewiesen. o FG17 bemüht sich weiterhin Isolate der Nerz-Mutanten aus Dänemark zu bekommen. o Der letzte Nachweis bei Menschen war Mitte September, ähnliche Varianten konnten sich auch an anderen Stellen nicht durchsetzen. Es handelt sich eher um punktuelle Übertragungen. o Gibt es Hinweise auf Übertragungen bei anderen Tieren? ▪ Keine Studien dazu vorhanden. Hauskatzen, Großkatzen sind empfänglich, haben im Zoo das Virus aber eher über die Pfleger bekommen. Experimentell sind auch Waschbären empfänglich. ▪ Nerze und Frettchen sind miteinander verwandt. Ob es Unterschiede in den Rezeptoren für SARS-CoV-2 gibt, ist nicht bekannt.	ZBS1 ([redacted] FG17 ([redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ In allen Altersgruppen unter jahreszeitlichem Durchschnitt, abnehmende Tendenz. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Plateaubildung bzw. Rückgang	FG36 ([redacted]

	▪ Anteil der Jugendlichen bleibt überproportional. o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ 52 neue Ausbrüche ▪ 2/3 aller Ausbrüche in den letzten 1,5 Monaten ▪ Bei ca. ¼ der Ausbrüche waren nur Erwachsene betroffen. o Ausbrüche in Schulen ▪ Plateaubildung, 75 neue Ausbrüche ▪ Größtes Geschehen in Hamburg mit 51 Fällen: 33 bei 0-10 Jährigen, 14 bei 11-14 Jährigen, 2 bei 15-20 Jährigen und 2 bei >20 Jährigen. ▪ Bei 2 weiteren größeren Geschehen in Thüringen und Sachsen-Anhalt (32 und 30 Fälle) sind in erster Linie 11-14 Jährige und Jugendliche betroffen. ▪ Gibt es besondere Umstände bei Ausbrüchen mit hohen Fallzahlen? Hierzu sind keine näheren Informationen vorhanden. o Rückmeldung aus der Bevölkerung (BZgA): zeitliche Verzögerung, da viele Eltern mit Befunden allein gelassen werden und keine Information zum Verhalten erhalten. • Anregung zur Aufnahme der Ag-Tests in die Falldefinition (Bitten der GÄ; siehe Mail GA Düsseldorf an nCoV-Lage am 20.11.20, 15:10 Uhr) o Wurde in AGI von Bundesländern ans RKI herangetragen. o Wird zurzeit auch auf europäischer Ebene diskutiert. Die Änderung der ECDC-Falldefinition sollte abgewartet werden. o Alle positiven Antigenteste zu zählen würde zu einer Übererfassung führen. o Ein positiver Antigentest mit klinischer Symptomatik könnte als Fall gezählt werden. o Bei asymptomatischen Fällen müsste der Test durch einen positiven PCR-Test bestätigt werden. o Die Software müsste angepasst werden. o Wenn positive Antigenteste übermittelt werden, muss geklärt werden, ob sie auch in den offiziellen Zahlen ausgewiesen werden sollen oder ob zwischen wahrscheinlichen und bestätigten Fällen differenziert werden soll. *ToDo: Erarbeiten eines Entwurfs in einer Arbeitsgruppe bestehend aus Abt. 3, FG36, FG38, [redacted], FF [redacted]. Besprechung des Entwurfs im Krisenstab Ende dieser oder Anfang nächster Woche.*	FG38
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Information aus Flughafengruppe: viele GA und Behörden sind technisch noch nicht so angeschlossen, dass sie Daten auf elektronischem Weg erhalten können. FG38 steht hierzu in engem Austausch mit der Bundesdruckerei. • Insgesamt sind bisher 161.863 Einreiseanmeldungen eingegangen. 52,8% der Anmeldungen wurden über das Postverfahren zugestellt, 7,4% über die Clearingstelle am RKI und 39,9% über das digitale System.	FG38 ([redacted])

	• Gestern sind beispielsweise 8.826 Anmeldungen eingegangen, 48,2% über die PostAG, 9,7% über die Clearingstelle und 42,1% über das digitale System. • Die Länder sind daran interessiert, dass das Verfahren mit der Post weiterläuft, bis das System reibungslos funktioniert. • Stichprobenhafte Prüfungen der Polizei ergaben, dass 20% der Anmeldungen fehlerhaft ausgefüllt wurden: https://www.trtdeutsch.com/news-inland/corona-meldepflicht-rund-20-prozent-der-ruckkehrer-geben-falsche-daten-an-3634099	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*25.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs (für 25. und 27.11. entschuldigt), Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Effekt von Lockdown	 ZIG1 FG32 FG36 FG37, alle drei FG38 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Von Montag auf heute Mi 25.11. verschoben (ggf. nochmal verschieben)	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Impfen • Beschlüsse Bundesregierung: Implikationen **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** • Dokumente zur Kontaktnachverfolgung • Aufgabe ID 724 ARS Daten: Besprechung Disclaimer für Lagebericht	Alle FG37

8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • • Aktualisierung der Entlasskriterien	IBBS [redacted] / [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Empfehlung für Personen, die vorher bestätigter COVID-19 Fall waren bzgl Quarantäne	FG36/FG32
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 27.11.2020, 11:00	FG37

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*25.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung (entschuldigt)

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS

- [redacted]
- [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	o Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o Ca. 59 Mio. Fälle und > 1,4 Mio. Verstorbene (2,4%)
	o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder relativ unverändert.
	  o Iran hat Spanien (nun Platz 13) abgelöst.
	  o Abnehmend Italien, Frankreich Polen,
	  o Zunehmend USA, Indien, Iran, Afrika starker Zuwachs,
	  o Frankreich hat auf den 7. Platz gewechselt. Polen und Großbritannien haben Plätze getauscht.
	o 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o 81 Länder überschreiten den Schwellenwert.
	  o Chile wieder hinzu und Botswana dazugekommen
	  o In Nordafrika nimmt die Anzahl der Fälle zu.
	o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Keine großen Veränderungen
	• ECDC Modellierung: Aktualisierung November
	  o Modelliert werden Fallzahlentwicklungen unter verschiedenen Annahmen wie Weiterführung der Maßnahmen vom November bis 25. Dezember und verschiedenen Annahmen zu Kontaktbeschränkungen, bspw. Kontaktbeschränkungen wie im April, Rückgang Fälle um >50%, ebenfalls Rückgang der Hospitalisierungen,
	  o Weitere Szenarien zur Annahme Lockerung der Maßnahmen, gezeigt am Bsp. Frankreich und Deutschland, Wiederanstieg der Fälle wird modelliert, bspw. Maßnahmen um den 7. Dezember gelockert, Wiederanstieg schon um Weihnachten, Maßnahmen erst gegen Ende Dezember gelockert, Wiederanstieg erst im Januar,
	• *Diskussion:*
	  o Modellierung nur begrenzt aussagekräftig für Deutschland,
		ZIG1 ([redacted]

	o nach Weihnachten ist ggf. ein 3. Anstieg zu erwarten, der möglicherweise wieder höher ausfallen könnte als zuvor; o Frage nach einer ähnlichen Projektion für Deutschland sinnvoll => ECDC zeigt schon die Begrenzung, Formulierung der Erwartungen und Annahmen ist schwierig und Auswirkungen schwer zu quantifizieren; o Limitation: Modellierung schaut auf die Maßnahmen ohne z.B. das Einhalten der Maßnahmen zu berücksichtigen, zusätzlich wird vor allem auf Fallzahlen geschaut, diese hängen aber von vielen Faktoren ab; o Scheu davor ggf. nicht völlig korrekte Vorhersagen zu machen sollte ggf. nicht abhalten ein „Was-Wäre-Wenn-Szenario“ zu entwerfen; o Hinweis zu Quarantäneregelungen, es gab vom OGV Münster ein aufhebendes Urteil in NRW dazu, o Es gibt weitere Überlegungen vom Inzidenzwert wegzugehen; 10 Tage Quarantäne für KP1 oder 7 Tage + negative PCR/negativer Antigentest, o Frage nach der Haltung von Deutschland zur Beschlussvorlage, Testkriterien und Quarantänedauer sind wahrscheinlich eher unkritisch, Beschlussvorlage wird so schnell wie möglich mit dem RKI geteilt und abgestimmt	[redacted]
	National o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 961.320 (+18.633), davon 14.771 (1,9%) Todesfälle (+410) o 7-Tage-Inzidenz 140/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87 o ITS: 3.770 (+28), invasiv beatmet: 2.176 (+15) o Recht hohe Todesfallzahlen o Indifferente Lage, beatmete Patienten sind etwas runtergegangen o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum o Bleibt bei Plateau, kein merklicher Rückgang o Es fiel auf, dass es in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen entgegen dem Trend keine Abnahme der Fälle gibt. o Anstieg in Sachsen und Thüringen weiterhin unklar, auf Nachfrage keine klare offizielle Antwort o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o Wenig Veränderung, nur wenige LK (32) überschreiten die Inzidenz von 50 nicht. o ein Landkreis zeigt keine Fälle an, aber er hatte nur technische Probleme, kein echter Fallzahlrückgang o Skala musste nach oben angepasst werden, 1 LK >500 o Insgesamt Lage unverändert, kein deutlicher Rückgang o Inzidenz Alter: Darstellung wurde zunächst beibehalten, soll ggf. angepasst werden o V.a. junge und hohe Altersgruppen betroffen, wenig Veränderungen o KW 46/47 mittlere Altersgruppe steigt etwas an o Veränderung über KW: Zunahme Anzahl Verstorbener steigt >1.000 Fälle in KW 46/47, Anteil bleibt aber <1%	FG32 ([redacted]

	• *Diskussion:* o Frage nach Sprachregelung zum sinkenden Fall-Verstorbenen-Anteil; Antwort: mehr Jüngere betroffen, breitere Testung, verbesserte Behandlung; Anmerkung dazu: Inzidenz Verstorbene/100.000 EW ist für den internationalen Vergleich ggf. aussagekräftiger; o Weitere Anmerkung: Altersklasse 10-14 Jahre geht runter, obwohl Schulen weiterhin offen sind, bei den Älteren steigen die Zahlen wieder an trotz Lockdown, da Einträge in Alten- und Pflegeheimen weiter stattfinden, o Grafiken (Folien hier) zu Altersgruppen gezeigt, 20-39 Jahre und 80+ zeigen weiterhin hoher Anzahlen andere geringere o *Syndromische Surveillance*(Folien hier)*:* o Grippe deutlich niedrigeres Niveau gegenüber Vorsaison, Kinder steigen an, Arztbesuche niedriger gegenüber zur Vorsaison, SARI-Fälle 35-59 Jahre und älter steigen stark an, o Anteil SARI mit Covid steigt stark an, liegt in KW 46 bei 59%, deutlich mehr als im Frühjahr, 35-59 Jahre sogar bei 72%, starker Anstieg und deutlich über Frühjahr bei allen (auch noch liegenden) SARI-Fällen o *Testkapazität und Testungen* (Folien hier)*:* o KW 47 Anzahl Testungen nochmal zurück gegangen, Anzahl Positive leicht erhöht, Positivenquote leicht erhöht auf 9,4%, Anzahl übermittelnde Labore leicht zurück gegangen, Auslastung leicht zurück gegangen auf ~75%, Rückstau hat auch weiter abgenommen, o Interpretation: Änderungen zu Testempfehlungen haben sich ausgewirkt, Testungen bei Personen ohne Symptome nimmt ab, es wird aber nicht davon ausgegangen, dass deutlich weniger Erkrankte erkannt werden. o Leichter Anstieg des Positivenanteils o Rückgang des Testverzugs o Steiler Anstieg bei Anzahl der Testungen bei >80 Jährigen o *Diskussion:* o Es gab technische Probleme bei Übermittlung, bei einem Labor aber über längere Zeit Doppelmeldungen, Vorschlag für einen Disclaimer für den Lagebericht, Auswirkung auf kumulative Testanzahl aber Darstellung, Verlauf und wesentlichen Aussagen bleiben unverändert o Weiterer Punkt: Zahlen zeigen, dass es nicht gelungen ist die Infektionen aus Alten- und Pflegeheimen fernzuhalten, Diskussion nimmt KITAS und Schulen in den Fokus, sollte aber auch die Verschiebung zu den mehr Älteren beachten	[redacted] [redacted] [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** o	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o	
4	**Aktuelle Risikobewertung**	

	o Frage nach verändertem Textvorschlag, um Ältere hervorzuheben o Sachliche Formulierung zu den beobachteten Zunahmen sinnvoll o Im Lagebericht könnte das noch einmal deutlich dargestellt werden und Text entsprechend geändert o Bessere Schutzausrüstung in Alten- und Pflegeheimen im Vergleich zum Frühjahr wird viel diskutiert aber löst sich nicht alles o Eintrag wahrscheinlich doch oft über Personal, das ist eine kommunikative Herausforderung, erfordert nüchterne Darstellung ohne viel Interpretation im Lagebericht o Grafik (Folien hier) zur Inzidenz nach Meldewoche für die LK zeigt heterogene Verteilung, Veränderung über die LK zeigt viele mit deutlichem Anstieg und viele mit deutlichem Rückgang, teils sehr divers bspw. Bayern, Thüringen und Sachsen eher Anstiege, o Zusammenhang zur Bevölkerungsdichte ist nicht so stark *ToDo:* Vorschlag für Risikobewertung wird von FG36 ([redacted]) erarbeitet, mit Fokus Schutz der Älteren mit dem Hinweis, dass dies aber nur zu schaffen ist, wenn Zahlen insgesamt gedrückt werden. Lagebericht soll das aber schon aufnehmen, Datenlage nüchtern und sachlich schildern, sensible Kommunikation	[redacted] Alle
5	**Kommunikation** **Presse** o Presseanfrage eines Investigativ-Verbunds mit Fragenkatalog zu SORMAS und DEMIS wird mit Medienanwalt beantwortet, o Anmerkung es gab auch schon früher kritische Anfragen aus diesem Verbund und wird bestimmt noch mehr geben	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** o Beschlüsse Bundesregierung: Implikationen noch unklar o MPK-Beschlüsse müssen abgewartet werden, da evtl. noch letzte Änderungen kommen könnten o Diskussion: Impfungen und Implikationen für Empfehlungen, bspw. Maskenpflicht bei Personen mit Impfung. o Maskenpflicht sollte auch für Geimpfte beibehalten werden, Priorisierung der Impfung erfolgt nach Risiko; an die (noch) nicht erfolgte Impfung darf keine Benachteiligung geknüpft sein, sterile Immunität nach Impfung nicht bewiesen, Maskenpflicht kollektive Maßnahme, senkt insgesamt die Krankheitslast auch für weitere resp. Erkrankungen, auch Impfeffektivität wurde unter den Bedingungen mit Maske gemessen, Infektionsdruck würde ganz anders sein, Kontrolle wäre auch nicht umsetzbar, o Als Vorbereitung auf die zu erwartende Diskussion sollte ein Text vorbereitet werden, o Erste Frage wird sein, ob Geimpfte hinsichtlich Quarantänepflichten mit Genesenen gleichgestellt werden können o Längerfristig sollten Maßnahmen aber bei sinkender Inzidenz auch angepasst werden und dies sollte aus psychologischer Sicht auch kommuniziert werden, o Dabei sollte auch die Motivation zum Impfen berücksichtigt werden und “Lichtblicke“ mitbedacht werden	[redacted] Alle

	o Impfen ist auch auf Populationsebene zu sehen, aber nicht für alle Menschen ist dies gleich bedeutend und verständlich *ToDo:* Erstellung einer Textvorlage siehe Punkte zuvor, Sammlung bei FG 33, in Zusammenarbeit mit P1	
7	**Dokumente** o Dokumente zur Kontaktnachverfolgung (Dokument hier) o Überarbeitung und Aktualisierung der Dokumente zur Handreichung im medizinischen und Pflegekontext, aktualisiert optionale Handlungsempfehlungen zum Umgang bei medizinischem Personalmangel, KP3 rausgenommen sonst wenig Änderungen, Anpassung der aktuellen Formulierungen zur Quarantäne muss noch geschehen o Aussage zu Testung zur Verkürzung der Quarantäne sollte wenn möglich auf nationale Teststrategie verweisen o Frage nach Anpassung der Formulierung zum Einsatz von asymptomatischem Personal bei Covid-19 Patienten, dies sollte aber nicht auf Alten-/Pflegeheime angewandt werden, es gibt aber auch Ausnahmeregelungen, die dies auf das Pflegepersonal anwenden, o Wichtig noch die Aufnahme, dass Personal symptomfrei sein muss o Rückmeldung falls Änderungsvorschläge und Finalisierung nachdem Beschlüsse vorliegen *ToDo:* Anpassung durch FG 37, Freitag Finalisierung durch Krisenstab o Aufgabe ID 724 ARS Daten: Besprechung Disclaimer für Lagebericht, siehe Punkte zu Testkapazität und Testungen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** o Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** o Nicht besprochen	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Aktualisierung der Entlass-Kriterien (Folien hier) o Änderung in Fußnote 2, zu Diagnostik, Testung und PCR-Befunden sowie Probenahme, Veröffentlichung geplant 26.11.	IBBS [redacted] / [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Empfehlung für Personen, die vorher bestätigter COVID-19 Fall waren bzgl. Quarantäne o Finale Abstimmung Textvorschlag, Inhaltlich gleich, nur besser eingeordnet, es wird von partieller Immunität ausgegangen, bei Einreise aus Risikogebiet oder Kontakt zu Covid-19 Fall soll Selbstmonitoring stattfinden, soll in FAQ zu Kontaktpersonen und Quarantäne ergänzt werden	FG36/FG32
12	**Surveillance** o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**	FG38

	o Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** o 25.11.2020: Kanzlerin und MPK Vorstellung weiterer Maßnahmen für die Wintermonate	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 27.11.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*27.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs, ggf. Gäste: BzGA, BMG, Bundeswehr***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Ausrüche	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Überarbeiteter Entwurf von FG 36	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Umgang mit den Beschlüssen der MPK vom 25.11. und Implikationen auf RKI-Dokumente? bes. Punkt 8: 5-tägige Quatantäne und Freitestung Erkrankter ab Tag 3 **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** • Abstimmung zu Dokument„Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und	Alle FG37

	Krankenhäusern in einer Situation mit relevantem Personalmangel“ • Abstimmung zu Dokument „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel“ • Abstimmung zu Dokument „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“	FG37 FG37
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Modellierung, Impfquotenerfassung	FG33 [redacted]
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Anfrage von Herrn Spahn zu Alltagsmasken vs.OP-Masken (s. Mail vom 25.11.2020 – im Ordner hier)	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie und hosp. Fällen • Anpassung der Falldefinition	FG36 FG36: [redacted] / [redacted] [redacted] FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Stand DEA • Entwurf neuer Empfehlungen der EASA und des ECDCs zur Testung und Quarantäne von Reisenden	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Abordnungen BBK	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 30.11.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*27.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	o Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o Ca. 60,5 Mio. Fälle und > 1,4 Mio. Verstorbene (2,35%)
	o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder: USA, Indien, Brasilien, Italien, Russland, Polen, Deutschland, Großbritannien, Frankreich und Iran.
	  o zunehmende Trends in den USA, Indien, Brasilien und dem Iran (dort wurden Maßnahmen letzte Woche verschärft); abnehmende Trends in Italien, Großbritannien und Frankreich; Polen, Russland, und Deutschland mit eher abnehmenden Trends.
	  o Der Fallverstorbenen-Anteil im Iran ist sehr hoch.
	o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o 80 Länder überschreiten den Schwellenwert.
	  o Unveränderte Situation in Afrika, Amerika, Asien, Ozeanien.
	  o In Europa ist die Türkei hinzugekommen; dies ist ggf. auf eine veränderte Berichterstattung der Fälle zurückzuführen, da zwischen Juli und November keine asymptomatischen Fälle berichtet wurde, jetzt dagegen wieder.
	o 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o Europa weiterhin stark betroffen, 29 Länder haben eine 7-Tage-Inzidenz von >50/100.000 Ein.
	  o Irlands 7-Tage-Inzidenz ist auf 43/100.000 Einwohner gesunken, Finnland und Island dagegen nähern sich einer 7-Tage-Inzidenz von 50/100.000 Einw.
	o Todesfälle in den letzten 7 Tagen
	  o Besonders in Europa gibt viele stark betroffene Länder, darunter Bosnien-Herzegowina, Belgien, Polen, Tschechien etc. Auch der amerikanische Kontinent weist eher hohe Todeszahlen in den letzten 7 Tagen auf.
	o Zusammenfassung:
	  o Amerika weist einen leicht höheren Anteil an neuen Fällen in den letzten 7 Tagen auf als Europa (42% zu 40%).
	  o In der AFRO-Region wurde letzte Woche der höchste Anstieg an neuen Fällen (15%) und Todesfällen (30%) berichtet.
	  o In Amerika mehr al 1,5 Mio. neue Fälle in der letzten Woche. In der WHO-Region PAHO wurde die höchste wöchentliche Zahl seit Beginn der Pandemie gemeldet.
	  o Europa: größter Anteil der Todesfälle in den letzten 7 Tagen.
		ZIG1

	National o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.006.394 (+22.806), davon 15.586	FG32/38

	(1,5%) Todesfälle (+426)
	o 1 Mio. Fälle als Schwelle überschritten, Trend rückläufig laut internationaler Lage, aber eigentlich noch keine Entspannung sichtbar, neuer Rekord mit Todesfällen.
	o 7-Tage-Inzidenz 136/100.000 Einw. (leicht gesunken)
	o 4-Tage-R=0,82; 7-Tage-R=0,93, jedoch schließt das Konfidenzintervall 1 noch ein.
	o ITS (Datenstand 26.11.2020): 3.826 (+45), invasiv beatmet: 2.290 (+76)
	o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach <u>Berichtsdatum (ohne nachträgliche Korrektur)</u>: kleiner Rückgang sichtbar, aber östliche Bundesländer (SN, TH, BB) mit steigenden Trends, nur MV stabil. Die Ursachen sind noch unklar, viele Ausbrüche in vulnerablen Gruppen werden beobachtet.
	o Geografische Verteilung der 7-Tage-Inzidenz in Deutschland: Wenig Veränderung, nur 21 LK überschreiten die Inzidenz von 50/100.000 nicht. LK Hildburghausen mit äußerst hoher Inzidenz.
	o LK Hildburghausen:
	  o Die Lage im LK sollte mit allen vorhandenen Daten im zeitlichen Verlauf ausgewertet werden. Die kumulative Inzidenz liegt wahrscheinlich nur bei 1 bis 1,5%; weniger als 10% sind wahrscheinlich an COVID-19 erkrankt, so dass weiterhin 90% suszeptibel wären.
	  o Es wäre sinnvoll nachzufragen, ob vor kurzem vermehrt Schnellteste eingesetzt wurden oder ob es andere besondere Umstände gibt, die die hohen Fallzahlen erklären könnten.
	  o Perspektivisch wäre eine weitere Hotspot-Studie im Rahmen von Corona-Monitoring-Lokal im LK Hildburghausen möglicherweise geeignet, dies wäre ggf. zu Februar 2021 möglich, allerdings stehen dafür noch keine Finanzmittel zu Verfügung.
	o Wöchentliche Sterbefallzahlen: im internationalen Vgl. milder Verlauf, leichter Anstieg seit KW41, Gesamtmortalität ebenfalls mit leichtem Anstieg, leicht über dem Durchschnitt der Vorjahre.
	o Wöchentliche Hospitalisierungen nach Alter: Höhere Altersgruppen sind häufiger hospitalisiert als jüngere. Die Hospitalisierungsinzidenz erreicht in den hohen Altersgruppen knapp 50/100.000 pro Woche.
	o Darstellung der wöchentlichen Todesfälle nach Alter zeigt ebenfalls in den hohen Altersgruppen höhere Inzidenz.
	
	o Ausbrüche im zeitlichen Verlauf (Folie hier)
	o Hinterlegt sind alle Fälle ohne Hospitalisierte (graue Balken) und hospitalisierte Fälle (rote Balken), jeweils mit Bezug auf die rechte Skala.
	o Die Anzahl der Ausbrüche in Krankenhäusern und Pflegeheimen ist parallel und in beiden Wellen etwa gleich stark ausgeprägt (rote und blaue Kurve). Der Anstieg war im Frühjahr steiler als in der 2. Welle.
	o Die Anzahl an Fällen beim Personal gemäß § 23 IfSG
		FG37

	(hellgrüne Kurve) ist in der 2. Welle deutlich geringer als in der 1. Welle und bereits abfallend. Dies ist ggf. auf ein verbessertes Krankenhausmanagement zurückzuführen, wobei unklar ist, ob das Personal sich vor Ort angesteckt hat (sicherlich auch Reiserückkehrer darunter). o Die Anzahl an Fällen in den nosokomialen Ausbrüchen ist in der 2. Welle geringer als in der 1. Welle. Die Situation in den Krankenhäusern scheint besser bewältigt zu werden (bei gleichbleibender Anzahl an Ausbrüchen). o Dagegen ist die Anzahl an Fällen in den Ausbrüchen in Pflegeheimen in beiden Wellen ähnlich stark ausgeprägt; sie übersteigt in beiden Wellen die Anzahl an Fällen in nosokomialen Ausbrüchen als auch die Anzahl an Fällen beim Personal und sie steigt in der 2. Welle weiter an. o Die Daten legen den Schluss nahe, dass die Maßnahmen im Krankenhaus besser greifen als in den Pflegeheimen, in denen die am stärksten vulnerablen Altersgruppen leben. Trotz intensiver Bemühungen, die Empfehlungen für die Alten- und Pflegeheime anzupassen, scheint die Situation weiterhin schwierig zu sein (Personal ggf. weniger gut ausgebildet, überlastet, schlechter ausgestattet). o Weitere Auswertungen zu den Ausbrüchen in Pflegeheimen wären ggf. sinnvoll (z.B. Anpassung an die Altersstruktur). o Für das nächste Pressebriefing sollte als positive Nachricht die Entwicklung der Krankenhäuser benannt werden, auch die Aussicht auf den Impfstoff, die Kommunikation über die Altenpflegeheime ist wesentlich schwieriger. Botschaft muss sicherlich enthalten, dass Ausbrüche nicht vermeidbar, aber eindämmbar sind. Die Größe des Ausbruchs kann über gezielte Maßnahmen beeinflusst werden. o Es sollte geprüft werden, über welche zusätzlichen Kanäle die Pflegeheime am besten erreicht werden können. o Ggf. könnte man die Frequenz von Personaltestungen in Pflegeheimen erhöhen. o Auch international ist die Lage in Pflegeheimen schwierig. Ca. jeder 13. Bewohner eines Altenpflegeheims in den USA ist an COVID-19 verstorben. *To Do*: FG37 nimmt Anregungen auf und überlegt, welche Hebel noch genutzt werden können.	
2	**Internationales (nur freitags)** o Aktuell erfolgen die Abstimmungen zur neuen Ausweisung der Risikogebiete; dabei ist ein dynamischer Schwellenwert in Bezug auf das deutsche Infektionsgeschehen angedacht (bundesweite 7-Tage-Inzidenz plus 30). Dadurch würden viele Länder aus der aktuellen Liste der Risikogebiete herausfallen. Das Auswärtige Amt ist über eine mögliche Weihnachtsreisewelle besorgt. o Es wird diskutiert, ob zwischen Ländern innerhalb und außerhalb Europas unterschieden werden könnte (außerhalb Europas sollten qualitative Parameter mitberücksichtigt werden, innerhalb Europas primär der dynamische Schwellenwert). o Die Umsetzung erfolgt ggf. bereits in der kommenden Woche,	ZIG

	dazu müssen Sprachregelungen zu Ländern, die keine Risikogebiete mehr sind, gefunden werden. o In der Kommentierung der Vorlage ist der Begriff der „Freitestung“ gefallen, was nochmals kritisch aufgegriffen werden sollte.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Überarbeiteter Entwurf von FG 36 • Vertagt auf Montag	
5	**Kommunikation** **Presse** • Es gibt vermehrt Anfragen zur Vergleichbarkeit der Testzahlen. Da die Änderung der Testkriterien bereits einige Wochen zurückliegt, könnte ggf. der Hinweis angepasst werden. *To Do*: Formulierungsanpassung bis nächsten Mittwoch durch [redacted].	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Umgang mit den Beschlüssen der MPK vom 25.11. und Implikationen auf RKI-Dokumente? bes. Punkt 8: 5-tägige Quarantäne und Freitestung Erkrankter ab Tag 3 o Nach Maßgabe des GA sollen Gruppen für 5 Tage nach Diagnosedatum in Quarantäne und dann „freigetestet“ werden, auch positiv getestete sollen wiedergetestet werden. Dies widerspricht der fachlich begründeten Meinung. o In die bisherigen Dokumente soll ein Disclaimer aufgenommen werden, der auf den Beschluss verweist, ohne sich diesem fachlich anzuschließen. Die Haltung des RKI wird auf der Fachebene der Länder geteilt. o Der entsprechende Erlass liegt bereits vor. **b) RKI-intern** Nicht besprochen.	
7	**Dokumente** o Die Dokumente „Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern in einer Situation mit relevantem Personalmangel“, „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel“ und „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ wurden basierend auf der Diskussion in der vorherigen Sitzung überarbeitet. Hinsichtlich der Quarantäne wird kein expliziter Zeitrahmen genannt. Z.T. liegen die Dokumente zur Anpassung der Grafiken aktuell bei IBBS.	FG37
8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	Modellierung, Impfquotenerfassung (Folien hier)
	o Impfstoffentwicklung und Zulassung
	  o BioNTech-Pfizer wird als erster Impfstoff erwartet mit Zulassung möglicherweise bis 23.11.2020, dann Chargenprüfung und Auslieferung. Hohe Effektivität von 95%, auch in hohen Altersgruppen. Hohe Impfeffektivität für BioNTech Impfstoff wird Kommunikation vereinfachen.
	  o Moderna: advanced purchase agreement, bei EMA rolling review eingereicht, unklar, ob es auf den deutschen Markt kommen wird, deutscher Markt lt. Hersteller prioritärer Markt in EU.
	  o AstraZeneca: Gesamteffektivität 70%, bei Unterkohorte mit kleinerer Dosierung 90% Impfeffektivität (Zufallseffekt), unklar, welche Konsequenzen dies für die Produktion hat (Stabilität des Impfstoffs?).
	o Stand STIKO-Empfehlung: Der am 26.11.2020 in der STIKO AG besprochene Entwurf soll in der STIKO-Sitzung nächste Woche zur Verabschiedung vorgelegt werden. Danach schließt sich ein ggf. verkürztes Stellungnahmeverfahren an. Alten-Pflegeheime werden zunächst priorisiert, dann die >80-Jährigen.
	o Bei Annahme von 90%-iger Impfeffektivität, einer Inzidenz von 150/100.000 und einer Verfügbarkeit von 1,25 Mio. Impfdosen/Woche wurde der Impact verschiedener Impfstrategien modelliert. Bei Priorisierung der >80-Jährigen würde das Gesundheitssystem a.e. entlastet (weniger Hospitalisierungen).
	o Weitere Aktivitäten:
	  o Kommunikation: Mitarbeit im Steuerungskreis Impfkommunikation (inklusive Agenturen), Slogan „Wir krempeln die Ärmel hoch“, 40 Seiten FAQs zusammengestellt, Erklärvideos und Handreichungen für niedergelassene Ärzte sind erstellt / werden finalisiert, Aufklärungsbögen und Einwilligungserklärungen sind in Vorbereitung (massiver Druck seitens der BL).
	  o Digitales Impfquoten-Monitoring: 2 Firmen beauftragt (Accenture/Bundesdruckerei), Projekt erst seit 3 bis 4 Wochen am Start mit kurzer Frist bis Mitte Dezember.
	  o Surveys zu Impfquoten / Impfintention / Impfakzeptanz: Datenschutzkonzept wurde eingereicht, Abstimmung im Steuerungskreis.
	  o Krankenhausbasierte Studie zur Impfeffektivität: Bewilligung liegt vor, in Kooperation mit PEI geplant.
	o Offene Fragen betreffen u.a. welche Maßnahmen für Geimpfte weiter gelten („hilft gegen andere resp. Erreger“ weniger sinnvoll, stattdessen Hinweis auf populationsbasierte Maßnahme), ob auch diejenigen, die die Krankheit durchgemacht haben, geimpft werden sollen, ob Riegelungsimpfungen bei Ausbrüchen durchgeführt werden sollen.
	o Impfung hinterlässt möglicherweise stärkere Immunität als durchgemachte Krankheit (Immunantwort durch mRNA-Impfstoffe deutlich höher als bei milden COVID-19 Verläufen), was an unterschiedlichen Indikatoren, u.a. neutralisierenden Antikörpern, festgemacht wird.
		FG33

	o Zunächst sollen Impfzentren zum Einsatz kommen, später ist eine Überführung ins niedergelassene System geplant (wobei die Weiterführung der Impfquotenerfassung dort ggf. schwierig sein wird). o Ein großes Hindernis in der raschen Umsetzung ist die Verfügbarkeit des Personals für Impfzentren. Jedes BL hat eigene Strategie mit unterschiedlich vielen Impfzentren und mobilen Teams. In BY findet eine Ausschreibung für Impfzentren für KV-Ärzte statt. o Hinsichtlich der Impfquotenerfassung ist bekannt, dass einige Bundesländer (z.B. BY und RP) Alternativen im Rahmen eines Gesamtpakets suchen, in dem auch Einladungen und Impflogistik erfolgen könnten. o An der WHO-Allianz COVAX, die eine gerechte Verteilung der Impfdosen weltweit als Ziel hat, beteiligt sich Deutschland nur finanziell. Frankreich hat angestoßen, dass zusätzliche Impfdosen, die national nicht gebraucht werden, an COVAX abgegeben werden.	
9	**Labordiagnostik** o Im Rahmen der virologischen Surveillance gab es 325 Einsendungen, davon waren 101 Rhinovirus-positiv, 14 für SARS-Cov-2-positiv und 1 Parainfluenzavirus positiv. Bisher gab es keinen Influenza-Nachweis. o In ZBS1 wurden 850 Proben bearbeitet, davon waren 252 positiv (knapp 30% Positivenrate). Dabei waren die GÄ gebeten worden, nur die höchstprioritären Proben einzusenden. U. a. auch durch Beteiligung an diversen Studien ist die Arbeitslast weiterhin hoch.	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Die in der vorherigen Sitzung besprochenen Änderungen wurden umgesetzt; die Veröffentlichungen sind für heute geplant.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Es stellt sich auf Anregung des Bundesgesundheitsministers erneut die Frage, ob das RKI statt Alltagsmasken nicht MNS für die generelle Bevölkerung empfehlen sollte. o Die bisherigen Empfehlungen haben die Nutzung von MNS offengelassen, sofern die Produktionskapazitäten ausreichen. An MNB hat sich die Bevölkerung gewöhnt. Es besteht Sorge, dass bei Änderung der Empfehlung der Vorwurf entstehen könnte, dass das RKI wissentlich eine „schlechtere“ Maßnahme empfohlen habe. o MNB hat Schutzwirkung, jedoch sind die Anzahl an Lagen und die Art der Herstellung mitentscheidend. Mehrlagigkeit und ein dicht anliegender Sitz sind wichtig. Sollte die Evidenz zunehmend für MNS anstelle von MNB sprechen, müsste auf die Standards verwiesen werden und auf die bestehende Empfehlung, in der ein Türchen dafür offengelassen wurde.	
12	**Surveillance** o Phaseneinteilung der COVID-19-Pandemie und hosp. Fällen	FG36

	(Folien hier) o Der Pandemieverlauf wurde in 4 Phasen (1. Welle KW10 bis 20, Frühsommer, Spätsommer ab KW31, Herbstsaison ab KW40) eingeteilt; ausschlaggebend waren die Positivenrate, 7-Tage-Inzidenz, Maßnahmen und der Anteil COVID-19 im Krankenhaus im ICOSARI-Sentinel (70 Krankenhäuser enthalten). o Zeitlicher Verlauf: In grau sind die Meldefälle dargestellt, diese fallen nach der ersten Phase ab KW 20 ab, steigen ab KW31 auf ein höheres Plateau an und steigen steil ab KW40 an. In blau sind die Fälle aus dem ICOSARI-Sentinel mit Bezug auf die linke Skala dargestellt. Im Sommer zeigte sich kein Anstieg, wohl aber ab KW40 auf ein höheres Niveau als im Frühjahr. o Anteil hospitalisierter Fälle besonders bei den 70 bis 89-Jährigen hoch. o In der Altersgruppe 15 bis 49-Jähriger bereits in der Herbstphase (nur 6 Wochen) schon mehr hospitalisierte Fälle als im Frühjahr (11 Wochen). o Vergleichbar hoher Anteil Intensivbehandlungen wie in erster Welle. o Unter jüngeren Fällen v.a. Säuglinge und Kleinkinder hospitalisiert (niedrigschwelligere Hospitalisierung). o Im Sentinel: bisher noch keine Kinder unter 15 Jahren auf Intensivstation. o Eine Veröffentlichung der Einteilung wird zeitnah begrüßt. Bisherige Zielstellung rein retrospektiv. Viele der Indikatoren werden auch in der Meldedaten-AG bearbeitet. o Anpassung der Falldefinition (Entwurf hier) o In der Falldefinition des ECDC sollen Antigennachweise zukünftig eine Rolle spielen. o In die Falldefinition des RKI soll der Antigennachweis (inkl. Schnelltest) aufgenommen werden. Die Kombination aus Antigennachweis und dem klinischen Bild, welches vereinfacht wird zu akuter respiratorischer Symptomatik jeder Schwere, krankheitsbedingter Tod, neu aufgetretener Geschmacks- oder Geruchsverlust, soll die Referenzdefinition zukünftig erfüllen. o Eine Visualisierung wäre hilfreich. o Der Zeitpunkt der Finalisierung der ECDC Falldefinition ist nicht bekannt. Eine Anpassung am RKI sollte mit dem nächsten SurvNet Update im Dezember erfolgen. Dazu sollte der Entwurf in der AGI und EpiLag angekündigt und an die Bundesländer versandt werden, auch das NRZ sollte eingebunden werden. o In der Praxis werden Antigenteste häufig nicht mehr PCR-bestätigt. *To Do*: Ankündigung des Entwurfs der Falldefinition in AGI/EpiLag sowie Entwicklung einer Visualisierung durch FG32.	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Laut eines Entwurfs neuer EASA/ECDC Empfehlungen zum	FG38

	Umgang mit Reisenden sei in der jetzigen Situation in Europa eine Testung und Quarantäne von Reisenden nicht sinnvoll, weil der Eintrag von Reisenden das Infektionsgeschehen vor Ort nur unwesentlich beeinflusse. Wenn ein Land ausreichend Testkapazitäten habe, dann könne man weitertesten. Eine Rückkehr zu vermehrtem Testen von Reisenden sei zur Vermeidung einen Re-Imports sinnvoll, wenn die Pandemie vor Ort eingedämmt ist. o Digitale Einreiseanmeldung (DEA): Nach Start der DEA lagen am 26.11.2020 00:00 Uhr laut Bundesdruckerei insgesamt 189.933 Anmeldungen vor, davon 98.674 (52%) über die Post AG, 77.220 (41%) an die Gesundheitsbehörden und 14.039 (7%) an die Clearingstelle übermittelt. Am 25.11.2020 gingen 10.531 Anmeldungen ein, davon wurden 4.865 (46%) über die Post AG, 4.867 (46%) an die Gesundheitsbehörden und 799 (8%) an die Clearingstelle übermittelt. 189 (50%) von 376 Gesundheitsämtern sind "erfolgreich" angemeldet (>95%).	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Die bisher in der Internationalen Kommunikation eingesetzten Kolleginnen vom BBK haben am 30.11.2020 ihren letzten Arbeitstag. Aufgrund der aktuell überschaubaren Arbeitsbelastung auf dieser Position und vorhandenen Personalbedarfen im BBK werden die 2 weiteren für Dezember ursprünglich abgeordneten Kollegen nicht an das RKI kommen. o Die Erfahrung zeigt, dass ein schnelles Hochskalieren bei akuter Belastung schwierig zu bewerkstelligen ist; zukünftig sollten Abordnungen nicht positionsspezifisch, sondern für das Lagezentrum allgemein erfolgen. o Am 22.11.2020 erschien der 300. Lagebericht. Am 02.12.2020 steht der 175. Krisenstab an.	FG38
15	**Wichtige Termine** o	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Montag, 30.11.2020, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*30.11.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktualisierungsvorschlag zur Diskussion	 [redacted]
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Probenentnahme für Antigen-Schnelltests durch geschultes, nicht-medizinisches Personal • Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers” **b) RKI-intern** •	Alle [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • „Kontrollstrategie im Schulbereich“ aus MPK •	 FG36
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	•	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 02.12.2020	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.11.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1

- [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	o Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o >62 Millionen Fälle, fast 1,5 Millionen Todesfälle (2,33%), stabiler Fall-Verstorbenen-Anteil
	o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder: USA, Indien, Brasilien, Italien, Russland, Polen, Deutschland, Großbritannien, Iran und Frankreich.
	  o Iran und Frankreich Plätze getauscht,
	  o zunehmende Trends in den Indien, Brasilien und Iran; abnehmende Trends in Italien, Großbritannien und Frankreich; v.a. Frankreich starke Abnahme
	  o Polen, Russland, USA und Deutschland mit leichter abnehmenden Trends.
	o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o 80 Länder überschreiten den Schwellenwert.
	  o Neu hinzugekommen Dominikanische Republik, Mexiko
	  o Europa Finnland jetzt rot, v.a. Helsinki, dort wurde gerade ein Lockdown bis 20.12. beschlossen, dieser umfasst Schließungen von Museen und öffentlichen Einrichtungen, Online Schulunterricht für höhere Klassen,
	  o In Frankreich gibt es seit Samstag Lockerungen, auch nicht essentielle Geschäfte dürfen wieder öffnen, Verlassen der Wohnung wieder einfacher,
	  o In anderen Ländern aber teils wieder Verschärfungen der Maßnahmen bspw. in Kroatien,
	o Zusammenfassung:
	  o Weltweite Verteilung der neuen Fälle in den letzten 7T: Amerika 42,3%, Europa 39,5%, Asien 15,8%, Afrika 2,4%, Ozeanien 0,04%
	  o Weltweite Verteilung der neuen Todesfälle in den letzten 7T: Europa 50,1%, Amerika 31,8%, Asien 14,4%, Afrika 2,9%, Ozeanien 0,02%
	  o Asien: Japan und Südkorea verzeichnen ihre 3. Welle
	  o China: Verkauf von Meeresfrüchten und Tiefkühlware auf dem Xinfadi-Markt eingestellt: die Ermittlung des Ursprungs des Ausbruchs im Juni in Beijing weist auf eine Übertragung aus der Umgebung auf Menschen hin. Relevanz des Geschehens in China für Deutschland scheint eher begrenzt.
	  o Amerika: PAHO: Sorge um die 2. Welle in Mittel- und Südamerika. Die meisten Länder haben das Infektionsgeschehen noch nicht unter Kontrolle gebracht
		ZIG1

	und sind nicht aus der 1. Welle raus. Erhöhte Übertragungen über die Feiertage und Ferien am Ende des Jahres erwartet. o Europa: Gemischtes Bild: während einige Länder seit ein paar Wochen einen abnehmenden Trend verzeichnen (zB. Frankreich, Spanien, Norwegen, Portugal, Belgien und Polen), nimmt die Anzahl der täglich neu gemeldeten Fallzahlen in viele Länder weiterhin deutlich zu (zB Kroatien, Zypern, balt. Länder, Slowakei, Slowenien…) o Frage nach dynamischem Grenzwert, es gibt dazu aber noch keine Entscheidung für heute **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.053.869 (+11.169), 16.248 (1,5%) Verstorbene (+125), Zahlen weiter auf hohem Niveau o 7-Tage-Inzidenz 138/100.000 Einw. o 4-Tage-R=1,04; 7-Tage-R=0,91 o ITS (Datenstand 29.11.2020): 3.901 (+13), invasiv beatmet: 2.300 (-6) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Rückgang auf geringem Niveau, Sachsen und Thüringen steigen weiter stark an, keine offiziellen Rückmeldungen dazu, o 2 Bundesländer mit <50 Fälle/100.000 EW, alle anderen drüber, viele zeigen ein Plateau, o LK mit 7-Tagesinzidenz >500 haben geringe Einwohnerzahl, o 1 LK ohne Fallübermittlung wegen technischer Probleme o *Anmerkungen/Fragen:* Frage aus dem BMG zu den weiterhin hohen Fallzahlen, 1. warum gehen die Zahlen nicht mehr nach unten? 2. Warum sind die >80 Jährigen so stark betroffen? 3. Was können wir empfehlen? 4. Gibt es meldestatistische Gründe? => Rückmeldung FG32: Dies kann ausgeschlossen werden. o Es gibt viele Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, zwar gibt es auch bei den 30-50 Jährigen hohe Inzidenzen, die aber zurück gehen, das wird sich vermutlich dann auch bald bei den >80 Jährigen zeigen, nach dem Sommer gab es einen Shift zu den älteren Gruppen, Lockdown scheint weniger effektiv als im Frühjahr, Problem der Compliance o Vorschlag sich den Anteil der betroffenen >80 Jährigen in Heimen und außerhalb anzuschauen, Frage wäre mangelt es an Schutz in den Heimen? Ein Verweis auf die bestehenden Empfehlungen und Papiere zu Heimen wäre sinnvoll, o Diskussion, ob diese Informationen vorhanden sind, Nenner unbekannt, auch in der 1. Welle sind die Zahlen nicht sofort zurück gegangen, damals wurden auch noch weniger Asymptomatische gesehen, o Für geringeren Fallzahlrückgang aber vermutlich mehrere Effekte verantwortlich: Compliance ist jetzt anders als im Frühjahr, zusätzlich kommt Winter hinzu nach 1. Welle ging es in den Sommer, o Pressebriefing könnte das nochmal aufgreifen, o Schulen sind eher nicht die treibenden Quellen und Schulschließungen würden die Lage wohl noch eher	FG32 FG36 FG37 FG38 Abt. 1 VPräs Präs

	verschärfen, allerdings müssten auch die Hygienekonzepte strikter umgesetzt werden o Besserer Einsatz von Antigentesten wurde diskutiert, wichtig ist aber auch weiterhin zu betonen, dass Antigenteste ein Baustein sind aber andere Maßnahmen nicht ablösen sollten, o Zur Lage in den Heimen wurde noch einmal angemerkt, dass die Anzahl der Fälle pro Ausbruch weiterhin sehr hoch ist, im Schnitt 18 Fälle pro Ausbruch, o Größe der Fallzahlen bei den Ausbrüchen weist ggf. eher auf Personal als auf Besucher hin, o Finanzielle Situation in einigen Heimen verschärft die Lage, Personalmangel, Ressourcenknappheit, Rolle von Antigentesten müsste anhand von Daten überprüft werden, keine sehr gute Datenlage dazu, o Kommunikation zu den Zielgruppen und Altersgruppen könnte intensiviert werden, o Es gab einen Vorschlag der BZgA für eine zielgruppenspezifische Kampagne für Jugendliche, die dann aber nicht umgesetzt wurde o Eintragung von Infektionen in Heimen müssten reduziert werden, geht über Testung aber auch über das Senken der Inzidenz in der Bevölkerung, dieser Zusammenhang sollte immer wieder betont werden, o Inzidenzkurven zeigen auch, dass alle außer die Alten runtergehen, Kurve bei den Alten wird hoffentlich folgen, Ältere stecken sich in Heimen an, aber auch zuhause – Veranstaltungen für ältere Menschen sollten nicht stattfinden (z.B. Gottesdienste), vieles wurde schon kommuniziert, müsste ggf. nochmal erfolgen, o Zum Einsatz von Antigentests in Heimen ist eine Voxco Abfrage in Planung, o Über die Träger könnten gewisse Infos zur Situation in den Heimen eingeholt werden, *ToDo*: Vorschlag für Antwort von FG37 und Beschreibung der Grafik mit den Alterskurven zur Abstimmung und Ergänzung von FG36 und FG14, parallel soll FG36 einen Formulierungsvorschlag erstellen o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	
2	**Internationales (nur freitags)** o	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o Digitale Ein- und Ausreisekarte: letzte Woche gab es ein Treffen mit BMG, Bundesdruckerei und RKI, Vertragsentwürfe wurden zirkuliert und werden diskutiert, o Es gibt eine Clearingstelle, Plausibilität der Angaben von Einreisenden nicht immer so gut, viel händische Nacharbeit erforderlich, o CWA: Bewegung und Priorisierungsverschiebung, Kontakttagebuch soll implementiert werden, Gespräche laufen,	FG21 [redacted]

	o [redacted] war in einer Sendung, dort wurde eine App mit dem Ziel der einfacheren Kontaktnachverfolgung vorgestellt, die ein Berliner Unternehmen neXenio zusammen mit den Fantastischen Vier entwickelt hat. o RKI prüft, ob das ggf. mitgenutzt werden könnte,	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Überarbeiteter Entwurf von FG 36 • Aktualisierungsvorschlag zur Diskussion (Dokument hier) • Vorschlag mit erneuerter Risikobewertung und Beschreibung der Trends, • Hinweis darauf, dass das Infektionsumfeld häufig nicht mehr ermittelt werden kann, meist aus Kapazitätsgründen bei den Gesundheitsämtern, • Hinweis, dass Schutz der Risikogruppen noch konsequenter betrieben werden sollte, wichtig ist, dass hier kein Strategiewechsel erfolgt oder neue Phase, Dokument noch einmal daraufhin prüfen, • Aufnahme von Community-Transmission diskutiert, soll aber nicht rein, • Vorschlag wird herumgeschickt, Veröffentlichung morgen angestrebt • Frage kam auf woher die Pflegekräfte kommen und ob es dort Zusammenhänge gibt, ganze Geschäftsmodelle basieren auf osteuropäischem Personal, nicht nur in Heimen teils auch im privaten Pflegedienst in den Haushalten,	FG36
5	**Kommunikation** **BZgA** • Es wird gerade etwas zum Kontakttagebuch erarbeitet und herausgegeben, • Es gibt vermehrte Hilfeersuchen in der Telefonberatung, • Viele Anfragen zu Impfungen, • Anfragen werden geclustert nach Themengebieten, damit sie zu handhaben und zu beantworten sind **Presse** • Pressebriefing für Donnerstag in Vorbereitung, Angriff auf Internetseite in der Nacht zu Montag, konnte durch die Sicherheitsmaßnahen abgewendet werden, Maßnahmen werden daraufhin nochmal erhöht.	BZgA Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Probenentnahme für Antigen-Schnelltests durch geschultes, nicht-medizinisches Personal • Anfragen und Dokumente mit dem Anliegen einer Ausnahme für Point-of-care-Teste in bestimmten Bereichen, Punkt wird teils in Papieren der Bundesregierung aufgegriffen und eine Ausweitung des Einsatzes von Antigentesten gesprochen, darauf stützen sich die Antragssteller, • Frage nach Freitestung für bspw. Veranstaltungen, wird nächstes Jahr sicherlich noch mehr werden. Inwiefern soll strategisch die Nutzung von Antigentestung aufgegriffen werden?	Alle Abt. 1 Abt. 3 VPräs FG24

	• Diskussion: Neue Testverordnung präzisiert bereits was unter qualifiziertem medizinischem Personal verstanden wird, RKI hat da keine Ausnahmegenehmigung zu erteilen, nicht Aufgabe des RKI • Weiteres: es gab eine Anfrage zu einem Vortrag zu Einsatzszenarien von Antigenschnelltesten, hierzu wurden schon einmal Webinare von RKI abgehalten, sollte von Abteilung 3 übernommen werden, nationale Teststrategie zum Mittelpunkt machen, Frage nach Ausweitung der Teste auf Lehrer wird als sinnvoll erachtet, könnte eine Ausweitung der Testung in Studien untersucht werden, es gab dazu eine Studie von Fr. Ciesek Safe School in Hessen, • Schrittweise Ausweitung der nationale Teststrategie angefangen bei Lehrern wäre sinnvoll • Antigendiagnostik gibt den Menschen auch gewissen Handlungsspielraum und könnte gut für die Compliance und sinnvolle Ergänzung sein Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers" (verschoben auf Mittwoch) **b) RKI-intern** • Nicht besprochen.	
7	**Dokumente** o „Kontrollstrategie im Schulbereich" aus MPK (Dokument hier) o Neues Vorgehen von Ministerpräsidenten beschlossen, Erlass des BMG mit der Bitte um Stellungnahme o Beschlüsse sollen aufgelistet werden o Bestehende Dokumente mit fachlichen Empfehlungen sollen nicht verändert werden, o Verweis darauf, dass die sonstigen Empfehlungen grundsätzlich unberührt bleiben o Begrifflichkeiten: sprachlich soll sich im Erlass am Beschluss orientiert werden, o Rückverweis in anderen Dokumenten auf dieses Dokument soll nicht erfolgen	Alle FG36 Präs VPräs Abt. 1
8	**Update Impfen (nur freitags)** o	FG33
9	**Labordiagnostik** o Nicht viel Neues seit Freitag, o Angebot eines Kurierdienstes zum Probentransport für Praxen und Labore, o Sequenzierung bestimmter Proben geplant o 1287 Proben bearbeitet, 342 (26,6%) Positive, hoher Anteil, weil Labore aufgefordert wurden nicht mehr alle Proben zu schicken, o Es wurden weitere Antigenteste getestet o Frage nach Patienteneinwilligung für Proben aus Ausbrüchen diskutiert,	FG17 ZBS1

	o Zur Ausbruchsaufklärung sind Proben nötig, es gab bei anderen Ausbrüchen kein Problem damit, es müsste klar werden, dass das Gesundheitsamt diese Proben weiterleitet und das RKI die Sequenzierung in Erfüllung der Aufgaben testet, ggf. braucht es einen anderen Schein	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Keine Punkte	Alle
12	**Surveillance** o Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien hier) o Insgesamt wurden in SurvNet 369 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt o 285 (76%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 40% (724/1.818) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt o 84 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter o Insgesamt wurden in SurvNet 636 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) o 583 (92%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 18% (6-10J.), 26% (11-14J.), 31% (15-20J.), 25% (21+) o 53 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter o Angaben aus Grippeweb Inzidenz ARE liegt deutlich unter den Vorjahren, kleiner Anstieg 45-47 KW bei 6-10 Jährigen aber alles unter dem Niveau von 2019, o Teillockdown scheint dahingehend zu funktionieren, weniger ARE übertragen, o Gruppe 15-20 sehr deutlicher Rückgang zu beobachten o Ausbrüche in KITA und Horten, insbesondere Ältere und Betreuende sind betroffen, o Anteil betroffener Kinder stärker angestiegen o Hygienekonzepte müssen weiter konsequent beachtet werden, wenn Schulen offen bleiben sollen	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o	FG38
15	**Wichtige Termine** o	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Mittwoch, 02.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*02.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)
		
		ZIG1
		
		FG32
		FG36
		FG37

2	**Internationales (nur freitags)** • Fragen aus Frankreich zu Antigentests und Verhalten zu den Weihnachtsfeiertagen s. Mail 1.12.2020 10:38 Festlegung wer den AE vorbereitet • Email [redacted] Mi 02.12. um 09:37: re Quarantänezeitverkürzung durch CDC	ZIG LHW [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Änderungen für den Lagebericht	[redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	•	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Diksussion über Jugendliche als Treiber der Pandemie (Dokument hier)	Alle L. Wieler
12	**Surveillance** • **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 04.12.2020, 11:00	

Kommentiert [HA1]: Mail vom 1.12.2020 8:13:
Liebe Alle,

Ich erhalte solche Mails öfter, und ich weiß das es Kultusminister gibt die ihren Schulen sogar bis vor Kurzem verboten haben die RKI Hygienekonzepte anzuwenden. Ich frage mich wirklich ob die Zahlen die wir aus den Gesundheitsämtern erhalten das Geschehen in den Schulen gut abbilden oder wir durch die grundsätzliche Ansicht, dass Schüler eben kaum zum Geschehen beitragen, verzerrt informiert werden durch eine große Untererfassung dieser Altersgruppen. Es ist doch völlig plausibel das sich Menschen die eng im Klassenraum zusammensitzen zu 30 anstecken - da gibt es doch gar keinen Zweifel. Warum soll das gerade bei Jugendlichen über 12 anders sein.
Wie können wir endlich einen realen Einblick in das Schulgeschehen bekommen? Ich habe kein Vertrauen in die Meldezahlen zu diesen Altersgruppen, denn ich höre zuviele andere Geschichten. Was ist wenn die Schulen viel wichtiger sind als wir denken, und wir deshalb die Zahlen nicht runter kriegen? Das wäre tragisch...

LHW

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*02.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]

- [redacted]
- [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted] (RKI)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	o Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o Ca. 63,2 Mio. Fälle und > 1,5 Mio. Verstorbene (2,3%)
	o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Platz 1: USA
	  o Italien und Russische Föderation haben Plätze gewechselt
	  o Deutschland nun vor Polen
	  o Erstmalig nicht mehr auf der Liste: Frankreich
	  o Neu hinzugekommen: Ukraine
	o 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner
	  o 79 Länder überschreiten den Schwellenwert
	  o In Ozeanien nur Frz-Polynesien und Guam unverändert hoch
	  o Neu hinzugekommen: Bermuda (Amerika) und Katar (Asien)
	o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH
	  o 29 Länder + Schweiz
	  o Nur Irland und Island unterschreiten 7T Inzidenzwert
	• ECDC Modellierung (Folie 4)
	weekly-epidemiological-update 1-december-2020
	  o Leichter Abwärtstrend
	  o Indien verzeichnet wieder Anstieg neuer Fälle (+6% im Vergleich zur Vorwoche)
	  o Japan dominierend in WPR
	  o Italien: 184.000 neue Fälle in vergangenen 7T (-22%)
	  o Russische Föderation: 179.000 neue Fälle in vergangenen 7T (+10%)
	• *Diskussion:*
	  o Info zum afrikanischen Kontinent: Anstieg in drei Ländern sehr stark (Marokko, Kenia und Südafrika) – hier wird mit erhöhten Fallzahlen gerechnet – Grund dafür kann die Mobilität sein (jüngere Bevölkerung kehrt zu den Älteren zurück – eine zweite Welle wird dabei nicht benannt)
	  o Info über Bestrebung (angeführt von Atlanta Quarantine Station) Quarantäne auf 7 Tage + Test zu verkürzen
	  o WHO Regionaldirektor für Asien schildert Möglichkeiten zur Verbesserung der Response (länderspezifische Vorgehensweise)
		FG 33
		([redacted]
		
		ZIG
		([redacted]
		
		Präs
		
		Präs / FG 33
		([redacted]

	ToDo: Bitte Konzepte aus Irland besorgen! (Wie werden dort Schulen offengehalten und geschützt?) o Großes Lob und Dankeschön an ZIG für die Darstellung der Internationalen Lage o Frage bezüglich des enormen Anstieges der Fallzahlen in Russland – Sputnik 5 Impfstoff ist hier zugelassen *ToDo: hier gilt es gut zu beobachten und weitere Infos für Transparenz zu erlangen*	FG 38 ([redacted]
	National o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.084.743 (+17.270), davon 17.123 (1,6%) Todesfälle (+487) o 7-Tage-Inzidenz 136/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,84; 7-Tage-R=0,89 o ITS: 3.919 (-7), invasiv beatmet: 2.354 (+35) o Kein deutlicher Rückgang der hohen Fallzahlen o Besorgniserregende Entwicklung bei Todesfällen o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum o Kein deutlicher Rückgang zu verzeichnen o Sachsen: deutlicher Anstieg der Fallzahlen (sehr auffällig, da überall gleich geltende Maßnahmen) – weiterhin unklar o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz o Hohe Inzidenzen in Westen, Süden und Sachsen o Inzidenz Alter: Einigung auf Darstellung nach 5 Jahres Altersgruppen, dabei ist 90+ die höchste Altersgruppe die ausgewiesen wird (Folie 4) o Besorgniserregende Inzidenzanstiegssprünge in hohen Altersgruppen o COVID-19 Fälle und Anteil der Verstorbenen sowie Anteil der Hospitalisierten und COVID-19 Fälle mit für COVID-19 relevanten Symptomen nach Meldewoche (Folie 6): Entschluss für graphische Aufarbeitung (auch im Lagebericht seit KW 48), leichter Rückgang der Fallzahlen (Vergleich KW 47 zu KW 48) o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche: ▪ Anzahl der Todesfälle steigt weiterhin an ▪ Noch ist nicht das Niveau der 1. Welle erreicht, dies muss gut beobachtet werden	FG32 ([redacted]
	• *Diskussion:* o Wie können wir gemeldete Zahlen überprüfen (Verzerrungsausschluss)? Gibt es eine Unterfassung bei Kindern? Sind Daten aus Heatmap aussagekräftig, spiegeln sie das aktuelle Bild wieder? o Verweis auf Meldesystem o Es gibt eine gewisse Untererfassung zwischen Faktor 2 und Faktor 6 o In Soep-Studien sind keine Kinder enthalten	Präs Abt. 3 ([redacted] FG 24 ([redacted]

		FG 36 ([redacted]
	o *Syndromische Surveillance* (Folien hier)*:* o Der Wert (gesamt) lag in der 48. KW 2020 bei knapp 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner (Folie 4) o Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 830.000 Arzt-besuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen o Rückgang der SARI-Fallzahlen in allen älteren Altersgruppen (Folie 6) o die Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahre immer noch niedriger als üblich um diese Jahreszeit o Alle Altersgruppen über 14 Jahre sind stark angestiegen o Altersgruppen 35-59 Jahre und 60-79 Jahre liegen deutlich höher als in den Vorsaisons o Anteil COVID-19 Patienten an SARI ist stabil geblieben, liegt aktuell bei 58 % (Folie 10) o Anteil COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) (Folie 11) 60 Jahre und älter: hier sind 255 Fälle zu verzeichnen o Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel (Folie 13): alle Fälle, inkl. Liegende (noch vorläufige Diagnosen und noch nicht vollständig) o auch hier: kein Rückgang in AG 80+, eher weiterer Anstieg (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger) o Insgesamt ist das Bild aber ähnlich wie bei den eingeschränkten Daten, allerdings haben in dieser Darstellung (alle Fälle) die Fälle aus der Altersgruppe 35-59 Jahre weniger Gewicht o Insgesamt Stabilisierung in allen Altersgruppen, nur 80+ Kurve steigt weiterhin an, hier muss frühzeitig auf Signale geachtet werden, um diese Altersgruppe zu schützen o Systematische Untererfassung aufgrund telefonischer Krankschreibungen von einer Woche ? o Telefonische Konsultationen werden mitberücksichtigt	Präs FG 36 ([redacted]
	o *Testkapazität und Testungen* (Folien hier)*:* o Leichter Rückgang Anteil pos. Testungen (Folie 1) o Altersgruppe der >80-Jährigen deutlich höher (Folie 2) o Deutlicher Anstieg bei Anzahl der Testungen bei >80-Jährigen (Folie 3), 0-4-Jährige werden weniger getestet o Testverzug bleibt konstant (Folie 5) • *Diskussion:* o Anhand dieser Daten keine Untererfassung von Kindern erkennbar	FG 37 ([redacted]
	o *Testzahlerfassung am RKI* (Folien hier, Dokument hier) o Testzahlen und Positivenquote (Folie 1): o KW 45: 1,6 Mio Testungen, KW 48: 1,3 Mio Testungen o Anzahl der Testungen: -18 % o Anzahl der abgenommenen positiven Befunde: -3% o Abnahme der Positivenquote von 9,3 % auf 9,28 %	Abt. 3 ([redacted]

	o Keine massive Untererfassung o Probenrückstau: ertragbares Maß	
2	**Internationales (nur freitags)** o	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o	
4	**Aktuelle Risikobewertung** Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** o Dominierende Schwerpunkte bei Bürgeranfragen: Fragen zur psychischen Gesundheit und Fragen zur Impfung **Presse** o Pressebriefing am Donnerstag, 03.12.2020 *ToDo: Bitte Grafik „7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche" (Folie 4 hier) morgen im Pressebriefing zeigen* o Hohes Aufkommen an Bürgeranfragen zur DEA	BZgA ([redacted] Presse ([redacted] Präs / FG 38 ([redacted] Presse ([redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** Nicht besprochen	
7	**Dokumente** o Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** o Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** o Wöchentlich ca. 80 Proben o 2-5 % Nachweis SARS-CoV-2 o Abwärtstrend bei Rhinoviren o Ausgesprochene Saisonalität der Coronaviren wird sichtbar (Januar/Februar 2021 könnte kritisch werden) o Nächste Saison wird es eine stärkere Influenzaaktivität geben o Besteht die Hoffnung, dass durch Covid-Maßnahmen Influenza „in Schach" gehalten werden kann? o Die Maßnahmen spielen eine Rolle o Positiver Effekt durch Impfung+AHA+L o Durch mRNA-Impfstoffe kommt neuer Schub in Impfstoffentwicklung und -konzepte o Unterschied Influenza / Covid-19: Covid-19 braucht insgesamt viel länger *ToDo: Bitte um Modellierung (was würde passieren, bei Lockerung von 10 oder 14 Tagen? R-Reduktion der letzten 4 Wochen, Auswirkung der verschärften Maßnahmen auf „R")*	FG 17 ([redacted] FG 36 ([redacted] FG 38 ([redacted] FG 17 ([redacted] FG 36 ([redacted] VPräs

	o Keine neuen Informationen bezüglich Nerz-Mutationen	FG 17 ([redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Deutlicher Anstieg o Telemedizin (Hub) der Charité verzeichnet noch nie dagewesene Auslastung o Bei Verlegungsdiskussionen unterstützen die RKI-Empfehlungen deutlich	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Starke Beunruhigung bei Präs aufgrund der möglichen Quarantäneverkürzung auf 7 Tage + Test o Besorgnis auch ob des politischen Willens von vielen Kultusministern o Starke Bedenken, dies aus rein pragmatistischen Gründen zu beschließen (Lockerung kann zu juristischer Aufarbeitung führen) o Empfehlung 10 Tage + Test auf RKI-Seite wird nicht einheitlich umgesetzt o Diskussion über Jugendliche als Treiber der Pandemie (Dokument hier) o Höchste Inzidenz bei 15-30-Jährigen o Wie kann Gruppe der 15+-Jährigen erreicht werden, um Verantwortung für Eltern und Großeltern deutlicher zu machen *ToDo: Bitte jegliche Informationen zur Quarantäneverkürzung sammeln*	Präs VPräs FG 38 ([redacted] Abt. 3 ([redacted] Präs
12	**Surveillance** o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** o 03.12.2020 Pressebriefing o 05.12.2020 Townhall-Meeting BMG mit Minister Spahn	Präs
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 04.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*04.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Fragestellung: Einstufung von „Cluster of cases“ auf „Community transmission“ (WHO Situation Report)?	alle
5	**Kommunikation** • Mehrsprachige Kommunikation stärken speziell für Tätige in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern – Fokus Weihnachtsferien •	BZgA/Presse FG38
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Schulkonzepte Irland • Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers” **b) RKI-intern** •	Alle INIG/ZIG [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** •	Alle

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Quantifizierung und Risikostratifizierung vulnerabler Gruppen für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der Bevölkerung •	FG33 FG24 ([redacted])
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** •	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • EASA/ECDC Empfehlungen zur Testung und Quarantäne von Flugreisenden •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 07.12.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - [redacted]
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]

- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Fälle, Ausbreitung, Maßnahmen (Folien hier): gestern >64 Mio. Fälle, knapp 1,5 Mio. (2,3%) Todesfälle o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Wenige Veränderungen ▪ Brasilien wieder auf Platz 2 aufgrund eines 22%-igen Anstiegs im Vergleich zur Vorwoche ▪ Abwärtstrend in manchen europäischen Ländern, Italien (-23%), Deutschland, GB (-19%), Polen (-42%) o 7-Tages-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ▪ 78 Länder (Mittwoch waren es 79) ▪ Afrika: neu Cabo Verde ▪ Amerika: Virgin Island und Dom Rep wieder dabei, Bermuda und Mexico Inzidenz unter 50/100.000/7T ▪ Asien: nur noch 7 Länder, Kuwait und Qatar raus o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/UK/CH ▪ Keine Veränderungen im Vergleich zu Mittwoch ▪ Unter EU-Ländern nur Irland und Island mit Inzidenz <50 Neuinfektionen/100.000/7T • Washington Post Artikel am 01.12.2020 (hier), Titel "Europe's schools still open, still relatively safe, through the COVID-19 second wave" o Schulschließungen in Österreich, Tschechien und Italien, offen in zahlreichen anderen europäischen Ländern trotz 2. Welle o Interessante Zahlen ▪ Finnland: 20.000 von 1,2 Mio. Lehrern und Schülern in Quarantäne, nur 200 (1%) positiv getestet, Positivrate in Allgemeinbevölkerung 2,8% ▪ Spanien: 87% von Indexfällen in Klassenzimmern führten nicht zu sekundären Fällen ▪ Frankreich: nur 0,1% der Schüler und 0,2% Prozent des Personals an Schulen positiv getestet	ZIG1

	▪ Irland: wöchentliche Veröffentlichung eines Berichtes zu Massentestungen an Schulen, für Berichtswoche 22.-28.11. fast 2500 Personen aus 136 Einrichtungen getestet, Positivanteil 1,9%, in Allgemeinbevölkerung Positivrate 2,4% o Fazit: Fälle in Schulen treiben das Infektionsgeschehen nicht maßgeblich voran • NEJM Publikation zu WHO Solidarity Trials (hier) neue Zwischenergebnisse, Fazit: → Remdesivir, Hydroxychloroquine, Lopinavir und Interferon-beta-1a kein/kleiner Effekt auf overall mortality, duration of hospital stay und initiation of ventilation • Zusammenfassung: Auf amerikanischem Kontinent keine Entspannung, in Europa teilweise stark rückläufiger Trend	
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.130.237 (+23.449), davon 18.034 (1,6%) Todesfälle (+432), 7-Tage-Inzidenz 134,9/100.000 Einw., Fälle IST 3.980, Reff=1,00 7T Reff=1,04 o Hohe Anzahl neu gemeldeter Fälle (Donnerstagszahlen) o Bei Besetzung von Intensivbetten nur langsamer Anstieg o Inzidenzen ▪ Starker Anstieg in Sachsen und auch in Thüringen ▪ Alle Altersgruppen sind betroffen ▪ Ab nächster Woche epidemiologisch besser deutbare Darstellung hierzu ▪ Inzidenz in Sachsen sieht dramatisch aus, in Nowcasting-Kurve nicht ganz so, diese sollte bei der Besichtigung der nationalen Lage mitberücksichtigt werden o Sind in Thüringen die Screenings in Hildburghausen sichtbar? Eher nicht (nicht abschließend besprochen) o Altersgruppe über 80 ist überall stark betroffen auch wenn bei der Gesamtzahl der Fälle natürlich nicht so hoch o Geografische Verteilung ▪ Sachsen überholt möglicherweise Bayern ▪ Hohe Todesfallinzidenz in Sachsen obwohl BL noch nicht lange betroffen ist ▪ Heute kein Kreis >500, einige >400, Bautzen, Zwickau, Sächsische Schweiz o Mortalität ▪ Kleiner Anstieg in Deutschland ▪ In EuroMOMO ist ein starker Anstieg in anderen EU-Ländern sichtbar ▪ EuroMOMO: Schweiz ist das einzige Land in dem es während der 2. Welle mehr Übersterblichkeit gibt als in der 1. Welle, in UK, Spanien war die Übersterblichkeit in 1. Welle höher Diskussion	FG32/FG38 Alle

- Langsamer Anstieg Intensivstationen – wie kann dieser begründet und wie soll vorgegangen werden? Situation in Krankenhäusern (KKH)
  - Mögliche Gründe
    - Restriktivere Handhabung oder Steady State der sich auf hohem Niveau einpendelt, deswegen täglich nicht mehr so viele neue Fälle
    - Es gibt immer einen zeitlichen Verzug bis zur Aufnahme in Intensivstation, aktuelle Situation ist eher ein Abbild des hohen Anstieges im Oktober
    - In manchen KKH kommen Patienten ab 85 Jahre nicht mehr auf die Intensivstation, dies ist nichts Offizielles, wurde aber von mehreren Krisenstabs-TN gehört
    - Es wird ebenfalls früher/mehr Sauerstoff gegeben, vielleicht deswegen auch weniger Personen auf IST
    - Hälfte der Personen die auf ITS kommen verstirbt – Fokus sollte noch mehr auf Vermeidung von Infektionen und nicht Behandlung von Fällen liegen
  - Verteilung IST-Patienten
    - Es gibt Möglichkeit der regionalen Patienten-Übernahme, wenn diese medizinisch noch möglich ist, wird dieses Prinzip auch genutzt?
    - Viele Diskussion hierzu, Prozess wird noch etabliert
    - Bisher keine Verlegung von Patienten in größerem Rahmen, lediglich Einzelverlegungen
    - Es sollte in jedem KKH eine Person geben, die weiß wie das Vorgehen ist
    - IBBS gibt dies erneut in die verantwortliche Gruppe
  - ICOSARI
    - Nicht alle Intensivbetten sind durch COVID-19 Patienten belegt
    - Andere Gründe, z.B. nicht verschobene Operationen spielen mehr als im Frühjahr eine Rolle, dies ist wahrscheinlich nicht nur in Sentinel-KKH der Fall
    - Die Lage ist angespannt, aber aktuell gibt es keinen deutschlandweiten Mangel an Intensivbetten
    - FG36 reicht ICOSARI-Folien hierzu Montag nach, inklusive Altersstruktur auf Intensivstationen
    - In der IfSG-Novellierung sollte jetzt eine VO etabliert werden, die mittelfristig erlaubt ICOSARI weiter auszubauen
    - Herausforderung ist häufig fehlende Digitalisierung der KKH, zeitnahe elektronische Datenlieferung ist ein Problem
  - KKH-Situation variiert
    - Berliner Kliniken haben fast alle elektiven Eingriffe abgesagt
    - SH wartet auf Patienten, auch in NW ist die Situation anders als im Frühjahr
    - Es werden weniger elektive Eingriffe abgesagt gibt aber dennoch eine hohe Belastung

	▪ Finanzierungslücken wurden geschlossen ▪ Eigenständige Entscheidung der individuellen Häuser wie vorgegangen wird ▪ Ggf. sollte der Ethikrat angesprochen werden ob ein Update notwendig ist um Verstecktentwicklungen zu minimieren und offene Diskussion zu ermöglichen • ECDC RRA zu Festtagen am Jahresende (hier) o ECDC Einschätzung, dass Lockerung über Feiertage nicht zu empfehlen ist, primär 2 Vorschläge o *Vorquarantäne* vor den Feiertagen ▪ Realistisch? Eventuell falsches Sicherheitsgefühl? ▪ Zeitraum wurde scharf verhandelt und ist für echte Quarantäne zu kurz ▪ Frage ist, wer danach zusammenkommt, wenn dann auch Personen ohne Vorquarantäne hinzukommen gibt es bei mangelnden Abstandsregeln eine Infektionsmöglichkeit ▪ Unwahrscheinlich, dass Vorquarantäne auf effektive Art realistisch ist o *Social bubbles* ▪ Was ist die social bubble, wie wird diese übersetzt? ▪ Jede Person hat ihre Kontakte, unwahrscheinlich, dass sich fortlaufend immer nur 2 Haushalte treffen und diese ansonsten keine anderen Kontakte haben ▪ Sollte sehr kleine konstante Gruppe sein, die sich über die Weihnachtstage fortsetzt ▪ Kommunikation, dass social bubble für die gesamten Weihnachtstage gilt, begrenzt und konstant über die Weihnachtszeit hinweg, dennoch unsicher, ob dies realistisch ist und umgesetzt wird o Beispiel aus England ▪ Modellierung der Daten der 1. Welle, Shielding von über 70-jährigen ▪ Seit jetzigem Teillockdown ist social bubble gesetzlich geregelt: ein Haushalt darf mit einem zweiten Haushalt in Kontakt, bei Verletzung der Regelung 14 Tage in Quarantäne bevor die Rückkehr in die eigene bubble stattfinden kann ▪ England setzt social bubbles über Weihnachten für 3 Tage aus ▪ Papier von Stefan Flasche, kommunikative Aufarbeitung, ganz strikt, ein anderer Haushalt und gesetzlich geregelt o Wie soll RKI sich positionieren: nicht öffentlich, ggf. Bericht mit Vorausschau, wie könnten die Zahlen sich entwickeln, Anstoß zur Überlegung, Lockerung über Weihnachten unabhängig von den Zahlen nicht zuzulassen ▪ Gewisser Anteil an sozialen Kontakten ist wichtig ▪ Nahe Bekannte/Verwandte werden als vertraut empfunden, AHA+L-Maßnahmen nicht so umgesetzt	VPräs/alle

	wie gegenüber Fremden, erneute Sensibilisierung sollte stattfinden ▪ Unwahrscheinlich, dass während der Feierlichkeiten MNS/MNB getragen wird ▪ Das Verhalten bei Zusammentreffen ist entscheidend und dazu muss gut kommuniziert werden ▪ Auch bei kleinen Zahlen ist eine rasche Akkumulation von Übertragungen möglich → Visualisierung hiervon um Bevölkerung zu sensibilisieren o Bitte aus Flughafen TK gestern, dass RKI und BMG stark darauf hinwirken, dass wenig Reiseaktivitäten stattfinden o Kann dies in unsere Kommunikation zur Lageeinschätzung mit aufgenommen werden, wenn ja, wie, um auf den Ernst der Lage einzugehen ohne Panik zu streuen, bitte überlegen für das nächste Pressebriefing oder Lagebericht Risikokommunikationsprojektgruppe (P1) • Zusammenfassung: o LZ bitte Aufgabe erstellen: Bericht an BMG, dass RKI keine Lockerung über die Feiertage empfiehlt mit entsprechender Begründung, bis spätestens Dienstag DS, soll über Leitung ans BMG gehen, keine Modellierung, Gründe können aus ECDC RRA ziehen → FF FG36 oder jemand anderes, je nach Belastung o Risikokommunikationsgruppe: Netzwerkschema erstellen, was bedeutet bei kleineren sozialen Gruppen, wenn jede Person zu mehreren kleinen Gruppen Kontakt hat (Kontaktmatrix, selbst wenn immer nur wenige Personen pro Moment größeres Kontaktmuster) → FF P1 o Welche Empfehlungen können wir noch über die Feiertage geben: Vorquarantäne, social bubble, ja oder nein, andere Empfehlungen? Zu überdenken im Krisenstab (LZ soll auch hierzu eine Aufgabe vergeben) → moderierende FF P1, mit FG36 und FG37 *ToDo: s.u. Zusammenfassung* 1. *LZ Aufgabe Bericht an BMG* 2. *P1 Risikokommunikation* 3. *LZ Aufgabe Überlegung zu (zusätzlichen) Empfehlungen für Feiertage*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Einsätze: kurze Nachfolgemission nach Namibia um regionale SARS-CoV-2-Testung zu etablieren • Risikogebiete: nach BMG-Bericht am Mittwoch noch keine Einigung zum dynamischen Schwellenwert bei Risikogebieten, Etablierung vor Weihnachten unwahrscheinlich • Internes Papier zu Reisen in Vorbereitung o Anfragen zur Rolle von Antigentestungen bei Einreise/Reise	ZIGL ZIGL/FG38

Kommentiert [SM1]: Aufgaben ID 2357

Kommentiert [SM2]: Aufgabe ID 2359

Kommentiert [SM3]: Aufgaben ID 2358

	o Antigennachweise wurden viel diskutiert, sie beschreiben in einer Momentaufnahme Infektiosität und nicht die Infektion o Strategiediskussion, ob solcherart Nachweise erlaubt bzw. gefordert werden o Anfrage aus AA, ob dies eine gute Möglichkeit wäre, weitere Welle aus West Balkan zu verhindern o ZIG4 erstellt zsm. mit anderen OEs ein Optionenpapier o Risikogebiete werden hierdurch noch komplexer o Impfnachweis für Reisende wird kurzfristig kein Thema sein, da zunächst Risikogruppen geimpft werden o Einzelne Länder oder Fluglinien werden hierzu Entscheidungen treffen o RKI sollte besprechen und kommunizieren, wie unsere Stellung dazu ist, um Muster Quarantäne VO und dann reaktiver Nacharbeit vorzubeugen • Viel Überschneidung mit FG38-Arbeit zum Thema Transport o Letzte Woche Diskussion mit BMVI zu Reisekorridoren o Wie Reisen vor allem im Flugverkehr unter Nutzung von Testungen erfolgen können o Wahrscheinlich folgt ein Auftrag vom BMG ans RKI o Lufthansa hat bereits Antigen Testung für gewisse Strecken etabliert, funktioniert gut in München, in Hamburg weniger gut, viele falsch positive Ergebnisse und Flugverzögerungen o Für Flugverkehr verantwortliche GA sprechen sich ganz stark gegen Testungen und Quarantäne aus: Reisende sollten wie alle anderen Personen in der Bevölkerung behandelt werden, es kommt mehr auf das Verhalten als Reiseursprung/-ziele an o Testkapazitäten müssen im Auge behalten werden o Fazit: Sehr vorsichtig mit Testungen im Reiseverkehr o Vorpositionierung unter Eindruck neuer Möglichkeiten soll durch ZIG und FG38 entwickelt werden *ToDo: ZIG Entwurf des Optionpapiers unter Einbeziehung von FG38* [redacted]	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Fragestellung: Einstufung von „Cluster of cases“ auf „Community transmission“ (WHO Situation Report)?** • Ist mittlerweile Journalisten aufgefallen, sollte hochgestuft werden? • Wurde bisher nicht getan, da sich dies in der syndromischen Surveillance noch nicht so darstellt und aktuell der leichte Lockdown besteht	VPräs/alle

	• Krisenstabs-TN sind dafür, hochzustufen, fortgesetzte weitere Übertragungen trotz der Maßnahmen, Deutschland befindet sich auf einem mittleren Niveau der community transmission • [redacted] setzt dies über Datenübermittlung an WHO um	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht anwesend **Presse** • Neue Dashboard Darstellung o Eingang von Rückmeldungen zum neuen Dashboard o Positiv und negativ, wird generell als gut eingeschätzt da erfahrungsgemäß immer mehr negative als positive Kommentare eingehen o Heute soll noch ein Disclaimer erstellt werden um die Änderungen zusammenzufassen • Jubiläum heute o Zum 1.300. Mal COVID-19-Übersichtsseite aktualisiert o Zum 500. Mal die Marginalspalte aktuelles • Nächste Woche Dienstag Pressekonferenz Corona-Monitoring lokal in Straubing **Tätige in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern – Fokus Weihnachtsferien** • Wertschätzung Migrant*innen in Pflege o Gestern Länder-TK: in Deutschland sind mit 26% Migrant*innen überproportional in Pflegeeinrichtungen und ambulanter Pflege tätig o Es gibt den Wunsch einer wertschätzenden Anerkennung dieser Gruppe, wenn möglich durch RKI Präs und/oder den Minister, in der klar gesagt wird, dass ohne sie die Versorgung zusammen-brechen würde o Außerdem Wunsch nach Kommunikation, dass diese Weih-nachten Reisen insgesamt unterbleiben sollten → soll von Gruppe ergänzende Präventionsmaßahmen aufgenommen werden • Mehrsprachige Kommunikation o RKI-Empfehlungen für Fachpersonal nur auf Deutsch verfügbar, Übersetzungen wären wünschenswert o Es gibt Material, aber nicht speziell für in Einrichtungen Tätige, sollte mehr zugespitzt werden in dieser Richtung o Übersetzung der RKI-Empfehlungen soll an BZgA herantragen werden o [redacted] und [redacted] sprechen sich ab o IBBS lässt Grundübersetzung von BZgA vornehmen, diese werden durch freiwillige im RKI ergänzt/überprüft o Übersetzungen sind wichtig, aber wie wird es an die gelangen, die die Informationen benötigen?	Presse FG38

	o Ähnliches wurde auch zu HIV/AIDS diskutiert, z.B. stärkere Einbindung von Selbsthilfegruppen bzw. Nichtregierungs-organisationen, ggf. Kontakte suchen um an diese communities besser heranzukommen? Wie kann dieser Arm der Pandemiebekämpfung gestärkt werden? o Beteiligung ethischer/sprachlicher Gruppen, Vorbereitung einer Handreichung für lokale Krisenstäbe o Wen sollte man einbeziehen oder in die Pflicht ziehen, ggf. gibt es auch lokale Netzwerke o RKI-Papier von [redacted] stieß auf Kritik, dass RKI mit diesem Papier selbst stigmatisiert, wurde jedoch im Dialog mit anderen Gruppen nicht bestätigt o Eventuelle Erweiterung des bestehenden Papiers o Nicht ganz abschließend besprochen?	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	
7	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Schulkonzept Irland** (Irischer Ansatz hier, RKI-Zusammenfassung hier) • Nichts Besonderes wird dort anders als hier gemacht, physische Distanzierung, Hygienemaßnahmen und Schüler und Lehrer bewegen sich in ihren Klassen oder Kleingruppen und verlassen diese nicht • Lüften wird nicht erwähnt • Konzept wurde bereits Ende Juli vor der Wiedereröffnung der Schuleinrichtungen veröffentlicht zsm. mit einem Protokoll für die Umsetzung • Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung sind sehr viel strenger • Wöchentliche Publikation der Ergebnisse der Massentestungen, geringere Transmission in Schulen und Bildungseinrichtungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung • In den Maßnahmen wird auf verschiedenste Situationen eingegangen, Details zur Einhaltung des physischen Abstands, Händewaschen, MNB für Kinder über 13 Jahren, keine Durchmischung, auch Weg zur Schule • Punkte wurden auch in RKI Empfehlungen adressiert, werden aber nicht so umgesetzt wie vorgesehen **High Level Meeting zu Safe schooling nächste Woche** • [redacted] wurde konkret auch zur Teststrategie eingeladen • Gleichzeitig gibt es den Ministerpräsidentenbeschluss der ein anderes Konzept vorsieht (Test am 5. Tag, dann kann noch stets ein Anteil erkranken, durchlässig für fortgesetzte Infektions-ketten, wirkt offenhalten von Schulen entgegen) • [redacted] würde fachliche RKI-Einschätzung kommunizieren und RKI-Konzept mit gezielter Teststrategie vorstellen	ZIG1 FG36

	• Wie soll mit dem MP-Beschluss umgegangen werden?
	• Reaktive Anerkennung der Existenz des MP-Beschlusses, nähere Fragen hierzu können nicht beantwortet/interpretiert werden
	
	Modellierung „Towards a long-term control of COVID-19 at low case numbers" [redacted] (Folien hier)
	• Einschätzung durch [redacted] und [redacted]
	• Zusammenfassung
	  o Grundidee des Papiers richtig und gut
	  o KoNa stabilisiert die Kontrolle der Epidemie ist aber teilweise nur begrenzt vorhanden, solange gewisse Fallschwelle nicht überschritten wird, ist dies gut
	  o Zahlreiche, willkürlich gesetzte Annahmen von Parametern die uns zum großen Teil nicht bekannt sind, Genauigkeit, die nicht messbar und unrealistisch ist wird vorgetäuscht
	  o Verschiedene Zustände werden beschrieben, stabiler Zustand und Zustand mit Fallanstieg, wie dies quantitativ auszurechnen und -werten ist, ist nicht klar
	• Limitationen
	  o Im Modell werden alle Infektionen nachgebildet – Prävalenz der realen Infektion sollte bekannt sein, Dunkelziffer müsste hierfür konstant bleiben verändert sich aber mindestens an Teststrategiebruchpunkten, hängt außerdem z.B. vom Alter ab und ist nur grob messbar/sehr schwer zu ermitteln
	  o Bei unbekannten Einzelwerten zu Parametern (z.B. infektiöse Kontakte) kann kein Durschnitt ermittelt werden
	  o Kapazität der GA zur KoNa ist nicht konstant, hängt von der Anzahl der KP der einzelnen Fälle ab, Größe der Ausbruchsgeschehen, KoNa-Kapazität, Altersgruppen, Regionen, Erreichbarkeit
	  → Bei realer Politikberatung sollte dies alles mit einbezogen werden, für eine Modellierung genügt dies vielleicht
	  o Relevanz für praktische Maßnahmen sehr begrenzt, offene Fragen nicht berücksichtigt (spielt Saisonalität doch eine Rolle? Vielleicht nicht im September/Oktober, aber vielleicht doch im November?), dies kann Kontrollstrategie durcheinanderbringen
	  o Autoren machen Kostenabschätzungen zu strengem Lockdown der günstiger wäre, sehr schwer zu rechtfertigen auf Basis der aktuellen daten
	• Fazit
	  o Wie Maßnahmen wirken können wir aktuell nicht prognostizieren, Maßnahmenpriorisierung kann erfolgen, quantitative Beschreibung der Wirkung von Maßnahmen aber nicht
	  o Lösung ist entweder Eradikation oder gute Immunität
	• Einschätzung [redacted] (Folien hier)
	  o Beschriebene Zustände auf deutsche Situation angewandt
	  ▪ stable: HH, HB
	  ▪ unstable: ST, BB, TH, SMN
		FG34
		
		FG37

	▪ metastable: alle anderen, SH, MV stabil aber auch mit Maßnahmen zu hoch o Darstellung der Möglichkeiten und Last derselben für Gesellschaft und Wirtschaft: Durchseuchung, Containment, Eradikation (Süd-Korea, Taiwan, Vietnam, China, Neuseeland) o Deutschland mit Containment Strategie relativ erfolgreich o Lockdown ist aktuell nicht stark genug • Diskussion o Kontrollierbarer Zustand kann sehr plötzlich in unkontrollierbare Situation übergehen o Durch test-trace-isolate wird Virus gut in Schach gehalten o Saisonalität spielt eine Rolle, aber auch in anderen Ländern o Ziel sind niedrige Fallzahlen, zu welchem Preis, was epidemiologisch verantwortbar sowie gesellschaftlich und ökonomisch akzeptabel ist, muss diskutiert werden o Rückgang von Fallzahlen kann gezeigt werden, aber Erfolgsaussicht von vorhandenen oder potentiell anderen Maßnahmen, um nach Anstieg in stabile Situation zurück zu kehren, ist nicht bewertbar o Sachsen: zieht jetzt nach, u.a. viele Reisen von angrenzenden Ländern nach Sachsen für Einkaufstouren da hier Maßnahmen weniger streng sind, Interpretations-möglichkeit der Modellierung wird überbewertet o China: frühzeitig ein richtiger Schwerpunkt mit zahlreichen Containment Scouts auf Einwohner bezogen (6.000/10 Mio. Einwohner?), sehr guter Ansatz, über so etwas muss in der Zukunft nachgedacht werden o Modellierung erzeugt keine neue Evidenz, sondern bestätigt was wir bereits wissen, Irreführung da dies als Nachweis kommuniziert wird, jedoch hilfreich für die Politik, kann auch eine positive Wirkung haben dadurch, dass es plastisch gemacht wird o Präs und VPräs haben im Sommer vor Kontrollverlust gewarnt, wurde damals nicht ernst genommen, Paper jetzt eventuell hilfreich um dies zu belegen und bei unserer Argumentation zu unterstützen, dass Fallzahlen niedrig gehalten werden müssen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfung (nur freitags)** • UK hat erste Zulassung eines Impfstoffes • Biontech-Zulassung am 22.12. erwartet, ggf. früher • Moderna Impfstoff, auch mRNA, am 12.01.2021 erwartet • Astra Zeneca verschiebt sich, da weitere Daten gefordert wurden	FG33

	• STIKO-Sitzung gestern, Beschluss geht Montag in Stellungnahmeverfahren an Länder und Fachgesellschaften
	• 1. Priorität für Impfungen
	  o Bewohnerschaft Altersheime
	  o Personen über 80
	  o Personal in Altersheimen und medizinisches Personal mit besonderen Tätigkeiten oder Einsatzorten (aerosolproduzierende Vorgehen, Kontakt Risikogruppen)
	• Daten von Biontech (zu 48.000 TN) wurden STIKO vertraulich durch BMG zur Verfügung gestellt, in Bezug auf Sicherheit wie erwartet gut
	• Vorbereitung auf Umsetzung Impfen
	  o Biontech hat Tiefkühlschränke, die zur Verfügung gestellt werden können
	  o Geimpften Personen sollen weiterhin Hygienemaßnahmen einhalten
	  o Quarantänehandhabe wie bei Personen, die Erkrankung durchgemacht haben → Immunität nach Impfung angenommen mindestens so gut wie nach durchgemachter Erkrankung
	  o Impfstoff in Emulsion aus Nanolipidartikeln eingebettet, wahrscheinlich kein Haifischprodukt
	  o Nachweis über Impfung
	  o Wird gehandhabt wie bei jeder anderen geimpften Person auch, gelber Impfpass und Dokumentation
	  o Biontech plant Impfzentren Maschinen zur Verfügung zu stellen, die Aufkleber ausdrucken
	
	Quantifizierung und Risikostratifizierung vulnerabler Gruppen für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf in der Bevölkerung (Folien hier)
	• Ziel: Überprüfung der Definition und Risikostratifizierung
	• Definition von zwei Gruppen
	  o Vulnerable Personen
	  ▪ Personen mit Vorerkrankungen
	  ▪ Person >65 Jahre
	  ▪ Hilfsbedürftige Personen >55 Jahre (wenig Impact in Endergebnis)
	  o Hochvulnerabel Personen mit
	  ▪ ≥65 oder
	  ▪ Diabetes
	  ▪ Chronische Nierenerkrankungen
	  ▪ Adipositas
	  ▪ Manche Erkrankungen sind in den Daten nicht vorhanden aber wahrscheinlich über Alter oder comordibity miterfasst
	• Ergebnisse
	  o Hauptvulnerable Gruppe 36 Mio., davon 21 Mio. hochvulnerable
		FG24

	o Alter: hohe Vulnerabilität etwas stabiler und auf niedrigerem Niveau, starker Anstieg vulnerable Gruppe mit Alter o Bildung: sozialer Gradient bei beiden Gruppen o Lebensform: Prozentsatz Alleinlebender nimmt mit zunehmender Vulnerabilität zu o Regional nach BL: deutliche Unterschiede, höher im Osten und im Saarland, höchste Vulnerabilität im Saarland, Bayern geringste Vulnerabilität • Diskussion: wie soll hiermit umgegangen werden? o Terminologie: Vereinbarung der Terminologie medizinische Disposition für schweren Verlauf aus biologischen Gründen = *Risikogruppen*, Begriff vulnerable Gruppe kommt aus sozialpsychologischem Kontext, sollte angepasst werden o Terminus Risikogruppen: deutliche Formulierung wichtig, „Risiko eines schweren Verlaufes von COVID-19 Erkrankungen“ o Analyse soll publiziert werden, basiert auf soliden Annahmen und Daten o Frage nach Alleinlebenden, ggf. Einbau des Personen-Anteiles, bei dem Lebensform anders oder unbekannt ist, wo sind z.B. Personen, die pflegebedürftig sind? o Dies ist in Surveydaten schwer abzugreifen, es sollte ggf. als Limitation hierauf hingewiesen werden, um Unterschied zwischen agilen, fitten und stark pflegebedürftigen älteren Personen zu machen	
10	**Labordiagnostik** • FG17 Virologische Surveillance: 358 Einsendungen, 17 SARS-CoV-2 positiv, keine rückläufige Tendenz, 89 Rhinoviren, Einsendungen generell gestiegen • ZBS1 o 1.044 Einsendungen, 215 positiv (21%), Woche noch nicht zu ende, von 2.200 Proben aus CoMoLo sind 21 positiv o Panel für Antigenteste in Erstellung	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **EASA/ECDC Empfehlungen zur Testung und Quarantäne von Flugreisenden** • Bereits oben besprochen unter Internationales	FG38

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 07.12.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*07.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Update Aktivitäten • „Social Bubbles“	 BZgA, Presse [redacted] (WiKo) / alle
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Reisen • Surveys UK **b) RKI-intern** •	Alle VPräs
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 07.12.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	o Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o > 66 Millionen Fälle, > 1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %)
	o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder: USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen
	o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw.
	  o 79 Länder überschreiten diesen Schwellenwert
	  o Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko; Dominikanische Republik nicht mehr gelistet;
	  o Keine Änderung in Asien und Europa;
	o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH
	  o Nur Island, Irland und Norwegen < 50;
	o COVID-19/Irland (Folie 5)
	  o Ca. 5 Mio Einw.; 73.948 Fälle (ECDC, 06.12.2020); 2.099 Todesfälle (Fallsterblichkeit: 2,8 %); 7T-Inzidenz /100.000 Einw.: 40,9; Fälle 7T: 2006; Reff 7T: 1,07;
	  o Zweite Welle zeitlich etwas früher als in D, Peak neuer Fälle bereits am 20.10.2020 erreicht;
	  o 7-Tages-Inzidenz-Inz nach KW ab KW 42 (142), Höchstwert KW 43 (151,5), absteigender Trend bis heute KW 48 (36,7); Testrate/100.000 Erw.: zwischen ca. 2.300 in KW 42 bis 1.500 Tests in KW 48; Positivquote: 6,2 in KW 42, Höchstwert 6,5 in KW 43, derzeit 2,4 in KW 48;
	  o Vom 22.10. bis 01.12. im Lockdown (= strengste Maßnahmen seit Mitte Mai):
	  • Nur Geschäfte zur Grundversorgung geöffnet, Restaurants etc. nur take-out möglich
	  • Strikte Kontaktbeschränkung: u.a. Treffen nur eines weiteren Haushalts, ausschließlich im Freien (außerhalb des eigenen Gartens)erlaubt, Alleinlebende können mit einem weiteren festgelegten Haushalt eine „Support Bubble“ bilden (kein Kontakt zu weiteren Haushalten), Bewegung nur in einem Radius von fünf Kilometern vom Wohnort erlaubt;
	  • Home-Office-Anordnung, Hochzeiten/Beerdigungen bis 25 Personen erlaubt, Schulen und Kindergärten weiterhin geöffnet
	  https://www.gov.ie/en/publication/2dc71-level-5/
	o Open Ireland (Folie 6): seit 30.11. schrittweise Öffnung
		ZIG1
		([redacted]

- Im Vorfeld des Weihnachtsfestes sei mit einem erneuten Anstieg der Corona-Infektionszahlen zu rechnen, der Anstieg soll so gering wie möglich gehalten werden.
- Inzidenz derzeit wieder steigend (> 40, Vorwoche ca. 35) https://www.irishtimes.com/news/health/exiting-level-5-what-will-be-allowed-from-december-1st-1.4421214

- Zusammenfassung und News
  - Weltweit > 80 % der neuen Fälle (7T) und Todesfälle aus Amerika / Europa; in vielen Ländern Europas Rückgang;
  - 6-wöchiger Lockdown in Irland, Maßnahmen der jeweiligen Restriktions-Levels (1 – 5) bereits seit September bekannt; Maßnahmen sehr früh festgelegt, sehr transparent kommuniziert;
  - Bahrain lässt als 2. Land Impfstoff von Pfizer/BioNTech zu
  - ECDC ab 10.12. aktuelle Fallzahlen wöchentlich am Donnerstag (statt täglich) veröffentlicht, daher hier der Vorschlag für Krisenstab: Vorstellung neuer Zahlen am Freitag, jeweils vertiefende Kernthemen (bspw. länderspezifische Präsentation) am Montag
  - Diskussion: Konzept der Social Bubbles in UK/Irland soweit verifiziert, wenngleich noch nicht publiziert

To Do: Bitte an [redacted], die Folien zu zirkulieren

- Stufenplan / Eskalationsstrategie auch für D relevant, ggf. als Phasen I-III mit entsprechendem Maßnahmenkatalog, Vorschlag findet breite Zustimmung
- Mögliche Inhalte: klar formulierte Maßnahmen anstelle allgemeiner Appelle an Selbstdisziplin, wie bspw. bewährte Maßnahmen anderer Länder oder Weiterentwicklung bereits bewährter Managementkonzepte (bspw. zu Kontaktpersonen – feste Kontaktgruppen)
- Genaue Definition der Trigger der jeweiligen Stufen nötig (cave: in anderen Ländern – UK, Australien – Politisierung der Stufen aufgrund finanzieller Auswirkungen)
- Kommunikation: Erläuterung der Maßnahmenumsetzung und der Kernbotschaften in Vorbereitung einer kampagnenartigen Ausarbeitung
- Doppelfederführung: Inhaltliche Ausgestaltung und Kommunikation

To Do 1: Konkretisierung dieser Maßnahmen als Abbildung im Strategiepaper mit Stufen/ Triggerpoints und als Handreichung für Entscheidungsträger; Federführung: FG36 ([redacted]) in Zusammenarbeit mit FG32 und FG37 [LZ: AufgabenID 2374_1]

To Do 2: Kommunikation zu konkreten Empfehlungen; Federführung: P1 ([redacted]) in Zusammenarbeit mit zu bestimmendem Consultant Board (bspw. aus Universitäten oder des MPI > verhaltenswissenschaftlicher Input), in zweiter Instanz mit BMG und BZgA ([redacted]

	bietet Fachbeiratsexpertise zu Psychologie an) [LZ: AufgabenID 2374_2] **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.183.655 (+12.332), 18.919 (1,6 %) Verstorbene (+147), Zahlen weiter auf hohem Niveau; 7-Tage-Inzidenz 146/100.000 Einw.; 4-Tage-R=1,20; 7-Tage-R=1,06; ITS (Datenstand 06.12.2020): 4.108 (+57), invasiv beatmet: 2.457 (+41); insgesamt eher steigend, sehr hohe Zahlen für Wochenende, keine Entspannung der Lage; o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: in den meisten Bundesländern konstant bis zunehmend; o 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 19 LK >25-50; 99 LK >50-100; 251 LK >100-250; 33 LK >250-500; 1 LK >500-1000 Fälle/100.000 Einw. o In den Top 10 fast ausschließlich sächsische LK zu finden o Ursache des derzeit starken Fallzahlanstiegs in Sachsen von > 300/100.000 Einw. derzeit unklar o Sachsen-Anhalt, Brandenburg, Thüringen ebenfalls deutlich angestiegen, Ursachenfindung ist indiziert *Anmerkungen/Fragen:* o In Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern hat der Teillockdown keinen deutlichen Effekt, Fallzahlen erreichen eine Art „steady state“, sinken jedoch nicht > aktuelle Maßnahmen reichen scheinbar derzeit nicht aus o Effekte hingegen in Bremen, Berlin und Hamburg sichtbar o Heterogenes Bild, keine pauschale Erklärung möglich, vermutlich eher auf LK-Ebene zu analysieren o Vorschlag: Vergleich ausgewählter LK über längeren Zeitraum im innerdeutschen Vergleich o Anmerkung: aktuelle Studie der Universität Bielefeld dazu zusammen mit FG34 (Maßnahmen *versus* Meldedaten) *To Do: Bitte an [redacted] um Weitergabe: im Lagebericht sollte bereits heute deutlich gemacht werden, dass in den letzten Tagen nach einem Plateau wieder eine Tendenz zu zunehmenden Fallzahlen zu beobachten ist (auch R-Wert sollte Berücksichtigung finden)* [LZ: Wurde an Position Lagebericht kommuniziert]	FG32 ([redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** o	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o Aufnahme der CWA (CoronaWarnApp)-Evaluation nach Freigabe durch BMG o Mehrere Dimensionen der Analyse hinsichtlich Effekten, Hürden, Akzeptanz und Teilungsrate von Testergebnissen (verhaltensorientierte Evaluation zwecks gezielterer Kommunikation) o Ergebnisse seitens Fraunhofer wiesen darauf hin, dass Trennwände Einfluss auf die CWA haben, aktuelle Testergebnisse hierzu befinden sich in Auswertung	FG21 ([redacted]

	o Kontakttagebuch in CWA soll durchgesetzt werden, für Gesundheitsämter ggf. wertvoller Mehrwert, Umsetzung hinsichtlich Nutzbarmachung für die Gesundheitsämter ohne weiteren Mehraufwand/weitere Belastung ihrerseits wird derzeit diskutiert o Downloadanzahl derzeit bei ca. 24.5 Mio o Projekt DEA: beteiligt: BMG, RKI, Bundesdruckerei; erste Vertragsverhandlungen letzten Freitag, als nächstes Klärung von Datenschutzaspekten, dann geregelter Übergang in Projektbetrieb o Luka App: Aufbau durch Subunternehmen der Bundes-druckerei, möglichst aufwandarmer Anschluss der Gesund-heitsämter wird diskutiert o Chatbot – empfohlen durch ITZ Bund und BMI – derzeit in Prüfung hinsichtlich Umsetzbarkeit o DEMIS: ab 01.01.21 Nutzung verpflichtend, 98 % der Gesundheitsämter angebunden (13 Ämter derzeit noch ausstehend), jedoch lediglich ca. 250 von über 400 Laboren – davon jedoch viele Großlabore bereits angeschlossen o Anschluss vor allem bei kleinen Laboren problematisch (Adapterlösung, IT-Anleitung zur Konfiguration sowie Beratung stehen jedoch zur Verfügung) o Sprachregelung: starke Betonung, dass ab 01.01. die Verpflichtung zur DEMIS-Nutzung besteht, aber sofern diese technisch noch nicht umgesetzt werden kann, dies nicht von der Meldepflicht entbindet	FG32 ([redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	alle
5	**Kommunikation** **BZgA** Kernaspekte dieser Woche: • Hinweise zum Selbstschutz in Social Media (Twitter u.w.) • Psychische Gesundheit • Impfen • Weihnachtsvorbereitungen • Rückmeldungen: viele Fragen zur Impfung sowie zur Logistik (Erreichen der Impfzentren durch ältere Personen ohne Unterstützung) • Herausforderungen bzw. heterogenes Bild in schulischen Kontexten, teils auch durch unterschiedliche Verfügungen (geringe Fallzahlen der Schulen teils nicht ganz schlüssig, sollten weiterhin beobachtet werden) **Townhallmeeting** • Ca. 2.000 Fragen im Vorfeld eingereicht • Wiederholung im Januar geplant • Priorisierung von Impfungen wird Kernthematik werden und vermutlich Kontroversen hervorrufen	BZgA ([redacted] Präs

	Presse • Viele Anfragen zu Impfung, Stellungnahme der Fachgesellschaften soll vor Veröffentlichung abgewartet werden • Nachtrag: BMG hat Entwurf der STIKO-Empfehlung bereits vor Stellungnahme an „Die Welt“ herausgegeben **Social Bubbles** (Folien hier) • Präventionsbotschaften zu Weihnachten, daraus erklärende Grafiken zu Social Bubbles, textliche Erläuterung wird ergänzt, auch zu Kontaktpersonen • Informationen zur Vorquarantäne werden in gesonderter Grafik erstellt • [redacted] wird betreffende Personen der Abteilungen zwecks Feedback dazu persönlich ansprechen	Presse ([redacted] P1 ([redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Reisen** • Problempunkt bereits im Frühjahr und Sommer ersichtlich, betrifft innerdeutsche als auch Reisen ins Ausland (Abhängigkeit von Funktionsfähigkeit der Einreisekontrollen, Aktivitäten vor Ort etc.) • Es sollte deutlich werden, wo genau das Risiko bei Reisen besteht, um Nachfragen und scheinbare Inkonsistenzen zu vermeiden • Reisen sind fast ausnahmslos kontaktbezogen (Unterkunft, Essen, Aktivitäten) • Es sollte generell empfohlen werden, nicht zu reisen, vor allem vor dem Hintergrund der gemeinschaftlichen Anstrengung der Gesellschaft, Fallzahlen zu reduzieren und des Risikos einer Ausbreitung (cave bei Argumentation mit Risiko: starke Abhängigkeit von Pandemiesituation/-phase) • ECDC: sieht derzeit geringeres Risiko bei Reisenden, vulnerable Gruppen darunter weniger vertreten • Reisen sollten auch für andere Länder kein vermehrtes Risiko erzeugen, Eintrag muss vermieden werden (vor allem auch dann, wenn dort Fallzahlen mit sehr drastischen Maßnahmen gedrückt werden) • Ggf. Empfehlung zu Mobilität im In- und Ausland (Verhalten und Kontext, Rahmenbedingungen) aussprechen, Empfehlung momentan nicht mobil zu sein • ECDC: derzeitiger Stand, dass Reisende den lokalen Restriktionen entsprechend handeln sollten, hier ggf. sinnvoller: den jeweils striktesten Bedingungen des Herkunfts- und Destinationslandes entsprechen (cave: schwierig, da bspw. selbst innerdeutsch unterschiedliche Restriktionen) **Surveys UK** • British Household Panel: alle 2 Wochen 20.000 Haushalte serologisch und per PCR getestet > repräsentative Fallzahlen im zeitlichen Verlauf > Modellierungsgrundlage (Punktprävalenz und Inzidenz berechenbar)	Alle VPräs VPräs FG24 ([redacted] FG36 ([redacted]

	• Vergleichbares RKI-Gesundheitspanel dringend benötigt • Anlehnung an bereits etablierte Panels (bspw. Forsa, SeBluCo, Voxco, Grippeweb/GrippeWebPlus - nicht repräsentativ, da selbstrekrutiert, dennoch hochrelevant) > kurzfristiger Informationserhalt, aufgrund der Dringlichkeit Integration ggf. von Vorteil • Langfristig Errichtung eines adäquaten, RKI-basierten Panels, wie bereits seit langer Zeit gefordert *To Do: Bitte an [redacted], sich mit [redacted] und weiteren Personen aus Abt. 3 bis Ende der Woche zu geeignetem Instrument für möglichst repräsentative Longitudinalstudie (Eckpunkte eines Aufbaus eines solchen Panels, mögliche Anknüpfung an bereits bestehende Panels) auszustauschen* [LZ: AufgabenID 2375] **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente**
	o Veröffentlichung der Nationalen Teststrategie, Grafik wird mit Testverordnung in Einklang gebracht und morgen freigeschaltet
	o Unklarheiten zu Testnotwendigkeit bei Warnung in der CWA: Querverweis zur CWA ist in nationaler Teststrategie jedoch deutlich enthalten
	o Entlasskriterien Berlin:
	  o vereinfachte Darstellung durch [redacted] auf Bundesebene:
	  ▪ Wording von Genomäquivalenten zurück auf Ct-Werte
	  ▪ Vorschlag, dass ein negativer PCR-Test ausreicht
	  ▪ PCR-Test wird diesbezüglich dem AG-Nachweis gleichgestellt
	ToDo: Bitte an IBBS um Klärung, ob eine solche Vereinfachung auch für uns möglich ist
	o Anm.: abhängig vom Setting – bei Freitestung wird Wiederholung gefordert, da hier quantitatives Bezugsergebnis anfälliger für Unsicherheit
	o Leistungsfähigkeitsvergleich auf Ct-Basis nicht möglich, auf Kopiezahl-Basis schon
	To Do: Bitte an [redacted], die inhaltliche Möglichkeit einer Vereinfachung zu überprüfen
	o Wie ist die Validität der Teste nach Hersteller zu beurteilen (bspw. Validität des Tests von Bosch im Vergleich zu Roche): Hersteller muss bei Validität bei Inverkehrbringen nachweisen
	o PEI-Homepage: nähere Informationen zur Validität der Teste
	ToDo: Bitte um Weiterleitung dieser Frage an AG Diagnostik
		Alle
		Abt. 1
		([redacted]

8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	o Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** AGI Sentinel o In letzten zwei Wochen > 3.000 Einsendungen, Verdopplung von einer Woche zur darauffolgenden (Ursache vermutlich verstärktes Anschreiben, Einsatz von Kurierdienst) o Rhinoviren dominieren mit 18 % o Teillockdown spiegelt sich auch hier wieder o 14 SARS-CoV-2-positive Proben (= ca. 8 %), Höchstwert bislang o Gesamtstatistik: ca. 1500 Proben, davon ca. 350 positiv o Anbindung an DEMIS noch nicht abgeschlossen, [redacted] tauscht sich hierzu mit [redacted] aus	FG17 ([redacted] ZBS1 ([redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Keine Punkte	Alle

12	**Surveillance**
	Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	o Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren
	o GrippeWeb (Folie 4): Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche nimmt im Verlauf der Meldungen ab
	  o Geschätzte ARE in KW 48:
	  o 0-5 Jahre: 341.000 ARE (7.200/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 44.000 mit Arztbesuch wegen ARE
	  o 6-10 Jahre: 177.000 ARE (4.800/100.000), davon 13% mit Arztbesuch = ca. 23.000 mit Arztbesuch wegen ARE
	  o 11-14 Jahre: 18.000 ARE (600/100.000), davon 33% mit Arztbesuch = ca. 6.000 mit Arztbesuch wegen ARE
	o Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle (%) nach Altersgruppe (Folie 5): in KW49 bei 15-20J. ca. 180 (7,5 %), bei 11-14 J. ca. 130 (3,3 %), bei 6-10 J. ca. 90 (3,1 %), bei 0-5J. ca. 60. (2,3 %)
	o Ausbrüche in Kindergärten/Horte (Folie 8)
	  o Größte Geschehen KW 48/49:
	  o NI, Hildesheim, 12 Fälle: 5 (0-5), 7 (15+)
	  o RP, Rhein-Hunsrück-Kreis, 11 Fälle: 1 (6-10), 10 (15+)
	  o Insgesamt wurden in SurvNet 447 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt
	  o 336 (75 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 40 % (837/2.083) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt
	  o 111 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter
	o Ausbrüche in Schulen (Folie 9)
	  o Insgesamt wurden in SurvNet 749 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)
		FG36
		([redacted]
		FG32
		([redacted]

	o 690 (92 %) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 18 % (6-10J.), 27 % (11-14J.), 31 % (15-20J.), 24 % (21+) o 59 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter o Trend zu Ausbrüchen in Schulen/bei Jugendlichen, nimmt aber auch bei Grundschülern zu o Entsprechend der Entwicklung in der Allgemeinbevölkerung/genereller Maßnahmen müsste sich die Lage in den Schulen ebenfalls stabilisieren, hier jedoch kein Einfluss zu beobachten o Diskussion / Fragen o Anfrage zu Gurgeln mit dazu gebräuchlichem Desinfektionsmittel: keine adäquate Präventionsmaßnahme da höchstwahrscheinlich nur sehr temporär wirksam o Probenahme – Belastungsreduktion bei Probenahme bei Kindern durch Entnahme aus vorderem Nasenbereich und Mundraum (COALA)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen.	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen.	FG38
15	**Wichtige Termine** o FG33 wegen Retreat und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Mittwoch, 09.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*09.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o ICOSari o ARS Testkapazität und Testungen o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG37/AL3
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Ggf. Graph. Darstellung Social bubble (P1 v 04.12.)	BZgA Presse P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** • Falldefinition	Alle FG32
8	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33
9	**Labordiagnostik** • Influenza: Entwicklung der Zahlen (NRZ)	FG17/ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Pressebriefing 10.12.20	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 11.12.2020, 11:00 Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*09.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - -
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International
	o Fälle, Ausbreitung (Folien hier)
	  o >67 Millionen Fälle, >1,5 Millionen Todesfälle (2,3 %)
	o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage
	  o Top 10 Länder: (keine Änderung) USA, Brasilien, Indien, Russland, Italien, Deutschland, Großbritannien, Ukraine, Iran und Polen
	  o USA, Brasilien, Deutschland, Großbritanien Zunahme der Fälle, restliche Länder Abnahme der Fälle
	o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw.
	  o 78 Länder überschreiten diesen Schwellenwert
	  o Neu hinzugekommen: Botswana, Bermuda, Mexiko;
	o 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH
	  o Nur Island (34/100.000 Ew.), Irland (38/100.000 Ew.) und neu Norwegen (47/100.000 Ew.) mit < 50/100.000 Ew;
	o *Zusammenfassung und News*
	  o WHO Übersicht fast die Hälfte der kumulativen Fälle und kumulativen Todesfälle aus Amerika, 36% der Todesfälle der letzten 7 Tage,
	  o Europa 37% der neuen Fälle letze 7 Tage, und 48% der Todesfälle der letzten 7 Tage,
	  o Afrika wenige 1% neue Fälle der letze 7 Tage und der neuen Todesfälle der letzten 7 Tage
	
	National
	o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  o SurvNet übermittelt: 1.218.524 (+20.200), 19.932 (1,6 %) Verstorbene (+590), Zahlen weiter auf hohem Niveau; 7-Tage-Inzidenz 149/100.000 Einw.; 4-Tage-R=0,91; 7-Tage-R=0,99; ITS (Datenstand 08.12.2020): 4.257 (-78), invasiv beatmet: 2.535 (+22);
	  Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage;
	  o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen weiterhin sehr hohe 7 Tagesinzidenz, ~300/100.000 Ew.; zusätzliche Maßnahmen wurden beschlossen, 2. Platz Thüringen, hohes Plateau auch in Berlin, Bayern, Hessen, Baden-Württemberg, in keinem Bundesland wird ein anhaltend abfallender Trend beobachtet;
	  o 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung:
	  16 LK >25-50; 93 LK >50-100; 259 LK >100-250;
	  32 LK >250-500; 2 LK >500-1000 Fälle/100.000 Einw.
	  o Sachsen & Bayern östliche Regionen stark betroffen, Norden etwas mehr LK mit geringerer Inzidenz,
	  o fast 300 LK mit 7 Tages Inziden >100
	  o Altersgruppe Heatmap nach Meldewoche zeigt für >85 ansteigende 7 Tagesinzidenzen, in niedrigen Altersgruppen eher leicht rückläufig
		ZIG1
		[redacted]

	o COVID-19 Fälle und Anteil der Verstorbenen sowie Anteil der Hospitalisierten und COVID-19 Fälle mit für COVID-19 relevanten Symptomen nach Meldewoche (Folie 6) durchgängig hohe Fallzahl eher konstant hohes Niveau, Anteil Verstorbene höher als in Sommermonaten, Anteil mit Symptomen eher gleichbleibend seit KW37, o Anzahl Covid-19 Todesfälle nach Sterbewoche (Folie 7) KW48 >2.000 Verstorbene, deutlicher Anstieg seit KW 42 *Anmerkungen/Fragen/Diskussion:* o Frage zu Folie 6: Warum gibt es eine Abnahme des Anteils der Hospitalisierungen? => Meldeverzug könnte dazu führen, Angaben vermutlich nicht vollständig, außerdem hier Darstellung des Anteils, die absolute Zahl nimmt kontinuierlich zu, insgesamt zeigt sich eine sensitivere Erfassung der Fälle, Ältere aus den Altenheimen kommen vielleicht nicht in die Krankenhäuser, Anteil Tote im KH müsste dann größer werden, ggf. prüfen, außerdem ist ambulante Versorgung besser geworden => auch ältere Erkrankte werden in ambulanter Versorgung gehalten und nicht in KH überwiesen; o Weitere Punkte: Wenn auch auf niedrigem Niveau ist der Anstieg in Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein auch besorgniserregend und sollte beobachtet werden, o Anstieg 10-15 Jährige recht deutlich zu sehen, in Sachsen, Baden-Württemberg und Bayern ist das gerade der Fall, in anderen Bundesländern eher nicht so hoch; o Maßnahmen in Schulen sollen in einem Projekt vom Helmhotzzentrum untersucht werden; o Diskussion um Anpassung der Risikobewertung: Vorschlag der Lagebericht sollte die Besorgnis über den Fallanstieg etwas deutlicher ausdrücken => „leichter Anstieg“ soll in „deutlicher Anstieg“ o.ä. geändert werden, siehe Weiteres unter Punkt 4 Aktuelle Risikobewertung; *ToDo: nach erneuter vertiefter Diskussion ggf. für Freitag Vorschlag zur Anpassung der Risikobewertung FG36, FG32*	Alle Präs FG32 AL3 FG36 FG37
	o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb: akute Atemwegserkrankungen relaitv stabil und deutlich unter dem Niveau der Vorsaison, o ARE-Konsultationen: ebenfalls stabil und unter der Vorsaison, Der Wert (gesamt) lag in der 49. KW 2020 bei ca. 1.000 Arztkonsultationen wegen ARE pro 100.000 Einwohner. Auf die Bevölkerung in Deutschland bezogen entspricht das einer Gesamtzahl von ca. 830.000 Arzt-besuchen wegen akuter Atemwegserkrankungen; o ICOSARI-KH-Surveillace: Anstieg der SARI-Fallzahlen in den Altersgruppen 15-34 und 35-59 Jahre, generell aber seit einigen Wochen relativ stabil bzw. pendelt auf hohem Niveau (über 35 Jahre) oder niedrigen Niveau (unter 15	FG36

	Jahre); die Altersgruppen der Kinder unter 15 Jahre immer noch niedriger als üblich um diese Jahreszeit o Anteil COVID-19 Patienten an SARI stabilisiert sich auf hohem Niveau, liegt aktuell bei 57 % o Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI im Sentinel: alle Fälle, inkl. Liegende (noch vorläufige Diagnosen und noch nicht vollständig) auch hier: kein Rückgang in AG 80+ , eher weiterer Anstieg (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger) o ICOSARI-KH-Surveillance (Folien hier) (72 Kliniken im ICOSARI-Sentinel) o Phase mit hoher COVID-19 Aktivität: Anteil COVID-19 an SARI-Fällen >10%, Positivenrate an Labormeldungen >1,5% o Einführung der freiwilligen (später z.T. verpflichtenden Testungen bei Reiserückkehrern) (KW 30/31) zeigt KEINEN Sprung beim Anteil COVID-19-Patienten, da nicht von D-weiten Testkriterien abhängig => nur schwere Fälle, sentinel-weites Aufnahmescreening; o COVID auf Intensiv fast 10% aktuell, vorher deutlich weniger; o *Fragen/Anmerkungen:* Diese Daten in Bezug auf andere Erreger zeigen schon eine Compliance, sonst wären die Zahlen höher, Compliance reicht allerdings in Bezug auf Covid nicht aus; o Anmerkung: über die From der Publikation der Daten soll nachgedacht werden o SARS-CoV-2 in ARS (Folien hier), Anmerkung zur Anzahl der Testungen und Positivenanteile pro Woche – bundesweit: negative Fälle häufig später als positive Fälle nachgemeldet o Altersgruppen Heatmap: >80 Jährige gehen hoch, 20-30 Jährige waren hoch gehen leicht runter, o Anzahl der Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Kalenderwoche leicht zunehmend bei >80 Jährigen, bei allen anderen Altersgruppen Abnahme; o Positivenanteil: stark zunehmend bei >80Jährigen, andere Altersgruppen leichte Zunahme; o Folie 4 Abnahmeort: Arztpraxen zeigen insgesamt Anstieg auch 0-4 Jährige steigen in Arztpraxen an; bei Ort „Andere“ geht der Anteil runter, allerdings ist dies eine Mischung aus verschiedenen Orten; o Darstellung Abnahmeort in Kalenderwoche „Andere“ nimmt zu und Arztpraxen ab; o *Diskussion:* Ggf. kommt es durch verändertes Testen und Antigenteste zu Überschätzung der Positivrate, es findet eine Vorselektierung statt, die zu höheren Positivenraten bei PCR führt;	FG37
	o **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** (Folien hier) o Testzahlerfassung: Anzahl Tesungen hat leicht abgenommen auf 1,3 Millionen, Anzahl Positive zugenommen auf 10,25% o Auslastung der Kapazitäten bei PCR zurück gegangen; es gäbe noch Kapazitäten, Probenrückstau nimmt ab,	AL3

	Verzögerung der Ergebnismitteilung vermutlich eher aus logistischen Gründen o *Diskussion/Fragen:* es gibt Daten aus Österreich zu breiter Testung in der Bevölkerung mit Darstellung in einem Dashboard. Wie vergleichbar ist das mit unseren Daten, Umrechnung auf Inzidenzen möglich? *To Do: Kontakt zu Kolleg*innen aus Österreich wegen der Daten zur Testung in der Bevölkerung aufnehmen und Frage nach den Auswertungen, [redacted] nimmt Kontakt auf* o *Diskussion/Fragen:* Umgang mit Antigennachweisen (siehe auch Punkt zu Dokumente): Personen mit leichten, unspezifischen Symptomen mit Antigentest testen und dann ggf. PCR bestätigen soll dies in Teststrategie/Testkriterien aufgenommen werden? o Es ist ein Austausch mit der KBV und Fr. Ciesek, [redacted], Hr. Rabenau geplant, Vorgehen ist sicherlich sinnvoll und wird in vielen Praxen bereits so gemacht; Erweiterung auf leicht symptomatische wäre möglicherweise gut; o Hinweis FG36 [redacted]: Freitest könnte falsche Sicherheit geben, spricht sich gegen eine Änderung der Kriterien aus; o Hinweis auf falsch-negative Ergebnisse: Klinikum Stuttgart hatte 62% falsch negative in der Notaufnahme bei nicht-symptomatischen Personen, 20% bei symptomatischen Patienten, dies erscheint demnächst auch im Epi Bull. o Frage nach dem Umgang mit den Antigentesten und Teststrategie steht und fällt mit Qualität der Teste *ToDo: Schauen was die Gruppe KBV ergibt und dann erneut eingehender diskutieren; Anfang nächster Woche besprechen, ob FlusschemaTestkriterien angepasst werden sollte;*	Alle VPräs FG32 FG36 AL3 AL1
2	**Internationales (nur freitags)** o Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Eine Höherstufung von „hoch“ auf „sehr hoch“ wird in Erwägung gezogen, • Diskussion: Einerseits zeigen die epidemiologischen Indikatoren in die Richtung höher zu stufen soll andererseits soll die Risikobewertung die aktuelle Lage abbilden; außerdem ist sehr hoch bereits die höchste Stufe, Frage, ob es das trifft, • Möglicherweise werden die Fallzahlen im neuen Jahr noch einmal hoch gehen, dann gibt es keine weitere Stufe nach oben mehr; • Anmerkung dazu: Die Risikobewertung und Abschätzung der Gefährdung hat aber auch einen vorausblickenden Charakter;	Alle Präs VPräs FG36 FG32 AL3 FG37

	• Relativ klar ist aber auch, dass ab Montag wahrscheinlich neue Maßnahmen kommen werden, ggf. sollten diese zunächst abgewartet werden; • *Entscheidung:* hoch skalieren auf „sehr hoch", dies soll vorab an das BMG kommuniziert werden, ein Änderungsvorschlag des Textes wird im Krisenstab diskutiert • Frage kommt auf warum die Zahlen weiterhin so hoch sind? => Ausmaß der Kontaktbeschränkungen reicht nicht aus, ggf. müssten konsequenter Geschäfte, Schulen geschlossen werden, Anmerkung dazu: Schulen sind nicht das Mittel um die Pandemie einzudämmen, das zeigen auch andere Länder; • Compliance ist wichtiger Punkt, dafür wäre die Kommunikation ein Schlüsselpunkt; es gab dazu bereits einen Bericht an das BMG mit Empfehlungen, *ToDo: Vorschlag an das BMG mit geänderter Risikobewertung, möglichst bis Ende dieser Woche online stellen*	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Pressebriefing für morgen angesetzt, Themen sind: aktuelle Lage, Syndromische Surveillance, Überblick erste Ergebnisse der sero-epidemiologischen Studien zu SARS-CoV-2, dazu erscheint auch etwas im Epidemiologischen Bulletin	BZgA Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** • **Allgemein** • **RKI-intern** • Basierend auf der relativ abstrakten Abbildung zur Stufeneskalation in der Strategie für den Herbst-Winter (hier) soll ein Konzept mit Konkretisierung der Präventionsbotschaften und passender Visualisierung erstellt werden. Z.B vor Weihnachten Vorquarantäne und sinnvoller Kontaktgruppen (Social Bubbles) und Empfehlungen für die Zeit nach Weihnachten; bspw. öffentlicher Nahverkehr; Dies soll aufgrund der besseren anschaulichkeit anhand von case studies erfolgen. Diese sollen noch einmal diskutiert werden; FF wird innerhab von Abt. 3 festgelegt. • Empfehlungen f. die Feiertage und graph. Darstellung Social bubble (P1 v 04.12.) => wird Freitag besprochen • Ausbrüche Altenheimen weiterhin sehr hoch (Folien hier); Vorschlag für weitere Diskussion morgen; wird von Presse aufgenommen; Frage wie flächendeckend Antigenteste in Altenheimen angewednet werden? Dazu gibt keine einheitlichen Daten aber die Meldungen, dass es zumTteil an Finanzierung hängt bzw. auch an der Angst bei vielen positiv getesteten Personen und dem resultierenden Personalmangel; • Über AGI soll herausgefunden werden, ob eine Begleitung und Messung der Effekte geplant ist;	FG36 VPräs FG36 P1 FG37

	•	
7	**Dokumente** o Anpassung der Falldefinitionen wurde mit Ländern diksutiert, es gibt keine Bedenken; o ECDC hat angepasste Falldefinition bereit publiziert, o Anfang nächster Woche soll neue Falldefinition nach Anpassung in Survnet veröffentlicht werden, Änderung wäre: positiver Antigentest mit Symptomen soll als positiver Fall gezählt werden, o *Diskussion:* Diskrepanz zur Vorgabe der PCR Bestätigung, Sollte abgewartet werden mit Anpassung der Falldefinition? Wenn aber die Fälle nicht übermittelt werden, würde Information verloren gehen, bisher keine Infromation wie relevant der Anteil ist, positve PCR-Bestätigung wird erfasst aber nicht wenn PCR negativ; Daher besser Änderung der Falldefinition (was wir übermittelt bekommen) bei vorübergehender Beibehaltung der Referenzdefinition (was wir nach außen ausweisen) o Punkt erfordert weitere interne Diskussion; *ToDo: Änderung der Falldefinition und Übermittlung der Zahlen zur Beobahtung der Änderungen und Relevanz (erfordert auch Änderung im Meldesystem) aber noch nicht als bestätigte Fälle zählen;*	Alle FG32 AL3 FG36
8	**Update Impfen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** o Influenza: Entwicklung der Zahlen (NRZ) (Folien hier) o Probeneingang niedrig, Kontakt zu Arztpraxen ergab, dass es gewisse Unzufriedenheit bei Praxen gibt wegen relativ langen Zustellzeiten bei Postzustellung, beim Kurierdienst kein Verzug bei Zustellung; o BMG Mittel sollen genutz werden um Kurierdienst zu finanzieren; o Probeneinsendungen liegen deutlich unter der möglichen Zahl von ~300 Proben/KW; Einbrüche v.a. zu Lockdown-Zeiten zu verzeichnen; o KW 49: 166 Proben, 12% Positivenrate, KW 50: 39 Proben bisher 10% Positive o Lockdown zeigt Effekte bei Rhinoviren als Maß für Maßnahmen um KW45; o SARS-CoV-2 zeigt zunächst Rückgang, seit KW47 Anstieg; o Vergleich der restlichen Coronaviren über die vergangenen Jahre deutet auf voraussichtlich anhaltende Zirkulation von SARS-CoV-2 in den nächsten Monaten hin	FG17/ZBS1 [redacted] FG32
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Keine Updates	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Konkretisierung zur Abfallentsorgung in der Diagnostik in Bezug auf Antigenteste, Entsorgung soll über normalen KH-Abfall erfolgen, dieser geht direkt zur Verbrennung, keine Entwsorgung als infektiöser Sondermüll nötig;	Alle FG14 [redacted]

12	**Surveillance** o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen.	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen.	FG38
15	**Wichtige Termine** o FG33 wegen Klausur und ECDC Meeting erst kommenden Montag wieder in der Krisenstabssitzung	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag 11.12.2020, 11:00 Uhr in geringerer Besetzung, ggf. Ausfall des Termins	FG37

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*11.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 *(entfällt)* FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Dokument → s. Ordner •	 alle
5	**Kommunikation** • Social Bubbles	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen	Alle [redacted]
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33 *Entfällt*
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	IBBS

	•	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Digital Passenger Locator Form • DEA	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 14.12.2020, 13:00 Uhr	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*11.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Abt. 3
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- Presse
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Nicht besprochen **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.272.078 (+29.875), 20.970 o (1,6 %) Verstorbene (+598), Zahlen auf neuem Höchstwert o 7-Tage-Inzidenz 156/100.000 Einw.; R-Werte ausstehend; ITS (Datenstand 10.12.2020): 4.339 (+61), invasiv beatmet: 2.505 (-16) o Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen und Thüringen weiterhin führend, Aufwärtstrend aber bundesweit, auch z.B. in MV, Lage angespannt o 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 2 LK > 500-1000/100.000, 35 LK mit > 250-500/100.000 o Mortalitätssurveillance hinkt hinterher, in KW 45 aktuell ca. 3% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 o Nachgemeldet wurden von gestern ca. 1000 Fälle aus NRW, kein qualitativer Unterschied, nur quantitativer o In EUROMOMO Mortalitätssurveillance gibt es aktuell EU-weit keine relevante Übersterblichkeit, ab der Altersgruppe 45. LJ jedoch Anstieg zu sehen auch im Vergleich zu bisherigen Influenzawellen, Unterschiede in den einzelnen Ländern zu sehen, Österreich z.B. erst in der 2. Welle betroffen, Spanien aktuell im Vergleich zum Frühjahr weniger betroffen, da im Frühjahr unvorbereitet o Fazit: deutliche Schwere im Vergleich zu Influenza hinsichtlich Mortalität, Übersterblichkeit kann ohne präventive Maßnahmen wie im Frühjahr extrem hoch sein, selbst mit Maßnahmen höher als bei Influenza	[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Folien siehe hier • Qualitative bundesweite Bewertung von „hoch“ auf „sehr hoch“ gestuft, wurde bereits dem BMG vorgelegt zur Kenntnis, wird heute umgesetzt, auch der Rest des	[redacted] [redacted]/alle

	Textes ist etwas angepasst, aus „deutlichem Anstieg“ wird „starker Anstieg“ im Lagebericht • Insgesamt wird in Unterüberschrift deutlicher auf Neubewertung und Verschärfung der Risikobewertung hingewiesen, heute auch im Lagebericht prominentere Darstellung geplant • Initiativbericht (Folien hier) mit Verschärfung der Maßnahmen wurde erneut an Länder/AGI verschickt mit dem Hinweis, dass Punkt 7 revidiert wird (Schulen sollen neuerdings schnellstmöglich geschlossen werden) *Diskussion:* o ausführliche Diskussion zur Rolle der Schulen ausstehend o aktuell eher als Vorquarantäne (indirekter Effekt) gedacht, zudem ist eine Perspektive für nach Weihnachten noch zu formulieren o Hygienekonzepte werden nicht umgesetzt (Stichwort Wechselunterreicht), ansonsten könnten Schulen vermutlich auch offen bleiben o in anderen Ländern konnten Zahlen im Rahmen eines harten Lockdowns bei offenen Schulen gedrückt werden o Rolle/Ausfall der betroffenen Eltern (die ggf. in Pflegeberufen tätig sind) wird nicht mitberücksichtigt *Todo:* [redacted] macht Ergänzungsvorschlag zum Initiativbericht, geht an Krisenstab und Leitung	Im Auftrag der Leitung alle
5	**Kommunikation** • Am Dienstag, 15.12. findet wahrscheinlich Bundespressekonferenz (u.a. mit J. Spahn und L. Wieler) statt, ob am Donnerstag RKI-Pressekonferenz stattfindet ist von RKI-Leitung noch nicht entschieden • Social Bubbles, Folien hier: Handlungsempfehlung für Bevölkerung für die Vor-/Weihnachtszeit, innerhalb der social bubble kann im besten Fall auf AHA-L verzichtet werden bei wirklich strikter Vorquarantäne (keine Schule, kein Einkaufen oder ÖPNV) und fehlenden Krankheitszeichen, außerhalb aber auf keinen Fall, einfache Faustregeln werden zeitnah kommuniziert *Diskussion:* o Vorquarantäne muss besser definiert werden um sich von aktuellem Verhalten abzuheben o Lebensmittel nicht einzukaufen für einen langen Zeitraum ist nicht praktikabel aber Weihnachtsshopping kann z.B. gezielt gemieden werden o Social bubble muss im Vorfeld festgelegt werden, wird aktuell wahrscheinlich von Bevölkerung noch nicht umgesetzt	Presse P1/[redacted]/alle

Kommentiert [ASL1]: ID 2367

Kommentiert [ASL2]: ID 2359

	o Besser nicht nur „Don´ts“ sondern auch „Dos“ vorgeben o Ggf. Begriff „soziale Blase“ überdenken, vielleicht besser „Kontaktgruppe“ oder weniger technischer Begriff, der auch nicht auf das „soziale“ sondern das „körperliche“ abzielt o Zeitplan: Kommunikation ab Montag, 14.12. gemeinsam mit BMG und über RKI-Homepage *Todo:* Überarbeitung am Wochenende ([redacted] Leitung)	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern**	Alle
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nach Veröffentlichung von interner Stellungnahme bezüglich Priorisierung in BILD-Zeitung erfolgte Flutwelle von Emails an FG33 mit hoher Arbeitsbelastung • Impfstoff-Zulassung voraussichtlich Ende Dezember • Erste Auslieferung Anfang Januar, ggf. erste Impfungen ab 04.01.2021, vorausgesetzt die Impfzentren sind bereit, zur Verfügung stehende Impfmengen sind jedoch niedriger als geplant • Allergische Reaktionen von HCW wurden vom PEI berichtet (2-3 Fälle in UK, dies wohl Personen mit heftigsten allerg. Reaktionen in Anamnese), Personen mit allerg. Prädisposition sollen nun hintenangestellt werden (Definition Prädisposition?) • Kontraindikationen sind prinzipiell noch nicht festgelegt, abschließende Bewertung der allergischen Vorfälle steht ebenfalls noch aus • Hamburg schickt ein Team nach UK zur weiteren Aufarbeitung und wird danach informieren	FG33[redacted] [redacted] alle
9	**Labordiagnostik** • ZBS1: Leichter bundesweiter Probenrückgang, Positivenquote bei 22% • FG17: 564 Einsendungen, 129 Rhinoviren (25%) und 43 SARS-CoV-2 positiv (10%), Anstieg an SARS-CoV-2-Nachweisen zu vermerken	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Hohe Auslastung der ITS-Stationen, strategische Patientenverlegung wird konzipiert, ggf. über Traumanetzwerk • Weitere Therapiemöglichkeiten werden überarbeitet, wenig erfolgversprechend	IBBS[redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle

12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Schulleitungen sind bei positivem Ag-Nachweis nicht für meldepflichtig befunden worden aber Diskussion läuft noch	FG38 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Digitalisierung für EU-Passagierdaten geplant, Deutschland nimmt ggf. an Pilotierung teil, Entscheidung vom BMG diesbezüglich ausstehend • 300 Gesundheitsämter sind in DEA (Digitale Einreiseanmeldung) eingeschlossen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nichts besonderes	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Wie bereitet sich RKI auf Lockdown mit Konsequenzen für Mitarbeiter vor? *Todo*: Konzept für RKI-Mitarbeiter für Lockdown (Leitung) • Nächste Sitzung: Montag 14.12.2020, 13:00 Uhr	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*14.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Amtshilfeersuchen MKK (GA Gelnhausen) o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Konzept Erhebungen/Instrumente Corona-AK-Status ([redacted], Abt. 2) **b) RKI-intern** • **Anfrage FG24 ([redacted]):** Größe der Risikogruppen für einen schweren C-19-Verlauf. Wo sollten die Daten zusätzlich veröffentlicht werden (FAQ, Steckbrief?). • Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen	Alle FG24 Abt 3, [redacted] [redacted]

7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • *Ggf. Update zur Diskussion der fachl. Stellungnahmen zur STIKO Empfehlung*	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 16.12.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*14.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- L1
  - Joachim-Martin Mehlitz
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG23
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- Presse
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** o Fälle, Ausbreitung (Folien hier) o > 70,96 Millionen Fälle, > 1,6 Mio. Todesfälle (2,3%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle / letzte 7 Tage: USA, Brasilien, Indien, Russische Föderation, Türkei, Deutschland, Großbritannien, Italien, Frankreich, Ukraine. Einige Länder (Indien, Türkei, Italien, Ukraine) weisen abnehmende Trends auf.	ZIG1

- 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einw.
  - 82 Länder überschreiten diesen Schwellenwert
  - Neu hinzugekommen: Südafrika, Namibia, Uruguay, Falkland Islands, Dominikanische Republik
  - Länder herausgefallen: Botswana, Cabo Verde
- 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einw. – EU/EWR/UK/CH
  - Keine Veränderung seit 09.12.2020
  - 3 Länder mit <50/100.000 Einw. : Norwegen, Irland, Island
- Zusammenfassung: >4 Mio. Fälle in den letzten 7 Tagen, davon in Afrika 2,6% (v.a. Südafrika, Marokko, Tunesien, Uganda, Libyen), in Amerika fast 50% aller Fälle (v.a. USA, Brasilien, Mexiko, Kolumbien, Kanada), in Asien 12% (Indien, Iran, Indonesien, Pakistan, Jordanien) und in Europa fast 40% (Russland, Türkei, Deutschland, Großbritannien, Italien)
- Ab nächster Woche keine Präsentation zur internationalen Lage mittwochs mehr.

National

FG32

Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)

- SurvNet übermittelt: 1.337.078 (+16.362), 21.975 (1,6 %) Verstorbene (+188)
  50 GÄ haben am WE nicht ermittelt, für einen Sonntag hohe Fallzahlen
- 7-Tage-Inzidenz 176/100.000 Einw.;
- 4-Tage-R: 1,12 (0,96 – 1,33) , 7-Tage-R: 1,06 (0,98-1,17), R steigt an
- ITS (Datenstand 13.12.2020): 4.552 (+61), invasiv beatmet: 2.602 (+60)
- Weiterhin hohe Fallzahlen und Todesfälle, hohe ITS-Zahlen, keine Entspannung der Lage
- 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: Sachsen stark führend mit Anstieg, gefolgt von Thüringen, steigende Inzidenzen bundesweit (auch MV und SH hatten letzte Woche steilen Anstieg), lange ein Plateau im November, seit letzter Woche sichtbarer Anstieg
- 7-Tage-Inzidenz nach geographischer Verteilung: 7 LK > 500-1000/100.000, 49 LK mit > 250-500/100.000; nur noch 1 LK 7-Tage-Inzidenz von 5 bis 25/100.000, die meisten LK (290) mit 7-Tage-Inzidenz >100-250/100.000.
- Verteilung der Kreise nach 7-Tage-Inzidenz und Meldewoche (Farbskala von grün bis pink von niedrigen zu hohen 7-Tage-Inzidenzen, wobei in pink die Anzahl der LK mit 7-Tage-Inz. über 200 dargestellt ist): Ab KW 41 zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen.
- Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe nur bis KW 47 aufgezeigt, da in den nachfolgenden KW von unvollständigen Daten auszugehen ist: in den KW 36 bis 47 zeigt sich ab der Altersgruppe der >80-Jährigen ein hoher Anteil Verstorbener, allerdings muss berücksichtigt werden, dass schwere Fälle durch das Meldesystem besser als leichte Fälle erfasst werden.

FG37

Amtshilfeersuchen des LK Main-Kinzig-Kreis (GA Gelnhausen)

- Am 11.12.2020 abends eingegangen, dazu wurde am 12.12.2020 Kontakt mit dem GA aufgenommen. Im LK besteht die zweithöchste Inzidenz in Hessen, das GA beschreibt mehrere Ausbrüche in Krankenhäusern (mit hohen Fallzahlen unter Mitarbeitenden) sowie eine angespannte Situation in den Alten- und Pflegeheimen. [redacted]

	[redacted] und [redacted] unterstützen ab heute vor Ort, 2 mobile Scouts werden zusätzlich morgen dort eintreffen.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	

3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**
	Schnelle Datenerhebung (Folien hier)
	• Verschiedene Erhebungen wurden durchgeführt, darunter Corona-Monitoring lokal (Auswertungen in Hotspots), Blutspender-Surveillance (keine Zufallsstichprobe), Corona-Bundesweit (repräsentativ); d.h. es liegen kurzfristig repräsentative Daten zur Seroprävalenz vor; jedoch sind keine weiteren kurzfristigen Daten in Kooperation mit SOEP zeitnah geplant.
	• In Großbritannien werden verschiedene Studien durchgeführt, darunter REACT-1 und Covid-19 Infection Survey.
	• REACT-1 nicht 1:1 auf Deutschland übertragbar (anderes System, keine ähnliche Stichprobe möglich), RKI-Panel ähnlich dem Covid-19 Infection Survey könnte aufgebaut werden.
	• Mithilfe der RKI Infrastruktur wären Befragungen und Versendungen von Testkits denkbar über folgende Wege:
	  o Über Datenspende (nicht zufallsbasiert), weitere Erhebungen unterschiedlicher Art am RKI (z.B. GrippeWeb) oder Aufruf zur Teilnahme wären hohe Fallzahlen möglich, aber nicht repräsentativ.
	  o Verschiedene Samples verfügbar (z.B. GEDA, EMA-Stichprobe, Covimo Befragung, KiGGS, Corona Monitoring Lokal) mit insgesamt geringerer Fallzahl, aber Repräsentativität.
	• Die Problematik zeigt auf, dass es wichtig wäre, bereits jetzt ein nachhaltiges RKI-Panel aufzubauen, auch wenn dies aufgrund des Aufwands nicht zeitnah einsatzfähig wäre. Es besteht die Gefahr, dass ohne ein solches Panel das Problem in kürzester Zeit erneut auftauchen könnte. Eine Studie ähnlich zu REACT-1 oder dem Covid-19 Infection Survey müsste a.e. über das Einwohnermeldeamt laufen und würde großen Aufwand bedeuten. Abt. 2 braucht dringend Unterstützung in Hinblick auf den Aufbau eines RKI-Panels; letzteres wurde bereits im Rahmen von RKI2025 an das BMG berichtet.
	• Hinsichtlich der Nutzung der Datenspende müsste das Datenschutzkonzept neu erstellt werden, aber dieser Weg wäre prinzipiell machbar.
	• Selbstabnahmestudien sind mit Bias behaftet; es ist unklar, ob Personen mit besonders hohem oder besonders niedrigem Risiko teilnehmen. Aussagen solcher Studien sind nicht stark belastbar.
	• Nach Erwähnung im Pressebriefing wurden 1.300 neue Teilnehmer*innen für GrippeWeb registriert; bei entsprechenen Aufrufen gäbe es sicherlich Teilnahmeinteresse in der Bevölkerung.
	• Es wäre sinnvoll, GrippeWeb auszubauen und sich langfristig dem Aufbau eines RKI-Panel zu nähern.
	
	Digitale Projekte
	• Evaluation der CWA wurde auf Mittwoch verschoben [redacted].
	• Die Verlinkung aus CWA auf ESRI-Dashboard ist problematisch.
	• Am vergangenen Wochenende kam es bei der DEA zum Totalausfall des Systems. Unzählige Anfragen werden aktuell von Mitarbeitenden aus anderen Bereichen der Abt. 2 beantwortet. Die Bundesdruckerei will in der nächsten TK eine 24/7 Bereitschaft thematisieren.
		[redacted]

	• In allen digitalen Projekten fehlen ausreichende Mittel zur Umsetzung am RKI.	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Am Freitag ist die aktuelle Risikobewertung neu eingestellt worden.	
5	**Kommunikation** • Hinsichtlich der Möglichkeiten, Beschäftigte mit Migrationshintergrund gezielt anzusprechen und von Reisen abzuraten, sollte zwischen formellen und informellen Pflegearrangements unterschieden werden; z.T. ist eine erhebliche Reisetätigkeit zu erwarten. Die Kommunikation sollte über die Pflegedienste oder über die sozialen Medien erfolgen. • Das Kontakttagebuch ist jetzt online: https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/alltag-in-zeiten-von-corona/mein-corona-kontakttagebuch.html • Für die morgige Bundespressekonferenz mit Herrn Spahn um 11:30 Uhr ist eine kurze Sprechzeit von Herrn Wieler vorgesehen; die Schulproblematik soll dort u.a. aufgegriffen werden. • Update zu Videos und Grafiken: Die Videos und Grafiken zum „Feiern im engen Kreis“ und zur Vorquarantäne sind fast finalisiert und vom BMG abgenommen; sie sollen morgen über die sozialen Medien veröffentlicht werden. Die Empfehlung, Kreise nicht zu durchmischen, gilt generell, aber ist zu den Festtagen besonders relevant und dient der Konkretisierung der politischen Beschlüsse. Personen mit leichten Symptomen sollten sich an keinerlei Feiern beteiligen. Eine englische Übersetzung ist wahrscheinlich machbar, weitere wären wünschenswert (z.B. Polnisch, Tschechisch) und könnten über die BZgA kurzfristig beauftragt werden.	BZgA Presse P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Konzept Erhebungen/Instrumente Corona-AK-Status ([redacted], Abt. 2) – s.o. **b) RKI-intern** Veröffentlichung der Größe der Risikogruppen für einen schweren COVID-19-Verlauf • Die bereits vorgestellten Berechnungen sollen im Journal of Health Monitoring veröffentlicht werden, zusätzlich wäre eine Vorabinfo unter Abt. 2 sinnvoll, auf die ggf. im Lagebericht, im Steckbrief oder in den FAQs verwiesen werden könnte. Der Steckbrief bezieht sich regelmäßig nur auf publizierte Daten. • Es wird angeregt, die Daten dem Dt. Ärzteblatt mitzuteilen und ins Pressebriefing zu Beginn aufzunehmen. Präsentation Übersicht nat./int./interne/externe Datenquellen (Folien hier) • Eine Übersicht über national als auch international verfügbare epidemiologische Daten zu COVID-19 mit Links zu Quellen und regelmäßiger Aktualisierung findet sich hier: S:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\2.Themen\2.1.Epidemiologie\Daten_Graphen_Sammlung • Bei den nationalen Datenquellen werden Daten aus den Surveillance-Systemen (gesetzlich und Sentinel), andere Datenquellen und Studien aufgeführt, jeweils mit Aktualisierungsintervallen und Freigabe. Die Daten sind z.T.	FG24 Abt. 3

	ausschließlich für den internen Gebrauch (entsprechend gekennzeichnet). Im Lageberichtsorder finden sich z.B. 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen. • Bei den externen Quellen handelt es sich z.B. um Aufbereitungen von [redacted], der sowohl die Meldedaten als auch Daten der Johns Hopkins University nutzt. • Bezüglich der Todesursachenstatistik kann nicht auf das DIVI-Intensivregister zurückgegriffen werden, da diese sich auf Todesfälle auf Intensivstationen beschränkt. Die Projektgruppe von [redacted] und das HZI ([redacted]) arbeiten zusammen, um grob abzuschätzen, ob die getroffenen Maßnahmen ausreichen werden, um eine Reduktion der täglichen neuen Fallzahlen zu erreichen.	VPräs / [redacted]
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • In FG17 gab es 430 Einsendungen, davon primär Rhinoviren und einige SARS-CoV-2 positiv, ständiger Anstieg des Anteils der positiven Nachweise im AGI-Sentinel über die letzten KW. • FG17 ist erfolgreich an DEMIS angeschlossen und setzt auch Meldungen ab. • Während bei Influenza die Annahme bestand, dass ein positiver Fall im Sentinel für etwa 2.000 Einwohner*innen steht, ist eine ähnliche Ableitung für SARS-CoV-2 nur ein grober Anhaltspunkt, da sich Testvolumen und Sensitivität unterscheiden. • Zeitnah ist keine Änderung der Testkriterien sinnvoll; eine Ausweitung sollte zunächst die leichtsymptomatische Personen erfassen. Die Entlasskriterien werden in der AG Diagnostik diese Woche nochmals diskutiert. Testkapazitäten wurden stark aufgestockt, mittels Förderrichtlinie werden Produktionskapazitäten im Land gefördert; Massentestungen sind jedoch noch nicht umsetzbar. • Bei Massentestungen in Slowenien und Südtirol wurde deutlich, dass die Bevölkerung ein negatives Testergebnis als Schutz missverstanden hat. Dies sollte bei etwaigen Massentestungen beachtet werden. In Österreich gab es umfangreiche Testangebote, jedoch war die Teilnahme deutlich geringer als erhofft (13 bis 20% der Bevölkerung anstelle von 60%). Die dortigen Positivenquoten (PCR-bestätigt) lagen zwischen 0,14% bis 0,5%. • ZBS1: > 1.100 Einsendungen, 308 positiv (23% Positivenrate). Derzeit weiterhin keine App oder DEMIS Anbindung laut IT möglich.	FG17 / alle ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Ab Mitte Januar 2021 sollen weitere monoklonale Antikörper bei frühen und milden Symptomen eingesetzt und über das Apothekennetz verteilt werden.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** (Folien hier) • Erkrankungszahlen bei Kindern unter 10 Jahren	FG36

- GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen bei Erwachsenen Stabilisierung, Anteil Kinder/ Jugendliche gleichbleibend; Maßnahmen führen zu niedrigen ARE-Raten, höchste Erkrankungszahlen bei den 0 bis 5-Jährigen.
    - Geschätzte ARE in KW 49:
    - 0-5 Jahre: 380.000 ARE (8.000/100.000), davon 18% mit Arztbesuch = ca. 68.000 mit Arztbesuch wegen ARE
    - 6-10 Jahre: 81.000 ARE (2.200/100.000), davon 9% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE
    - 11-14 Jahre: 101.000 ARE (3.400/100.000), davon 7% mit Arztbesuch = ca. 7.000 mit Arztbesuch wegen ARE
- Inzidenz pro 100.000 Einw. und Anteil übermittelter COVID-19-Fälle nach Altersgruppe: Wiederanstieg bei den 15- bis 20-Jährigen, weniger bei den anderen Altersgruppen, es scheint kein besonderes Geschehen im Schulsetting vorzuliegen, aber durch die Bevölkerungssituation kommt es auch zu einer Betroffenheit bei den Kindern und Jugendlichen.
- Ausbrüche in Kindergärten/Horten
    - Relativ konstante Situation in Kitas, etwa 57 Ausbrüche pro Woche in den letzten 4 Wochen.
    - Größte Geschehen KW 49/50:
        - RP, Ilm-Kreis, 15 Fälle: 6 (0-5), 9 (15+)
        - HE, Odenwaldkreis, 15 Fälle: 13 (0-10), 2 (15+)
        - ST, Magdeburg, 13 Fälle: 4 (0-10), 9 (15+)
- Ausbrüche in Schulen
    - Anstieg der Zahlen auf hohes Niveau, größere Geschehen sind auf östliche Bundesländer zurückzuführen, der Anteil der Ausbrüche in den Grundschulen steigt an.
    - Größte Geschehen KW 49/50
        - TH, Kyffhäuserkreis, Grundschule, 25 Fälle: 19 (6-10), 1 (15-20), 5 (21+). Betroffen sind mehrere Klassen (1, 3, 4). Es gibt Geschwisterkinder in anderen Klassen. Schule wurde geschlossen.
        - ST, Börde, Sekundarschule, 21 Fälle: 9 (11-14), 6 (15-20), 6 (21+)
        - MV, Vorpommern-Rügen, Gemeinschaftsschule (Klasse 1-10), 14 Fälle: 2 (6-10), 12 (11-14)
- Diskussion: Die Zeit des Lockdowns müsste man nutzen, um Empfehlungen zum Wechselunterricht mit digitaler Unterstützung umzusetzen; jedoch ist eine kurzfristige Umsetzung der Empfehlungen sicherlich schwierig.

ToDo: Pressestelle nimmt Botschaft fürs Pressebriefing auf.

FG32 / L1 / alle

Änderung der Meldepflicht bei Antigennachweisen in Einrichtungen

- Ausgehend von vielen Anfragen zur Meldepflicht von Antigennachweisen in Einrichtungen wie Schulen und Altenpflegeheimen ist fraglich, ob ein Meldepflicht für positive AG-Nachweise besteht und wenn nicht, ob diese sinnvoll wäre.
- Die Meldepflicht einer Erkrankung bzw. eines Krankheitsverdachts nach § 6 Abs. 1 IfSG ist zwingend an das Vorliegen von Symptomen geknüpft. Dies können selbstverständlich auch vom Betroffenen beschriebene, nur subjektiv wahrnehmbare Symptome sein. Den durch Antigentest positiv getesteten Personen sollte in jedem Fall empfohlen werden, einen Arzt aufzusuchen sowie eine PCR-Nachtestung vornehmen zu lassen. Auf diese Weise würde auch in

	diesen Fällen eine entsprechende Meldung aufgrund der Meldepflicht des Arztes bzw. des Labors erfolgen. o Systematisch unterscheidet das IfSG streng zwischen der Meldung des Nachweises von Krankheitserregern (§ 7 IfSG) und der Meldung des Verdachtes einer Erkrankung bzw. der Erkrankung (§ 6 IfSG). o Eine Meldepflicht eines AG-Nachweises in Einrichtungen wäre sinnvoll, weil Symptome bei COVID-19 häufig mild und subjektiv sind, die ein Lehrender nicht feststellen kann; zudem findet die Virusausscheidung häufig schon präsymptomatisch statt, so dass ein positiver Nachweis den Verdacht auf eine Erkrankung begründen sollte. Eine PCR-Bestätigung ist weiterhin sinnvoll, wird in der Praxis jedoch häufig unterlassen. Es wäre trotzdem sinnvoll, dass Gesundheitsämter von positiven Antigennachweisen erfahren, um Maßnahmen in Schulen oder Altenpflegeheimen einleiten zu können. Aktuell wird der Meldetatbestand in medizinischen Einrichtungen durch positiven Antigentest erfüllt, in anderen jedoch nicht, was schwer zu vermitteln ist. Aus klinischer Sicht ist das Vorliegen von Symptomen bei anderen Erkrankungen nicht zwangsläufig Voraussetzung für einen Krankheitsverdacht; auch Labordiagnostik oder Bildgebung können Krankheitsverdacht begründen. o Die Umsetzung der Meldepflicht sollte möglichst unbürokratisch sein. o Eine Übergangslösung, z.B. über eine Verordnung, sollte geprüft werden, eine zeitnahe Änderung des IfSG ist wenig realistisch. *ToDo*: [redacted] erstellt mit FG 32, FG36 und Abt. 1 einen Bericht, dass ein positiver Antigennachweis in Einrichtungen aus Sicht des RKI einen Verdachtsfall begründet und dass, falls das BMG diese Auffassung nicht teilt, eine dringende Anpassung des IfSG empfohlen wird.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen.	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen.	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen.	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 16.12.2020, 11:00 Uhr	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*16.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37/AL3
2	**Internationales (nur freitags)** • Verlauf der Pandemie in Afrika	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** • **Allgemein** • **RKI-intern** • Überblick über Ergebnisse von Modellierungen • Kurzvortrag zum Thema soziale Ungleichheit und COVID-19	Alle P4 [redacted] FG28
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	•	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 18.12.2020, 11:00 Uhr	FG38

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*16.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG28
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  -
- ZIG1

- [redacted]
- [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.379.238 (+27.728), davon 23.427 (1,7%) Todesfälle (+952), 7-Tage-Inzidenz 180/100.000 Einw. ▪ hohe Differenz zum Vortag, hoher Wert für Dienstag ▪ schwierig zu interpretieren, da Sachsen vorgestern nicht und Bayern nicht alle Fälle übermittelt hat ▪ hohe Anzahl an Verstorbenen (Todesfälle, die innerhalb eines Tages bekannt wurden, nicht die tatsächlich an diesem Tag verstorben sind) o 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,98 o ITS: 4.735 (+65), invasiv beatmet: 2.679 (+11) ▪ noch leicht ansteigend o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Am 15.12. Knick in Inzidenz in Sachsen und Bayern aufgrund von Übermittlungsproblemen ▪ Weiter steigender Trend in Sachsen und Thüringen o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ viele LK in Sachsen mit Inzidenz >500 ▪ nur noch 12 LK mit Inzidenz < 50 o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ geringste Inzidenzen bei 0-4 Jährigen, höchste bei 20-50 Jährigen und bei >80 Jährigen ▪ 631 Fälle /100.000 Einwohner bei >90 Jährigen, jedoch wenige Fälle o COVID-19 Fälle, Anteil der Verstorbenen, der Hospitalisierten, der Fälle mit relevanten Symptomen ▪ In Woche 45 bis 49 hohe Fallzahlen, in Woche 50 nochmal deutlicher Sprung nach oben bei Fallzahlen ▪ keine großen Veränderungen bei anderen Aspekten o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In Woche 48 und 49 deutlich über 2.000 Sterbefälle pro Woche o Wodurch ist der starke Anstieg in Woche 50 bedingt? Zeitweise Überlastung der GA? Nachträgliche Meldungen? ▪ Dass die GA jetzt weniger belastet sind, ist eher unwahrscheinlich. ▪ Beim Erkrankungsbeginn ist im Moment noch kein Anstieg zu sehen. Für Woche 50 ist Erkrankungs-beginn noch nicht vollständig, muss von den GA nachermittelt werden.	FG32 ([redacted]

	o Wie hat sich die Vollständigkeit der Meldungen verändert? ▪ Daten werden nachgetragen, immer Zeitverzug ▪ Sehr heterogen in GA ▪ Zunahme an unvollständigen Angaben, evtl. auch aufgrund von Änderungen bei SurvNet ▪ in BW Vollständigkeit gestiegen, in BY gesunken, kein systematisches Problem o Warum sind mittlerweile mehr Frauen als Männer betroffen? ▪ Muss noch genauer betrachtet werden.	
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb – ARE-Rate ▪ Von Woche 49 auf 50 leichter Anstieg, insgesamt deutlich niedrigeres Niveau als in Vorjahren. o Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen pro 100.000 Einw. ▪ deutlich niedrigeres Niveau als in 2 Vorjahren o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle ▪ Unterschied zum ambulanten Bereich: 35 Jahre und älter auf deutlich höherem Niveau als in Vorjahren, 0-4 Jährige auf deutlich niedrigerem Niveau. o ICOSARI - Anteil SARI-Fälle mit COVID-19-Diagnose ▪ ca. 60%, stabil auf hohem Niveau o ICOSARI - Anteil COVID-19-SARI-Fälle nach Altersgruppen ▪ Gesamtanteil in 1. Welle: 19% ▪ im Sommer: 4%, in allen Altersgruppen niedrig ▪ Spätsommerlicher Anstieg auf 44% ▪ Gesamtanteil in KW 49 mit 60% sehr hoch: bei 15-34 Jährigen: 74%, bei 35-59 Jährigen: 68%, bei 60+ Jährigen: 64% o ICOSARI - COVID-19-SARI-Fälle, absolute Fallzahlen ▪ Bis 34 Jährige fallen kaum ins Gewicht. ▪ Der große Unterschied zwischen 15-34 Jährigen und 35-59 Jährigen fällt auf. Grund? *ToDo: FG36 sieht sich Altersverteilung genauer an.*	FG36 ([redacted]
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** (Folien hier) o In KW 50 weiterer Anstieg des Anteils positiver Testungen, Gesamtzahl von Testen nicht geringer. o Positivenanteile nach Bundesland und Woche ▪ Deutlich führend ist Sachsen. o Wie auch in Vorwochen großer Anstieg des Positivenanteils bei > 80 Jährigen, auch in allen andere Altersgruppen weiterhin ansteigend. o Auswertung für Sachsen im zeitlichen Verlauf ▪ Positivenanteil bei >80 Jährigen > 30%, bei 0-4 Jährigen auf vergleichbaren Niveau wie in anderen BL o Gibt es bzgl. des Geschlechts Änderungen über die Zeit? o Laborbasierte Antigenteste werden von 2 Laboren übermittelt und zurzeit analysiert (findet Nachtestung statt)?	FG37 ([redacted])

	o Wie kommt es zu dem sehr hohen Positivenanteil bei >80 Jährigen, obwohl Ältere sehr compliant bei den Maßnahmen sind? Liegt das an einer massiven Vorschaltung von Antigentests? ▪ Aus Alten- und Pflegeeinrichtungen kommen dramatische Signale, wenn Eintrag nicht verhindert werden kann, kommt es zu schneller Verbreitung. ▪ Ist bei > 80 Jährigen nicht nur ein schwerer Verlauf wahrscheinlicher, sondern ist evtl. auch die Suszeptibilität erhöht? • **Testzahlerfassung am RKI** (Folien hier) o Zwischenzeitlich 32 Mio. Testungen erhoben. o Positiven Anteil steigt stetig. o Auslastung der Kapazitäten scheint sich zu entspannen. o Probenrückstau ist zurückgegangen, in KW50 geringfügig höher als in 3 Vorwochen.	
2	**Internationales** • Verlauf der Pandemie in Afrika (Folien hier) o Anders als erwartet nur geringer Anteil an den weltweiten Fällen (3,4%), nur 3,6% der weltweiten Todesfälle. o Höchste Inzidenzen in Südafrika, Libyen, Tunesien, Marokko. o Woran liegt das? o Hypothese I: Untererfassung: ▪ < 0,5 Tests /1.000 Einw. täglich ▪ Im Februar konnten nur 2 Länder PCR-Tests durchführen, zwischenzeitlich jedoch 43 Länder. ▪ Vergleichbare Testzahlen mit Ländern ähnlicher Pandemiephasen, Positivquote: 9,8%. ▪ An einer Untererfassung liegt es vermutlich nicht ausschließlich. o Hypothesen II: Faktoren, die Verlauf beeinflussen ▪ Demographie: Medianalter 19,7 Jahre; Alter korreliert mit schwerem Verlauf (Immunoseneszenz, mehr NCDs) ▪ Immunsystem: trainiert durch Wurmbefall, traniert nach BCG-Impfung; Stärkung des regulatorischen Immunsystem (Hygienehypothese) ▪ Demographie vermutlich relevanter, immunologische Hypothesen nicht eindeutig. o Hypothesen III: Faktoren, die die Ausbreitung beeinflussen können ▪ Umweltfaktoren: (angeblich geringe Stabilität des Virus ab 23°C), Erfahrung mit Epidemien, früher Lockdown, ländliche Gegenden mit kaum verschlossen Gebäuden (gute Belüftung) ▪ Cave Urbanisierung: hohe Bevölkerungsdichte, anderer Lifestyle o Viele Hypothesen, wenig Evidenz o Warnung vor 2.Welle in Afrika, verursacht durch erhöhte Mobilität und Lockerungen.	ZIG ([redacted]

	o Indirekte negative Effekte des Lockdowns durch Lücken bei der Behandlung von Tuberkulose, Aussetzung von Routineimpfprogrammen. Steigende Kindersterblichkeit zu erwarten. Konsequenzen des Lockdowns haben zum Teil schwerere Konsequenzen als COVID selbst. o Anregungen: Zusammenarbeit mit African CDC, Durchführung von Serostudien, balancierter Lockdown o Inwiefern machen Maßnahmen aufgrund der Sekundäreffekte des Lockdowns überhaupt Sinn? Wie wird das auf Ebene des African CDC gesehen? ▪ Geteilte Meinungen, 1. Lockdown sehr früh, zu diesem Zeitpunkt noch wenig über Schwere bekannt, viele Diskussionen hierzu. o 1.Welle: Afrikanische Regierungen haben hart gehandelt, nun viel differenzierteres Verhalten. Befürchtet wird eine 2.Welle durch die Mobilität über Weihnachten. o Gibt es Daten zu HIV? Unklare Daten zur Schwere von COVID-19-Erkrankungen bei HIV-Infektion. Behandlung von HIV erschwert.	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Es wurde beworben: weshalb es wichtig ist, Kontakte zu reduzieren; Teststrategie; was zu tun ist bei Kontakt mit infizierter Bevölkerung. • Telefonberatung: vor allem Fragen zum Impfen und der erstpriorisierten Zielgruppe; an wen können sich ältere zu Hause lebende Menschen wenden. Außerdem Fragen rund ums Reisen an den Weihnachtstagen. **Presse** • STIKO-Empfehlungen sind in Arbeit • Wird ausreichend kommuniziert, dass positiv Getestete zeitnah selbst Kontaktpersonen informieren sollen? *ToDo: [redacted] recherchiert, inwieweit das kommuniziert wurde.* • Ist der Bevölkerung die Strategieergänzung, auch bei leichten Symptomen zuhause zu bleiben, ausreichend klar? (AHA + L + bei Symptomen zu Hause bleiben) • Hat BZgA schon in erster Welle bei Hinweisen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer prominent platziert. *ToDo: Nimmt BZgA mit auf Slider.*	BZgA ([redacted] Presse ([redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen**	

	a) Allgemein **b) RKI-intern** • Überblick über Ergebnisse von Modellierungen (Folien hier) o Neue Publikation zur Effektivität von Maßnahmen gestern in Science: https://science.sciencemag.org/content/early/2020/12/15/science.abd9338 ▪ Schulschließungen und Universitätsschließungen wurden zusammengefasst in Betrachtung, Vergleich zwischen den unterschiedlichen Ländern schwierig. o Modellierungs-Ergebnisse: Übersetzung von Fallzahlen in Kontaktreduktionen. Modell schätzt, wie die Kontakt-reduktion über die Zeit ausgesehen haben muss, um diese Inzidenzen zu erhalten ▪ Absolute tägliche Inzidenz im Modell gefittet. ▪ Annahme: Menschen ändern Verhalten, wenn Inzidenz stark steigt. Verhaltensänderungen, die zur Abnahme der Inzidenz führen, nehmen im Laufe der Zeit ab (Pandemiemüdigkeit). ▪ Länderspezifische Kurven: Kontaktreduktion über Zeit sieht in vielen BL sehr ähnlich aus, reicht trotzdem aus für Abnahme der Inzidenz. ▪ Thüringen, ST und Sachsen: etwas stärker steigende Trägheit, was zu weniger starken Kontaktreduktionen führt. ▪ Verläufe in Kurven wurden mit der Dynamik aus Cosmo-Umfragen zu Verhaltensänderungen und Kontaktreduktion verglichen und ähneln sich stark. o Ergebnisse einer Modellstudie: „Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 screening“ (erschienen vor ca. 1 Monat) ▪ Turnus der Tests beeinflusst die Ausbreitung der Epidemie maßgeblich. Erhebliche Einbußen durch Verzug der Ergebnisbekanntgabe. Jeder Tag Verzug vermindert die R-Reduktion stärker als der Sensitivitätsunterschied zwischen PCR und Antigentest. ▪ Nicht übertragbar auf die gesamte BRD, interessant für Anwendung in bestimmten Settings, besser häufiger Antigen- als seltener PCR-Tests. o Mobilität ▪ Seit März Beobachtung der Mobilität aufgrund von Mobilfunkdaten, Mobilität als Indikator für Verhaltensänderungen. ▪ Anzahl an allen Bewegungen im Vergleich zum Vorjahr, lokale Mobilität und Reisemobilität. ▪ Deutliche Auswirkung des Lockdowns, Einbruch im November nicht so stark wie im Frühjahr, könnte mit Pandemiemüdigkeit zusammenhängen. ▪ Nach Bundesländern: ähnlich in den einzelnen BL, in Stadtstaaten höhere Reduktion der Mobilität. ▪ Erhöhter innerdeutscher Reiseverkehr, starke Mobilität in Brandenburg und MV.	P4 ([redacted] P4 ([redacted] P4 ([redacted]

	▪ Ausblick: Mobilität soll mehr mit Infektionsdynamik verknüpft werden, dann ist Beantwortung von Detailfragen möglich. ▪ Genauere Aufschlüsselung der Mobilitätsvarianten ist in Online-Reports zu finden. ▪ Mobilität wird durch Binnenmobilität dominiert. • Könnte die Tatsache, dass die Menschen jetzt anders als im Frühjahr reagieren, auch daran liegen, dass die Menschen besser auf den Umgang mit der Pandemie vorbereitet sind (jeder hat Masken, kennt die AHA-Regeln)? • Kurzvortrag zum Thema soziale Ungleichheit und COVID-19 (Folien hier) o Scoping Review bis Juni 2020: in USA und UK höheres Risiko für Infektion und schwere Krankheitsverläufe in sozial benachteiligten Gruppen. o Verwendung des Index regionaler sozioökonomischer Deprivation des RKI, Einteilung in deprivierte und weniger deprivierte Regionen: Ost-West- und Nord-Süd-Gefälle, im Nordosten Deutschlands liegen die am stärksten deprivierten Gebiete. o Bis 15.06. gab es mehr SARS-CoV-2 Infektionen in weniger deprivierten Regionen. o Altersstandardisierte Inzidenz nach sozioökonomischer Deprivation ▪ Welle 1: höchste Inzidenzen in Gebieten mit geringster Deprivation, gleicht sich über die Zeit an. ▪ Welle 2: Unterschied nicht mehr so ausgeprägt. o Case-Hospitalization Rate: in Kreisen mit höherer Deprivation erfolgten mehr Hospitalisierungen. o Harter Lockdown hat Infektionsgeschehen in allen Regionen verringert, vor allem auch in sozioökonomisch privilegierten Regionen, die eine besondere Rolle im Übertragungsgeschehen spielten. o Sozial benachteiligte Gruppen bedürfen besonderen Infektionsschutz, da sie ein erhöhtes Risiko für schwere Verläufe aufweisen. o Im Moment ist keine Aussage auf Individualebene möglich, nur zu Regionen. ▪ Ist im Rahmen von Corona-Monitoring lokal und auf Bundesebene geplant. ▪ In Kupferzell und Bad Feilnbach handelt es sich um eine Bevölkerung mit niedrigem Index, interessanter ist Berlin Mitte. o Anmerkung BZgA: zielgruppenorientierte Kommunikation ist wichtig. o Spielt Alter eine Rolle? Nicht unbedingt, Index ist altersadjustiert.	FG28 ([redacted])
7	**Dokumente** • Keine Beiträge	

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • NRZ Influenzaviren (Folien hier) o Probeneingang im Sentinel konnte durch Telefonate mit Arztpraxen und Einbeziehung eines Kurierdienstes erhöht werden. o Anzahl der Einsendungen in KW 50 jetzt wieder auf Niveau der letzten Influenzasaison, mit Lockdown gingen Einsendequoten deutlich zurück. o In KW 49 und 50 stimmen die Positivenquoten mit 11% bzw. 12% mit den übrigen Testungen überein. o Nach Ende des 1. Lockdowns war eine deutliche Erhöhung der Nachweise von Rhinoviren zu verzeichnen. Dies hat mit dem Teil-Lockdown wieder abgenommen, jedoch nicht so stark wie vorher. o Ungefähr gleichmäßige Verteilung der Einsendungen über die Altersgruppen, nur wenige Proben von > 60 Jährigen. Die meisten SARS-CoV-2 Nachweise bei 35-60 Jährigen. o Probeneingang je BL: fast alle BL sind vertreten, die größten Nachweisraten bei Proben aus Sachsen bei durch-schnittlichen Einsendungen. o Anfrage aus Parlament: Gibt es einen Anstieg von CMV? CMV wird im Sentinel nicht untersucht.	FG17 ([redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Es gab Verunsicherung durch eine Pressemitteilung, dass in Sachsen Triage angewandt wurde (Bericht dazu: Link). • Trifft im Moment nicht zu, die Plätze könnten in den nächsten 10 Tagen jedoch knapp werden. • Es gibt deshalb Vorüberlegungen zu einer evtl. Verlegung von Patienten aus der Region Ost in die Region Nord. (Kleeblattkonzept: Region Nord, Ost, Nord-West, Süden 1+2) • Pressestatement geplant mit positiver Message, dass in Deutschland noch genug Kapazitäten vorhanden sind, für evtl. Engpässe in einer Region ist ein Konzept vorhanden. • Begriff Triage soll nicht verwendet werden, Priorisierung stattdessen. • Wird ein Aussetzen der elektiven Eingriffe umgesetzt? Es gibt Einzelmeldungen, dass elektive Eingriffe nicht ausgesetzt werden. Dies soll mit Druck der Landesregierungen durchgesetzt werden. • Gibt es Fortschritte beim klinischen Management im Vergleich zum Frühjahr, kann mit jetzigem Wissen häufiger auf Beatmung verzichtet werden? o Hierzu gibt es bisher keine belastbaren Daten/Studien. o Die Mortalität der intensivpflichtigen Hochaltrigen ist im Vergleich zum Frühjahr nicht geringer.	IBBS ([redacted]

	o Unterschiede gibt es zwischen großen Zentren und kleinen Kliniken.	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Keine Beiträge	
12	**Surveillance** • Keine Beiträge	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Keine Beiträge	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 18.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*18.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) • Bericht vom Einsatz in Main-Kinzig-Kreis	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • CWA Evaluation (verschoben v. Montag)	[redacted] [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Kommunikation zu konkreten Empfehlungen von Maßnahmen im Strategiepaper •	BZgA, Presse [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Bericht aus Projektgruppe [redacted] **b) RKI-intern** •	Alle P4/[redacted] [redacted]
7	**Dokumente/weitere Studien** • Kurzvortrag Projekt PHIRI (Population Health Information Research Infrastructure) •	Alle [redacted] FG24
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 21.12.2020, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*18.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG16
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG23
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]

- [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Internationale Lage (Folien hier) o In den USA in den letzten 7 Tagen mehr neue Fälle als in DEU insgesamt o Fall-Kontroll-Studie des CDC zu Faktoren die bei Kindern mit einem positiven SARS-CoV-2-Testergebnis assoziiert sind ▪ Positiv getestete Kinder hatten eher an Hochzeiten, Partys, „Playdates“ und Beerdigungen teilgenommen; bei Schulbesuch keine Unterschiede ▪ Limitationen: Hohe Zahl von Non-Respondern (50%), telefonische Befragung erst ca. 30 Tage nach dem Test o Amerikanischer Kontinent: 48% der Fälle und 40% der Todesfälle innerhalb von 7 Tagen o In den USA in manchen Regionen KH-Kapazitäten nahezu erschöpft, Kalifornien täglich ca. 50.000 neue Fälle o Berichte aus Nordirland, dass Patienten in Krankenwagen vor den KH behandelt werden müssen o Anstieg in Afrika, WHO AFRO warnt vor weiterer Ausbreitung o EuroMomo (https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps): ▪ Peak im Frühjahr extrem hoch jetzt noch nicht so hoch, aber viel breiter ▪ In Österreich und Slowenien sieht man zum ersten Mal den Peak ▪ In DEU (Berlin und Hessen liefern Daten) bisher noch nicht zu sehen, aber großer zeitlicher Verzug ▪ In Schweden ist der erhoffte „harvest effect“ nicht zu beobachten, in Spanien vielleicht ganz leicht ▪ In der Schweiz eine deutliche Übersterblichkeit sichtbar, Maßnahmen sehr unterschiedlich von Kanton zu Kanton, z.T. keine großen Einschnitte in öffentlichem Leben o In den USA gibt es seit März dauerhaft eine Excess Mortalität: https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm	ZIG1 [redacted] FG38 [redacted]

	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.439.938 (+33.777), davon 24.938 (1,7%) Todesfälle (+813), 7-Tage-Inzidenz 185/100.000 Einw. ▪ ca. 3.500 Fälle aus BW wurden am Mittwoch nicht übermittelt und gestern nachübermittelt, demnach 2 Tage in Folge >30.000 Fälle ▪ Übermittlungsprobleme aufgrund der notwendigen Stückelung der großen Datenmengen in Datenpakete o 4-Tage-R=0,96; 7-Tage-R=1,05 o ITS: 4856 (+20), invasiv beatmet: 2.774 (+14) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Sachsen und Thüringen weiterhin sehr hoch, in Thüringen weiterhin Zunahme, insgesamt weiterhin auch in allen anderen BL leicht anziehender Trend o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ 1 LK <25/100.000 Einw., 10 LK >500/100.000 Einw. o Fall-Verstorbenen-Anteil (nach Meldewoche des Falles) ▪ Da über 800 Todesfälle an einem Tag gemeldet wurden aber laut DIVI die Intensivbelegungen nicht so stark gestiegen ist, wurde eine Auswertung zum Fall-Verstorbenen-Anteil und dem Hospitalisierungsstatus durchgeführt. ▪ Insgesamt ist über die Zeit der Fall-Verstorbenen Anteil gesunken (durch bessere Testung und Erfassung). ▪ Anteil der nicht hospitalisierten (sowie mit unbekanntem Status) unter den Verstorbenen ist ansteigend, große Unterschiede zwischen den BL, z.B. Thüringen großer Anteil der Fälle nicht hospitalisiert. o Wöchentliche Sterbefallzahlen in Deutschland ▪ Leicht ansteigend, aber auch 4 Wochen verzögert • **Bericht vom Einsatz in Main-Kinzig-Kreis** (Folien hier) o [redacted] und [redacted] sind vom 14.12. – 16.12. kurzfristig zur Unterstützung in den Main-Kinzig-Kreis gefahren o Großer LK in Rhein-Main-Region, >1000 Fälle pro Woche, Ausbrüche in mehr als der Hälfte der Altenheime und Hälfte der KH o Im St. Vinzenz-Krankenhaus Hanau größere Probleme, relativ spät reagiert, viele MA positiv, viele COVID-Patienten, Vorschlag das KH zu COVID-KH zu deklarieren o Im Klinikum Hanau 2 kleinere Ausbrüche, schnell reagiert und gescreent, aber auch zuvor schon Screening alle 2-3 Wochen, alle elektiven Eingriffe eingestellt, klare Trennung positiv/Verdacht/negativ; eigentlich eine COVID- und eine Non-COVID-ITS, mussten aber Patienten des anderen KH übernehmen, daher nicht durchgehalten, wahrscheinlich nicht viele Übertragungen im KH; am WE Medienbericht,	FG38 [redacted] FG37 [redacted]

	dass Kühlkapazitäten für Verstorbene im KH ausgelastet sind und Kühlcontainer auf dem Friedhof genutzt wurden o Beginn des Geschehens Anfang Dezember in allen Wohnheimen o Seniorenheim Theresa GmbH: alle Bewohner COVID-pos., an einem Tag 12 Rettungsdiensteinsätze, Rettungsdienst hat Triage durchgeführt und nur noch einen weiteren Patienten ins KH mitgenommen, Pflegeheim hat Bewohner z.T. selbst mit Sauerstoff versorgt o Wohnstift Hanau: angewandte positive Schnelltests wurden zunächst nicht per PCR bestätigt, nun Screening bei allen MA und Bewohnern o AGO Nidderau: Viel zu wenig Personal, Zeitarbeitspersonal risikoreich, da wechselnde Arbeitsstätten/Kontakte, Person von Zeitarbeitsfirma war positiv getestet o Hinweise für das GA zu ▪ Priorisierung: Begehungen wichtig, sollten intensiviert werden, ebenso wie Fallfindung, KoNa-Reduktion möglich (nicht alle Kontaktpersonen am Ende der Quarantäne noch kontaktieren), SurvNet-Übermittlung ist großer Aufwand, bisher nur einer von 23 Ausbrüchen übermittelt – große Untererfassung, die ein falsches Bild auch für Politik vermittelt ▪ Fokussierung: Team hatte in Pflegeheimen lange Diskussionen über vermeintlich fehlerhafte FFP2 Masken, Desinfektionsmittel (begrenzt viruzid vs. viruzid), Klimaanlagen, Aussage der Ct-Werte, Einschleppung durch externe Personengruppen – Message: Wenn Hygienekonzepte konsequent umgesetzt werden und ausreichend Mitarbeitende vorhanden sind, ist der Schutz ausreichend ▪ Prozessoptimierung o Hinweise für den Kreis: z.B. COVID-KH, um Klinikum zu entlasten, wichtig wäre klare Kommunikation, dass elektive Eingriffe verschoben werden sollten, wichtig auch Personalmobilisierung (v. a. in Altenheimen Probleme) o Hinweise RKI: Empfehlungen vereinfachen, Ct-Werte/Test-interpretation sollten nicht in Pflegeheimen gemacht werden, DIVI-Register suggeriert Sicherheit, bildet nicht die Lage in den Pflegeheimen ab, Triage in Pflegeheim erfolgt, COVID-Bereiche sollten geschaffen werden, damit ein KH gut auf COVID reagieren kann, Testung ist gut, aber Hygienemanagement ist entscheidend o Diskussion: ▪ Solche Einsätze sind wichtig, um die Lage vor Ort zu sehen und die Informationen zu erhalten ▪ Entisolierung in Heimen auch Thema der AGI ▪ Überarbeitung der Entlasskriterien, Kriterien für Pflegeheime angepasst, wird am Montag im Krisenstab vorgestellt, statt Ct-Wert wird Schwellenwert (orientiert am Std.) verwendet	FG38 [redacted] IBBS [redacted]

	▪ Informationen sollten kommuniziert werden, [redacted] und [redacted] arbeiten an einem Bericht für das hessische Ministerium *ToDo: [redacted] und [redacted] formulieren einen Initiativbericht ans BMG und informieren vorab Hr. Wieler.* ▪ Inzidenz > 60J. auf der ersten Seite im Lagebericht zeigt nicht die Situation in höheren Altersgruppen (80+) da jüngere Altersgruppen mit sehr niedriger Inzidenz. *ToDo: Darstellung der Inzidenz der älteren Bevölkerung auf der ersten Seite des Lageberichts überarbeiten.*	AL3/FG37 FG37 [redacted]
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Evaluation der CWA (Folien hier) • Überprüfung der Wirksamkeit, aber es fallen aufgrund des dezentralen Ansatzes wenig Daten zur Evaluation an • 3 Bereich, die analysiert werden können: 1. Metadaten (wie viele haben sich gemeldet), 2. Daten der GA (viele GÄ erheben Daten zu CWA), 3. Daten aus repräsentativen Umfragen • Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften intensiviert und eingebunden • Es gab schon einige Befragungen, auch im Rahmen anderer Studien, aber keine hat bevölkerungs-repräsentativen Ansatz, daher Planung einer eigenen bevölkerungs-repräsentativen Studie • Frage z.B. warum teilen nur wenige, die ein positives Ergebnis haben es auch mit der CWA; in Dänemark z.B. Zustimmung des Teilens des Test-Ergebnisses bei Installation der App, in DEU aufgrund Datenschutzvorgaben nicht möglich, muss extra erfolgen	FG23 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Telefonaktionen in Kooperation mit Tageszeitungen/regionalen Medien: o Expertenpanel, das Fragen der Leserinnen und Leser beantwortet o viele Fragen aus der Zielgruppe der zu Impfenden 80+ o In Hamburg und Stuttgart z. B. hohe Reichweite **Presse** • Möglicherweise Pressebriefing am Dienstag	BZgA [redacted] Presse [redacted]

Kommentiert [ASL1]: Aufgaben ID 2445

Kommentiert [ASL2]: Aufgaben ID 2442

	• Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung und vieler neuer FAQs gestern • Baldige Zulassung des Moderna-Impfstoffs erwartet, Impfempfehlung muss dafür überprüft werden • Übermittlungsprobleme (+3500 Fälle) wurden gestern den Agenturen gemeldet, gut aufgenommen, aus Transparenzgründen wichtig und sollte auch in Zukunft so gemacht werden **Wissenschaftskommunikation** • Verhaltensregeln zu Weihnachten - 9 Punkte (Infografik hier) o Regeln sollen kurz vor Weihnachten über Social Media (Twitter, Instagram) verbreitet werden o Soll dynamisch geupdatet werden o Einfache Wenn dann-Regeln, um alle zu erreichen o Übersetzung ins Englische geplant, Versand an BMG und BZgA am Montag, Mittwoch Veröffentlichung o Bitte um Feedback o Diskussion: ▪ In dieser Situation befürwortet [redacted], dass sich auch das RKI an die Bürger direkt wendet, im Gegenzug wendet sich z.T. auch BZgA an Arztpraxen etc., keine Zeit für Grundsatzdiskussionen ▪ [redacted] regt an, dass Sprache vereinfacht wird, die BZgA bekommt viele Anfragen zur verstärkten Nutzung von einfacher Sprache. BZgA könnte Links zu psychischer Gesundheit und Älterwerden in Balance beisteuern (Angebote für Krisensituationen und Nutzung von Social Media) ▪ Nutzung eines Testpanels für Feedback wird angeregt. • Wille der Bevölkerung sich in Vorquarantäne zu begeben, hat sehr stark abgenommen (am 15.12. nur 36%), es sollte an Bevölkerung kommuniziert werden, dass Vorquarantäne auch nun noch sinnvoll ist	P1 [redacted] BZgA [redacted] FG16 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Bericht aus Projektgruppe [redacted] (Folien hier) o Berichte zu Korrelation von LK mit AfD-Wahlergebnis und Inzidenz o Wachstumsrate der Fälle nach Meldedatum untersucht, als Proxi für Efffektivität der Maßnahmen, Proportional zum R-Wert o Als Proxi für Compliance wurde Anteil der Wählerstimmen für die Parteien betrachtet o Deutschlandweit Korrelation mit Wahlergebnis von „Die Linke“ und AfD o Da starke Ost/West-Unterschiede einzeln betrachtet: Korrelation zum Wahlergebnis zu „Die Linke“ in alten und neuen BL nicht vorhanden, Korrelation zu AfD-Wahlergebnis bleibt bestehen, keine Korrelation zu Wahlergebnissen anderer Parteien o Daten können zur Verfügung gestellt werden	P4 [redacted]

	o Diskussion: ▪ Typische confounder wie Alter sollten berücksichtigt werden. ▪ Ähnliche Beobachten gibt es auch für die USA (Demokraten vs. Republikaner) ▪ Wahlverhalten ist Proxi für weiteres Verhalten das damit verknüpft ist, insgesamt sollten vermehrt Meldedaten mit ökologischen Faktoren kombiniert und soziologisch betrachtet werden, Abt. 3 und Abt. 2 sind dazu im Gespräch **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG36 [redacted] ZIG1 [redacted] FG38 [redacted] AL3
7	**Dokumente/weitere Studien** • Kurzvortrag Projekt PHIRI (Population Health Information Research Infrastructure) (Folien hier) o Neues EU-Projekt am 01.11. auf europäischer Ebene gestartet o Hintergrund: Bedarf an strukturiertem Austausch von Gesundheitsdaten auf europäischer Ebene, Verbesserung der Verfügbarkeit von Gesundheitsinformationen in den Mitgliedstaaten und auf EU-Ebene, Case Study für Aufbau eines europäischen Gesundheitsinformationssystems o FG24 leitet WP6 (Beantwortung von Forschungsfragen über Use Cases) und WP8 (Austausch von Praktiken, Richtlinien, Standards) o Parallelstrukturen sollen vermieden werden, RKI-Abteilungen und FGs sollen einbezogen werden o Diskussion: ▪ Soll sich um Meta-/Dachprojekt handeln, soll auch für den ND-Bereich, idealerweise angekoppelt ans ECDC eine übergeordnete Struktur bilden ▪ [redacted] und [redacted] in engem Austausch mit ECDC, Austausch läuft über Tessy	FG24 [redacted] BZgA [redacted] FG24 [redacted] FG38 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • NRZ Influenzaviren o 670 Einsendungen, SARS-CoV-2 und Rhinoviren nachgewiesen, 12% Positivrate für SARS-CoV-2, über die Zeit angestiegen	FG17 [redacted] [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entlassmanagement o Wird am Montag vorgestellt (s.o.) • Rückmeldung aus stationärer Patientenversorgung o Kliniken stellen zunehmend elektive Eingriffe ein, aktuelles Beispiel Charité	IBBS [redacted] [redacted]

	o Sachsen: DIVI und COVRIIN haben nach Triage-Meldungen Pressemeldung herausgegeben – Ziel war Bekanntmachung des Kleeblattkonzepts für überregionale ITS-Patientenverlegungen, dessen Aktivierung noch nicht erfolgte, derzeit wird noch „Kleeblatt-intern“ verlegt o In allen 5 Regionen/Kleeblättern angespannte Situation, für nächste Woche aber keine überregionalen Verlegungen zu erwarten gemäß Einschätzung der regional Verantwortlichen o RKI würde mit eingebunden werden, wenn Verlegung überregional nötig würde bzw. bei Verlegungsanfragen aus dem Ausland nach Deutschland (wie bereits aus Frankreich erfolgt vor wenigen Wochen) o DIVI repräsentiert nicht die z.T. dramatische Lage in den Pflegeheimen *To Do: Wenn Anfrage zu überregionaler Verlegung oder Verlegung aus dem Ausland (auch über die Feiertage) im LZ eingeht, Kontaktaufnahme IBBS unter -3233.*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Keine Beiträge	
12	**Surveillance** • Keine Beiträge	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Kein Lagebericht am 25.12. und am 01.01. *To Do: Personelle Ausstattung des LZ über die Feiertage (inkl. Ersatz für einzelne Positionen) sollte überprüft werden*	
15	**Wichtige Termine** • Keine Beiträge	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 21.12.2020, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*21.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung o Neue Virusvariante UK (u.a. auch Passus für Lagebericht) • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Amtshilfeersuchen Berlin (UKB)	 ZIG1 FG36/FG17/ ZBS1/IBS FG32 FG36 FG37 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • FAQ UK Variante	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie (Mittwoch) **b) RKI-intern** •	Alle P4 ([redacted]
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33

	• Geimpfte und Infektionsschutzmaßnahmen	
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entlasskriterien aktuelle Version	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 23.12.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]

- P3
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Neue Virusvariante UK o Public Health England Konferenz: Seit September neue Variante im Süd-Osten Englands, starke Zunahme dieser Variante und der Fälle nach Lockerungen. o Aussagen zur höheren Transmission um 70% und zur Steigerung des R-Werts um 0,4 beruhen auf Modellierungen. o Noch gibt es keine epidemiologischen Auswertungen. Diese sind dringend erforderlich. o Nicht bekannt ist, ob es zu Superspreading Ereignissen kam. o Es gibt eine weitere Variante in Südafrika, die an der Stelle für Rezeptorbindung mit der englischen Variante übereinstimmt. Diese Variante hat in Südafrika massiv die anderen verdrängt und den R-Wert damit angehoben. o Zur Schwere der Erkrankungen gibt es noch keine Signale, da vor allem Fälle < 60 Jahre betroffen sind. o Mutationen sind alle funktional relevant; ist plausibel, dass die Transmissibilität erhöht ist. o In England ist die molekulare Surveillance sehr gut. Dies gilt auch für die Niederlande und Dänemark. Dort wurde die Variante auch schon beschrieben, aber nicht in der Häufigkeit wie in England. o Das Ziel ist, die Ausbreitung in Europa so lange zu stoppen bis möglichst viele Menschen geimpft werden konnten. o Es sind im Dezember knapp 100 positive Proben im RKI eingegangen. Diese sollen möglichst bald sequenziert werden. o Noch ist nicht klar, ob die Mutation tatsächlich einen fundamentalen Unterschied macht. Die Information sollte nicht zu alarmistisch kommuniziert werden. o Es gibt wohl eine Meldung aus Frankfurt, dass die Variante bereits identifiziert wurde. Das soll verifiziert werden.	FG36 [redacted] FG17 [redacted] BZgA [redacted]

	o Was kann die BZgA weitergeben: Höhere Viruslast oder höhere Rezeptorbindung, Auswirkung auf Impfstoffe? Alles noch unbekannt. o Es sollte deutlicher kommuniziert werden, dass sich das Virus weiterentwickelt und physische Kontakte reduziert werden müssen. Morgen im Pressebriefing wird darauf eingegangen: Appell Weihnachten zuhause zu verbringen, evtl. könnte die Variante miteingebaut werden. o Wie soll auf Anfrage des BMG zu Risikogebieten Stellung bezogen werden? Bis zur Klärung werden Reisebeschränkung für Südafrika und England befürwortet, für Dänemark und NL noch nicht. Dies sollte bei anderen Ländern ähnlich gehandhabt werden. o Mit der Laborcommunity sollte sehr engmaschig kommuniziert werden, bisher noch keine Hinweise. o Bereitet das Konsilliarlabor schon spezifische PCR vor? Telefonat mit [redacted]: 200 Proben aus Frankfurt werden schon sequenziert. o Bei Diagnostikempfehlung sollte einbezogen werden, zumindest bei einen bestimmten Prozentsatz diese PCR miteinzubeziehen. o Die Kommunikation sollte in enger Abstimmung mit RKI beim Konsiliarlabor zusammenlaufen. o In einem Steckbrief sollen Hinweise gegeben werden, wie man die Variante leichter erkennen kann. *ToDo: Steckbrief morgen in AG Diagnostik und Mittwoch nochmal im Krisenstab besprechen, möglichst zeitnah* o Wenn Diagnostik läuft, wie kommt die Information, dass es sich um die neue Variante handelt, zum RKI? Ist es möglich dies kurzfristig in die Abfragen von Abt. 3 oder ins ARS-System zu integrieren? o PCR sind in ARS schon hinterlegt. Wenn es neue Diagnostik gibt, kann diese mit ARS erfasst werden. *ToDo: LZ soll [redacted] kontaktieren, damit dies in die Laborabfrage integriert wird.* o Sollte man bei auffälligen Ausbrüchen in KH und Altersheimen die Proben nicht explizit auf diese Variante untersuchen und zur Sequenzierung einsenden? Soll das proaktiv eingefordert werden? Ans RKI oder besser ans KL? Aus Kapazitätsgründen kann angesichts der aktuellen Belastungen bei der Diagnostik nicht außergewöhnlich viel sequenziert werden. o Beim Ausbruch in Marzahn hat [redacted] vorgeschlagen, dass Patientenproben ans RKI geschickt werden. o Grundsätzlich wird eine dezentrale Sequenzierung favorisiert, die dann über GISAID eingestellt wird. Wenn das nicht möglich ist, kann das KL angesprochen werden. Wenn jemand vom RKI vor Ort ist, können in besonderen Fällen von ZBS1 Proben für eine 1.Sequenzierung angenommen werden.	IBBS [redacted]

	o Es wäre sinnvoll, schon jetzt eine Sprachregelung fest zu legen, falls die Variante auch in Deutschland gefunden werden sollte. *To Do: Überlegung einer Sprachregelung; FF Presse, FG17 [Aufgaben ID 2461]* • Neue Virusvariante UK: Information für Länder als Grundlage für Lagebericht o Länder haben Information bis heute Abend erbeten. Hierfür gibt es einen Textvorschlag. o Übertragbarkeit von bis zu 70% sollte rausgenommen werden, da dies zu Missverständnissen führen kann. o Gilt das für jede PCR in der S-Region? Sollte im Steckbrief und nicht in diesem Kontext spezifiziert werden. o Ein Link auf die Seite vom KL sollte im Text miteingebaut werden. [redacted] schickt den Link. o Ob die Zunahme der Fälle auf die neue Variante zurückzuführen ist, ist noch nicht klar, sollte im Lagebericht erwähnt werden. *ToDo: Information für Länder in Lagebericht übernehmen, FF Lagezentrum*	FG32 [redacted]
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.510.652 (+16.643), davon 26.275 (1,7%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 197/100.000 Einw. o 4-Tage-R=1,05; 7-Tage-R=0,98 o ITS: 5.022 (+83), invasiv beatmet: 2.639 (+34) ▪ Weiterhin keine Entspannung o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In Sachsen und Thüringen weiterhin Anstieg ▪ Auch keine Entspannung in den anderen BL, schwächerer Anstieg oder Plateau o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur noch 10 LK mit Inzidenz bis 50 ▪ 81 LK mit Inzidenz > 250 ▪ Sachsen sticht deutlich hervor. ▪ Keine größeren Übermittlungsprobleme bekannt. o Datenvollständigkeit Variable Erkrankungsbeginn ▪ Nimmt ab, erschwert Auswertung ▪ In Hamburg und Hessen nimmt Datenvollständigkeit ab, sonst relativ konstant. ▪ In Hamburg wird die Software Pandemiemanager eingesetzt, deshalb ist die Vollständigkeit in Survnet sehr gering. o Datenvollständigkeit Variable Kontakt zu bestätigtem Fall ▪ Wird aktuell eher vollständiger eingegeben ▪ In NRW gar nicht erfasst. ▪ Diese Auswertung wurde letzten Freitag an die BL geschickt.	FG37 [redacted]

	• Amtshilfeersuchen Berlin (UKB) o Gestern Bitte um Unterstützung für Unfallkrankenhaus Berlin-Marzahn o Kontaktaufnahme mit Hr. Werber, TK geplant o Im Haus wesentlich mehr Fälle als gemeldet, viele Mitarbeitenden wohnen in Brandenburg, noch kein Überblick.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Datenspende o Mittel für eine Weiterführung in 2021 sind in Aussicht gestellt. • DEA o Aktuell viele Fragen von Reisenden und Ämtern, ob Reisende darüber selektiert werden können.	FG21 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Alle Seiten auf Verhalten an Feiertagen ausgerichtet, Nutzung der App und Kontakttagebuch • Einsamkeit, Angststörungen, frühe Hilfen für Familien in Not -> Hinweis fürs Pressebriefing wäre sinnvoll • viele Fragen zur Impfung **Presse** • Morgen, 22.12. um 10 Uhr Pressebriefing mit Kurztext zur neuen Virusvariante • Für FAQ UK Variante wird abgestimmter Text übernommen. • Sollte in Pressebriefing nochmal erwähnt werden, dass Kliniken elektive Operationen verschieben sollen? o Bisher gibt es keine Entschädigung für leerstehende Betten. In Ländern mit knappen Betten werden elektive Eingriffe per Verordnung wieder ausgesetzt, aber nicht deutschland-weit. o Fixierung auf DIVI-Zahlen kann zu falschen Schlüssen führen. Dort werden immer noch freie Kapazitäten angezeigt. Dies erweckt den Anschein einer falschen Sicherheit. Es handelt sich nicht um ein reines Problem der Intensivstationen. Im gesamten KH ist eine niedrigere Belegung notwendig, um eine Trennung in 3 Bereiche (Covid, Verdacht, kein Covid) zu ermöglichen. Ein Bericht ans BMG hierzu ist auf dem Weg. *ToDo: [redacted] formuliert Text für [redacted] für Pressebriefing.*	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen**	

	a) Allgemein **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Geimpfte und Infektionsschutzmaßnahmen (hier) o Diverse Anfragen zu: Wie soll mit Geimpften in Bezug auf andere Infektionsschutzmaßnahmen umgegangen werden? o In allen Altersgruppen liegt die Wirksamkeit der beiden zur Verfügung stehenden Impfstoffe deutlich über oder fast bei 90%. o Gute Daten in Bezug auf die Beeinflussung der Transmission liegen noch nicht vor, in nächsten 2-4 Monaten ist noch nichts Belastbares zu erwarten. o 1. MNB sowie Hygiene- oder Abstandsregeln: ▪ AHA + L Regeln sind auch bei Geimpften weiterhin anzuwenden. ▪ Verhalten bei Symptomen (5 Tage zuhause bleiben) sollte auch für Geimpfte gelten. Soll in zusätzlichem Satz erwähnt werden. ▪ Unabhängig von COVID-19 sollte die Krankheitslast in der Bevölkerung gering gehalten werden. o 2. Quarantäne: ▪ Geimpfte sollen wie bereits Erkrankte behandelt werden. ▪ Gilt das erst ab 2 Impfdosen? Wie soll mit Reiserückkehrern und Einreisenden aus anderen Ländern umgegangen werden? Wie wird bei nicht von der EMA zugelassenen Impfstoffen verfahren? ▪ Thema wird auf EU-Ebene diskutiert, ein Europäisches Impfregister mit Zertifikaten ist angedacht. ▪ Reicht es, dass geimpfte Personen, wenn sie mit vulnerablen Gruppen arbeiten, nur Masken tragen und nicht in Quarantäne gehen, wenn sie KP1 geworden sind? ▪ 2 Strategien möglich: abwarten und zunächst so empfehlen oder Testung zu 2 ZP (Tag 5 und 10), um Evidenz zu sammeln, evtl. zunächst im Rahmen einer Studie. So könnte man sich der Frage der Transmission nähern. ▪ Ein pragmatisches Vorgehen ist zu favorisieren, da das Verhängen einer Quarantäne trotz Impfung nicht kommunizierbar ist. ▪ Einigung auf: Wenn die Immunisierung abgeschlossen ist, egal, wo die Impfung zugelassen wurde, werden Geimpfte genauso wie Personen mit natürlicher Erkrankung behandelt. ▪ Vermutlich wird irgendwann die Diskussion kommen, ob 2 Impfungen notwendig sind.	FG33 [redacted]

	o 3. Infektionsschutzmaßnahmen auf Bevölkerungsebene ▪ In den nächsten Monaten gelten Infektionsschutz-maßnahmen weiter, da initial keinen hohen Impfquoten erreicht werden. ▪ Es muss klar werden, dass es bei teilgeimpfter Bevölkerung zu einem Rebound-Effekt kommen kann. Rebound Effekt sollte erläutert werden. *ToDo: Entwurf wird von [redacted] angepasst und ans BMG gesendet.* *ToDo: FAQ werden nach Rückmeldung von BMG angepasst, sollten am Mittwoch, vor Impfbeginn online sein. [Aufgaben ID 2462]*	
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 o In KW 51 gingen 1.420 Proben davon waren über 36% positiv auf SARS-CoV-2. Bisher mit Abstand höchster Anteil. o Bei wie vielen davor ein positiver Antigentest durchgeführt wurde, ist unbekannt (nur von 20 Proben bekannt). o 1. Phase der Antigentest Validierungen wurde abgeschlossen. Daten dazu gibt es demnächst. • Virologische Surveillance o Mittwoch	ZBS1 [redacted] FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Entlasskriterien aktuelle Version (hier) o Letzte gemeinsam mit Intensivpflege erstellte Version wurde am 30.11. veröffentlicht. Kriterien sind für Pflegeheime sehr anspruchsvoll und wurden deshalb überarbeitet. o Besondere Patientengruppen: Bewohner von Altenpflege-einrichtungen: mehr Klarheit in Bezug auf Zielgruppe Pflegeheime, keine Doppelbeprobung notwendig. o Hinweise zur PCR-Untersuchung: was ist ein geeignetes PCR-Ergebnis: Text wird aufgrund von Verständnis-problemen nochmal verändert. o Es sollte vermieden werden, dass die Testinterpretation im Altenheim durchgeführt werden muss, das befundende Labor sollte explizit formulieren, ob das Ergebnis für eine Entisolierung ausreicht. o Entisolierung ist ärztliche Entscheidung, Adressat der Laborergebnisse ist nicht Altenpflegepersonal. Ärzte sind in der Praxis jedoch häufig nicht verfügbar. Die Befunde müssen deshalb so formuliert werden, dass sie eindeutig interpretiert werden können. o PCR vor Entisolierung wird in der Altenpflege häufig nicht mehr durchgeführt. Die Evidenzbasis macht eine andere Empfehlung nicht möglich. Die Ausscheidung kann in dieser Altersgruppe länger und auch die Suszeptibilität könnte erhöht sein. • Am 22.12. findet eine Pressekonferenz der DIVI zur Triage-Diskussion und der Auslastung der Intensivstationen statt.	IBBS [redacted] IBBS [redacted]

	• Patientenverlegungen zwischen Kleeblättern sind geplant, von Ost (Sachsen) nach Nord (MV), ZP ist noch offen.	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Inzidenzen bei 0-5 Jährigen leicht, bei jungen Erwachsenen deutlich angestiegen o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Liegen etwas höher, ca. 40-50 Ausbrüchen pro Woche, gleiche Aufteilung zwischen betroffenen Erwachsenen und Kindern o Ausbrüche in Schulen ▪ Eher etwas rückläufiger Trend, höchste Ausbruchs-zahlen bisher in KW 46 o Wie kann adressiert werden, dass Vorbereitungen für eine sicherer Wiederöffnung der Schulen getroffen werden müssen? ▪ Zusammenarbeit mit Familienministerium (Kitas) findet statt, es gibt jedoch keinen AP in Kultus-ministerkonferenz. o [redacted] wäre Option. o Vorschlag: offizieller Brief vom Präsidenten an Geschäftsstelle KMK (Vorsitz aktuell NRW Dr. Stefanie Hubig) *ToDo: Briefentwurf von [redacted], noch vor den Feiertagen [Aufgaben ID 2463]*	FG36 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 23.12.2020, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*23.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung (korrigierte Werte v. 18.12.) • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Sprachregelung Neue Virusvariante (?)	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierung: Datenintegration (Mittwoch) **b) RKI-intern** •	Alle P4 ([redacted]
7	**Dokumente** • Update Falldefinition	Alle FG32
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • IMS (ID2461Erlassbericht)	FG17/ZBS1 FG36

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Infektionsschutz bei Geimpften ggf. (s. email LS v 23.12, 08:54)	Alle FG33 /VPräs ?
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Ansprechpartner Statistiker/Modellierer vom 22.12.-3.1. ? (siehe Mail Mo 21.12.2020 15:18) •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Update TF Ausbruchsgeschehen, RKI interne Fälle • Nächste Sitzung: Montag 28.12.2020, 13:00	IBBS

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*23.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted] (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- FG32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3

- [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Internationale Lage (Folien hier) o Fälle, Ausbreitung (korrigierte Werte v. 18.12.) o 76.250.431 Fälle o 1.699.230 Todesfälle (2,3 %) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: USA, Brasilien, Großbritannien, Russland, Deutschland, Türkei, Indien, Italien, Frankreich, Kolumbien o **WHO Epidemiological Update** ▪ Neue COVID-19-Fälle und Todesfälle stiegen in vergangener Woche weiter an (6 % bzw. 4 %) ▪ **Region Amerika**: erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle: > 2,3 Mio. neue Fälle (Anstieg von 13 % im Vgl. zur Vorwoche, 50 % weltweiter Fälle) sowie > 32.000 Todesfälle (Anstieg von 9 % im Vgl. zur Vorwoche, Fortsetzung des raschen Anstiegs der Todesfälle seit November) - USA weiterhin steigende Anzahl neuer Fälle (> 1,65 Mio. neuer Fälle; > 5.000 neue Fälle pro 1 Mio. Einw. = höchste Inzidenz in der Region) - Fünf Länder mit höchster Anzahl neuer Fälle: USA, Brasilien, Kolumbien, Mexiko, Kanada - Fünf Länder mit höchster Anzahl an Todesfällen pro 1 Mio. Einw.: Belize (75), USA (54), Panama (45), Mexiko (33), Kolumbien (27) ▪ **Region Europa**: größte Anzahl neuer Todesfälle (36.286; 46 %), Anstieg neuer Fälle (2 %) und Todesfälle (3 %) ähnlich der Vorwoche - Höchste Zahlen neuer Fälle (= ca. 33 % aller in Europa gemeldeter Fälle): Türkei, Russland, Deutschland - Höchste Zahlen neuer Todesfälle: Italien, Deutschland, Russland - Estland: vergangene Woche Anstieg neu gemeldeter Fälle um 27 % und neuer Todesfälle um 18 % (Anstieg 9. Woche in Folge) → Verschärfung der öffentlichen Gesundheits- und Sozialmaßnahmen am 14.12.2020; Todesfallrate weiterhin niedrig (0,8 %), Testpositivitätsrate relativ hoch (11 %) - Portugal: Zahl der (Todes)Fälle in der vergangenen Woche relativ stabil (nach drei Wochen Rückgang), Zahl der neu gemeldeten Todesfälle die höchste seit Beginn der Pandemie - Spanien: Rückgang 7. Woche in Folge, derzeit leicht (2 %), Todesfälle deutlich stärkerer Rückgang (-44 %), ca. 20 % der ITS-Betten mit COVID-19-Patienten belegt ▪ **Region Afrika**: größter relativer Anstieg an neuen Fällen (27 %) und Todesfällen (34 %) im Vgl. zur Vorwoche	ZIG1 [redacted]

(meiste Fälle: Südafrika, Nigeria, Äthiopien, Kenia, Uganda, Algerien)
- **Westpazifische Region**: steigende Trends, Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen und Todesfälle in letzten 7 Wochen kontinuierlich angestiegen, die meisten neuen Fälle und Todesfälle: Japan, Malaysia, Philippinen, Republik Korea
- **Region Südostasien**: Rückgang neuer Fälle um 14 % bzw. Todesfälle um 10 %, höchste Zahlen: Indien, Indonesien, Bangladesch, Myanmar, Nepal
- **Östliche Mittelmeerregion**: Zahl der (Todes)Fälle 4. Woche in Folge zurückgegangen; höchste Zahlen: Iran, Pakistan, Marokko

- Neue Variante des SARS-CoV-2 in der Republik Südafrika (Variante 501.2 V2)
  - Genetische Veränderungen in Teilen vergleichbar – jedoch nicht identisch – mit denen der Variante VUI202012/01 der UK
  - Neue Variante in der Provinz Ostkap zuerst entdeckt, rasche Ausbreitung im ganzen Land, zeitgleich deutlicher Anstieg der Fallzahlen (vergangene Woche erstmals seit Anfang August 2020 > 10.000 gemeldete Infektionen pro Tag, Tendenz exponentiell und stark steigend)
  - Unklar – wie auch bei UK-Variante – ob südafrikanische Variante Ursache des steilen Anstiegs der Infektionszahlen, höherer Mortalitätsrate, leichterer erneuter Infektionen, Einfluss auf entwickelte Impfstoffe
  - Hintergrund zusätzlicher Bedenken hinsichtlich der Variante in Südafrika ggü. UK-Variante a) erhebliche und schnelle Verbreitung trotz derzeit ungünstiger Bedingungen für das Virus (Sommermonate) und b) Migrationswelle (Fremdarbeiter verlassen derzeit Südafrika) → starke Ausbreitung anzunehmen sowie c) anekdotische Berichte über vermehrtes Auftreten bei jüngeren Altersgruppen
  - Ggf. zeitnahes Emergency Meeting seitens WHO

National

FG32 [redacted]

- **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 1.554.920 (+24.740), davon 27.968 (1,8 %) Todesfälle (+962), 7-Tage-Inzidenz 195/100.000 Einw. → weiterhin stabil hohe Fallzahlen
  - 4-Tage-R=0,83; 7-Tage-R=0,92
  - ITS: 5.216 (+49), invasiv beatmet: 2.726 (+36)
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
    - Noch kein deutlicher Rückgang, Anstieg in Sachsen verlangsamt, in Thüringen setzt sich Anstieg weiter fort, ebenso in BB, noch keine Entspannung der Situation
  - Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.)

	▪ 11 LK > 25-50 (Karte Umgebung Berlin: hell eingefärbte Areale: Potsdam & Spree-Neiße Übermittlungsprobleme, entspricht somit nicht tatsächlicher Inzidenz, dazu derzeit gehäuft Anfragen, es werden nur die Fälle ausgewiesen, die übermittelt werden, zuständige Behörden sind informiert, aufgrund langwieriger Prozesse hier jedoch ggf. längerfristige Verzerrung denkbar) ▪ 44 LK > 50-100; 274 LK > 100-250; 75 LK > 250-500; 7 LK > 500-1000 ▪ Regional stark betroffen: Sachsen, Thüringen, NRW, Bayern, BaWü; im Norden geringere Inzidenz o 7-Tage-Inzidenz der Covid-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche (MW): bei > 80-Jährigen weiterhin steiler Anstieg seit ca. KW 41, bei mittleren AG nach temporärer Entspannung zwischen ca. KW 46 und KW 49 nun wieder Anstiege, lediglich in AG der 5-14-Jährigen keine Anstiege o Covid-19-Fälle nach Zugehörigkeit zu einer Einrichtung und MW: derzeit Untererfassung → aktuelle Fallzahlen KW 51 daher vergleichsweise gering, Fälle in § 6-Einrichtungen (Altenpflegeheime etc., blaue Kurve) zunehmend, ebenfalls bei Beschäftigten in § 36- und § 23-Einrichtungen (grüne Kurven), lediglich in § 33-Einrichtungen (Schule, Kitas) Fallzahlen leicht rückläufig o Anzahl Covid-19-Todesfälle nach Sterbewoche: für KW 51 vermutlich noch Nachmeldung ausstehend, in KW 50 jedoch bereits > 3000 Todesfälle, deutlich höher als in erster Welle o Diskussion ▪ Zu Übermittlungsproblemen in BB: höchstwahrscheinlich kein Einfluss auf bundesweite Kennzahlen, zudem keine großflächigen Übermittlungsprobleme ▪ Vermerk dieser Übermittlungsprobleme bislang nicht im Disclaimer, dies kann, sofern gewünscht, zwar umgesetzt werden, jedoch sollte dies dann entsprechend konsequent und systematisch für jeden LK erfolgen und ist mit deutlich erhöhtem Aufwand verbunden ▪ Derzeit wird ein allgemeiner Disclaimer zur Übermittlung an den Feiertagen (Weihnachten und Jahreswechsel) vorbereitet: Bundesländer werden sehr uneinheitlich übermitteln *To Do 1: Bei der Erstellung eines allgemeinen Disclaimers Bitte um Berücksichtigung folgender Aspekte* bzw. *Verzerrungsfaktoren, die ggf. erklärend mitaufgenommen werden sollten:* o Es sollte ggf. eine (nicht länderspezifische) Bewertung erfolgen, da die Zahlen zu großer Verunsicherung führen könnten, sowie o ggf. der Hinweis, dass zu Feiertagen die Datenübermittlung generell stagniert, wie auch bereits lange zu AGI bekannt bzw. ebenso bei der Konsultationsinzidenz, sprich hier nicht nur Covid-19-betreffend	

	o ggf. dass nach höherer vorweihnachtlicher Testrate mit ggf. späterem Testrateneinbruch zu rechnen sein kann → Einbruch auch bei Fallzahlen o PCR-Bestätigung von AG-Tests einen erheblichen Einfluss auf die Positivrate haben kann o Ggf. dass das RKI nicht nur die Meldedaten auswertet mit Verweis auf den Situationsbericht o Weitere Diskussion ▪ Anstieg in der AG der 60-80-Jährigen ebenfalls bedenklich (Folie 4, türkise Linie), da a) diese AG einen sehr großen Bevölkerungsteil ausmacht, der b) einen großen Anteil der Hospitalisierten ausmacht, c) zu Weihnachten ggf. besonders exponiert sein wird, d) zudem in der Impfpriorität weiter hinten liegt und e) somit auch langfristig die Bettenkapazitäten beanspruchen wird ▪ Mögliche Handlungsoption: derzeit bereits an vielen Stellen auf Maßnahmen und deren Einhaltung ausdrücklichst hingewiesen, hier ist die Exekutive/ stringente Umsetzung der Maßnahmenkataloge gefordert, jedoch ist die Compliance derzeit fraglich (siehe Beispiel der Diskussion um Stattfinden der Gottesdienste in manchen Bundesländern) *To Do: Allgemeine Bitte um mögliche weitere Vorschläge zu denkbaren Handlungsoptionen, gern per E-Mail oder telefonisch* • **Syndromische Surveillance** (Folien hier) o GrippeWeb bis zur KW 51 (Folie 2): derzeit Abnahme der ARE-Rate, höchstwahrscheinlich auf AG der Kinder bzw. Schulschließungen zurückzuführen (ARE-Raten von Infektionsfällen bei Kindern geprägt) o ARE-Rate insgesamt sehr deutlich unter der der Vorsaisons, ähnliches Bild bei der Konsultationsinzidenz (Folie 4), hier ebenfalls geringe Konsultationsinzidenz zum Jahreswechsel wie in Vorsaisons sichtbar o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 50. KW (Folie 6): insbes. bei älteren AG > 60 Jahre (dunkelblau) deutlich angestiegen; AG 35-59 und 60-79 Jahre deutlich höher als in den Vorsaisons (Niveau Höhepunkt Grippewelle); AG unter 60 Jahre in den letzten Wochen relativ stabil; Rückgang in den AG unter 35 Jahre; AG unter 15 Jahre niedriger als üblich um diese Jahreszeit; o AG ab 80 Jahren (Folie 9): starker Anstieg um 35 % o Zudem aufgrund des Anteils an Covid-19-Erkrankungen (ca. 70 % schwerer Atemwegsinfektionen sind Covid-19-bedingt) deutlich größere Herausforderungen als in den Vorsaisons aufgrund der Notwendigkeit der Isolation und des Covid-19-bedingten Personalausfalls > Link wird im heutigen Influenzawochenbericht mitaufgenommen *ToDo: Bitte um Aufnahme auch in den heutigen Lagebericht, [redacted] reicht das Exzerpt weiter (Nachtrag: Tabelle und Grafik hier)*	Presse [redacted] FG38 [redacted] Präs (Wieler) FG36 [redacted]

	o Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis KW 50 nach AG (Folie 11): nach Stabilisierung auf hohem Niveau leicht angestiegen, mittlerweile bei 68 %, dabei hauptsächlich in der AG ab 35 Jahre Anstieg zu sehen o COVID-SARI-Fälle bis zu KW 50 - alle Fälle, auch noch Liegende (vorläufige Diagnosen, unvollständig) (Folie 14): weiterer Anstieg in AG der 60-79- und >80-Jährigen, stabile Zahlen in den AG 15-34- und 35-59-Jährigen in den letzten Wochen o Diskussion: Übersterblichkeit – Abbildung am Freitag im Bericht, SARS in ARS um 9 % über Vorjahresniveau, derzeit noch keine dramatische Entwicklung, aber 4 Wochen Verzug bzw. Nachmeldung besonders betroffener LK und BuLä müssen berücksichtigt werden • **Testkapazität und Testungen** **Testzahlerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote: derzeit nahezu 12 % Positivenquote, Gesamtzahl der Tests gesteigert auf ca. 1.5 Mio in KW 51 (cave: ab 03.11.2020 geänderte Testkriterien, Daten nicht direkt mit Vorwochen vergleichbar) o Auslastung der Kapazitäten: Positivenanteile (rot) weiter steigend, stärkere Ausschöpfung der Testreserven, vermutlich auch aufgrund der AG-Test-Bestätigung o Probenrückstau derzeit vergleichsweise gering **Testungen und Positivenanteile** (Folien hier) o Anzahl der Testungen derzeit noch steigend o Positivenanteile nach Bundesland und Woche: Sachsen 20 %-Marke erreicht, steigender Trend setzt sich derzeit nicht fort, aber weiterhin hohes Niveau, ähnlich auch in anderen Bundesländern o Anzahl Frauen und Männer mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Einw. nach KW: seit KW43/44 mehr Frauen getestet, weibl. Anteil überwiegt auch in pos. Inzidenz in Analogie zu Meldedaten o Positivenanteile nach AG und KW: steigender Trend bei > 80-Jährigen setzt sich weiter fort, auch bei 60-79-Jährigen sind Positivenanteile im Vergleich zu anderen AG gestiegen, Positivenanteile bei jüngeren AG stagnierend (5-14 J) bis ggr. abnehmend (15-59 J), kann sich jedoch durch Nachübermittlung noch verändern o Testverzug: trotz Anstieg der Testzahl scheinbar kein negativer Impact auf den Testverzug, hier weiterhin in ca. 75 % der Fälle Testergebnis binnen max. 2 Tagen nach Abnahme	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
2	**Internationales** • Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Presseaktion in Sachsen-Anhalt: große Resonanz, Fragen-schwerpunkt: wo finden die Impfungen statt, wo sind Informationen zur Impfung erhältlich und sind chronische Erkrankungen ein Ausschlusskriterium **Presse** • Sprachregelung zur neuen UK-Virusvariante soweit finalisiert und mit FG17 abgestimmt • Zur Überarbeitung des Internetauftritts hinsichtlich neuer UK-Variante: es werden zeitnah dazu neue Informationen seitens UK bereitgestellt, rasche Einarbeitung dann nötig, Text aufgrund des Feiertagsdienstes jederzeit überarbeitbar unter inhaltlicher Zuarbeit des Lagezentrums (Rufbereitschaft) • Überarbeitung hinsichtlich neuer Virusvariante aus Südafrika ebenfalls nötig, sollte bereits heute kurz mitaufgenommen werden, zumal beunruhigender als UK-Variante (s.o.), Herr Wieler sucht den Preprint raus und gibt ihn an Presseabteilung weiter *To Do 1: Bitte an Herrn Wieler, Preprint zur südafrikanischen Virusvariante an Presse weiterzuleiten* *To Do 2: Bitte an Presse um Überarbeitung auch hinsichtlich neuer Virusvariante (Südafrika) und Übermittlung der Sprachregelung an Herrn Schaade* *To Do 3: Keine Situationsberichte am 25.12.20202 und 01.01.2021: dies muss zuvor im Situationsbericht und an den jeweiligen Tagen selbst im Internet kenntlich gemacht werden (Anweisung seitens Minister), auch unter Erwähnung, dass somit keine neuen R-Werte/ Tabellen zur Verfügung stehen (hier besser Hinweis selbst statt Daten/Tabellen vom Vortag zu zeigen)*	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Modellierung** (Folien hier bzw. folgen) o Grafische Darstellung der Mobilität im zeitlichen Verlauf, 3-4 Wochen vor Lockdown substanziell höhere Mobilität ab KW 47 in allen Bundesländern – außer Sachsen am Montag und Dienstag des dortigen Lockdowns, starke Abnahme der Mobilität, während aufgrund der Voran-kündigung des Lockdowns die Mobilität an diesen Tagen in diesen BuLä noch zunahm	P4 [redacted]

	o Bsp: BaWü - oben links Montag, Uhrzeit auf x-Achse stündlich, versch. Farben = unterschiedliche Wochen, rot: Montag vor Lockdown: starker Anstieg (bis auf in Sachsen) o Insgesamt: weder „Lockdown light“ noch „echter Lockdown“ scheinen einen drastischen Effekt auf die Mobilität zu haben, diese wird vielmehr durch Ladenschließungen beschränkt (Mittwoch), switch der roten Kurve von ober- auf 20 % unterhalb der Vorwochen → Binnenmobilität korreliert stark mit Einkaufsverhalten, scheinbar deutlicher als mit anderen möglichen Mobilitätsfaktoren wie Arbeit o.ä. o Das Reiseverhalten sowie die zeitlich weitere Abfolge hinsichtlich Lockdown werden nachfolgend analysiert	
	• **Datenintegration** (Folien hier) o Integrierte Datenquellen (autonome Datensammlung): RKI Website, ECDC, DIVI, Dashboard und weitere Datenquellen genutzt, automatisierte Prozessierung und Überführung in Datenbank → einheitliches Format, ein Repository (derzeit noch privat), zentrale Zurverfügungstellung für alle Gruppen des RKI o Bereitgestellte Zeitreihen: meist aus Dashboard und DIVI sowie Testing-Daten, bereits viele Zeitreihen integriert o Interaktiver Datenexplorer zwecks Datenmonitoring (LK, BuLä) o Integrierte Analysen (work in progress): Ziel = Erstellung einer Karte nicht nur für einzelne Zeitreihen von Fällen sondern auch von Datenspende, Mobilität, Testingraten o Interaktive Zeitreihenanzeige (bspw. zu Fallzahlen ITS, occupied beds etc.) und Vergleichbarkeit bspw. mit anderen LK sowie Umschaltbarkeit auf log-Skala (→ exponentielles Wachstum) o Tool soll intern RKI-weit zur Verfügung stehen für Datenauswertung/Diagrammerstellung zwecks Ressourcenschonung, die hier bereitgestellten Formate sind konsistent und müssen kaum vor- oder nachbereitet werden o Diskussion: ▪ Wertvolles Tool zur Datenzusammenführung und Analysefähigkeit ▪ Automatisierte Erstellung von Figures kann viel Effizienz schaffen, auch hinsichtlich Situationsbericht, sofern Datenverarbeitung automatisiert, P4 bietet hier gern Hilfestellung zwecks Entlastung an ▪ Enge Abstimmung mit anderen Abt./FGs die mit Modellierungen/Grafiken arbeiten (v.a. [redacted], FG32), MF4 ([redacted]) bereits involviert, Austausch jedoch in größerer Runde erforderlich, auch zu einem offiziellen GITHUB des RKI ▪ Bei BMG-Anfragen steht P4 dem Lagezentrum bzw. Abt. 3 mit seiner Expertise gern zur Verfügung	P4 [redacted]

	▪ Datenschutz vermutlich kein Problem bei Verwendung öffentlich zugänglicher Daten, Verlinkung genutzter Daten muss jedoch datenschutzrechtlich geklärt werden („backtracing“) ▪ Klärung der Lizenzrechte muss noch abgeschlossen werden (bereits für viele Quellen geklärt, für einige ausstehend, daher Repository bislang privat) *To Do1: Bitte um Austausch in größerer Runde mit Modellierung-nutzenden FGs und zur Implementierung eines GITHUBS für das RKI* *To Do2: Bitte an P4 um lizenzrechtliche Klärung noch ausstehender Quellen sowie um datenschutzrechtliche Klärung der Verlinkung genutzter Daten („backtracing“)* **b) RKI-intern** • Neue Virusvariante(n) mit vermutlich höherer Übertragbarkeit - weitere Möglichkeiten zu Infektionsschutzmaßnahmen?	
	o Klärung „höhere Übertragbarkeit“ bzw. ob 1) höhere Viruslast 2) frühere/präsymptomatische Ausscheidung oder 3) verlängerte Ausscheidung (= gewichtigstes Kriterium hinsichtlich der Maßnahmen) ursächlich, die zur erhöhten Transmissibilität führen	VPräs (Schaade) Abt.1 [redacted]
	o Ursächlichkeit sollte neue Überlegungen anstoßen: andere/weitere Faktoren, die ggf. andere Maßnahmen erfordern (Aerosolübertragung: Anpassung der PSA, ggf. FFP2-Empfehlung; längere Ausscheidung: Anpassung der Entlasskriterien; veränderte Infektionsdosis: Heruntersetzen der kritischen Kontaktzeit von derzeit 15 min. bei KP-Management und Anpassung der Isolation von Patienten; weitere Vorschläge von Fachgesellschaften möglich - STAKOB, DGI etc.)	
	o Cave bei strikteren Maßnahmen wie in anderen Ländern (komplette Lockdowns, härtere Kontaktverbote, Desinfektion von Umgebungen, Institutionelle Quarantäne oder Isolation o.ä.) ggf. stark negative Auswirkungen	FG38 [redacted]
	o Kausalität muss zunächst überprüft, die molekularbiologische Grundlage der stärkeren Verbreitung untersucht und verstanden werden und entsprechende Daten vorhanden sein, um eine weitergehende Entscheidungsgrundlage zu liefern	
	o Weitere Maßnahmen schwierig, Implementierung/ Umsetzung ist derzeit vor allem ursächlich für Verbreitung, dies ergibt sich auch aus Ausbruchsuntersuchungen (bzw. siehe UKB proof of principle) = Grundlagen der Infektionsprävention	FG14 [redacted]
	o Epidemiologisch-virologische Vorbereitung (Abt. 1 & 3) für Ausbruchs-/Eintragsuntersuchung der neuen Variante: ▪ Abt. 1: Systematische Molekulare Surveillance, Hinweise zur Testung werden derzeit aktualisiert, Konsortien sind alarmiert, Labore sensibilisiert	VPräs (Schaade)

	▪ Abt. 3: Vorbereitung epidemiologischer Untersuchung seitens Leitung notwendig (Cluster- bzw. systematische Untersuchung) o Auch die Untersuchung von Proben aus jeglichen „besonderen Ereignissen“ (wie bspw. in Sachsen) hilfreich, keine flächendeckende Analytik nötig, sondern sinnvolle Stichproben bei Hinweisen auf ein beschleunigtes oder intensiviertes Infektionsgeschehen o § 13 IfSG: VO seitens BMG in Vorbereitung zwecks Bereitstellung von Sequenzierdaten für das RKI bzw. deren Veröffentlichung o PCR-Möglichkeit zum Screening: Diagnostikhinweise sollen auf Website ergänzt werden, sämtliche Labore sind sensibilisiert, es soll jedoch noch ein Hinweis auf die Notwendigkeit einer spezifischen PCR in aktualisierter Form mitaufgenommen werden *To Do: [redacted] kontaktiert [redacted] zwecks Textbaustein, Aktualisierung soll noch heute finalisiert werden* o Ausbruchsuntersuchungen in Alten- und Pflegeheimen sollten zukünftig die Impfeffektivität mitbetrachten o Anfrage seitens DIVI und RWTH Aachen zu Modellierung von Szenarien der neuen Virusvariante für Deutschland soll an die UK verwiesen werden, da nach Rücksprache mit P4 bislang *in house* noch keine Aktivitäten dazu	FG37 [redacted] IBBS [redacted]
7	**Dokumente/weitere Studien** • Update Falldefinition: wird heute noch online gestellt • Verfahrensanweisung zu internem Ausbruchsgeschehen (über IBBS und Mitarbeiter-Support, ZIG3 führt Abstriche durch – siehe auch bei Rückkehrern aus Feldeinsatz im Aus- oder Inland) in allen relevanten Gremien abgestimmt, Prüfung durch Anwaltskanzlei erfolgt, derzeit dem Personalrat vorliegend und ggf. bereits heute in Abstimmung, keine Dienstvereinbarung nötig, SOP wird nachfolgend finalisiert • Übersterblichkeit: derzeit in Sachsen 48 %, in Bayern Bevölkerungsschrumpfung, z.T. bereits Medienbeiträge dazu	FG32 [redacted] Abt.1 [redacted] FG38 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • NRZ Influenzaviren (Folien hier) o Letzte Woche: 151 Einsendungen (leichter Rückgang), Nachweisrate SARS-Cov-2 bei 10 % (15 Proben), v.a. aus Einzelpraxen mit Nachweis von bis ca. 44 % und aus BB, Sachsen, Bayern, insgesamt 64 Viren zur Sequenzierung o Diese Woche: bereits 30 Einsendungen, Nachweisrate SARS-Cov-2 bei 17 % (5 Proben)	FG17 [redacted]

	o Rhinoviren leicht ansteigend, aber weiterhin unter üblichem Niveau o Heute: 50 Proben aus Dresden, nach Weihnachten weitere aus Dresden und Chemnitz erwartet o Differenzierung von neuer Virusvariante derzeit nicht möglich, da keine spezifische PCR gegen das relevante Gen bzw. die die relevante Deletion abgreift → muss entwickelt werden *To Do: Bitte um Austausch von FG17 und ZBS1 zwecks Vorbereitung einer solchen PCR ([redacted] setzt sich mit [redacted] in Verbindung)* • IMS - ID2461Erlassbericht (Dokument hier): Vorarbeit von [redacted] in Zusammenarbeit mit [redacted] und [redacted], Abstimmung ist erfolgt, soll heute Mittag rausgeschickt werden	Abt.1 [redacted] FG38 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Infektionsschutz bei Geimpften (s. email LS v. 23.12, 08:54) • Reaktion auf gestrigen Bericht an das BMG zum Infektionsschutz bei Geimpften: [redacted] hatte mehrere Punkte angesprochen, die noch Klärung bedürfen, • [redacted] eruiert nun mit Referat 614 [redacted] welche Herausforderungen das BMG genau sieht, damit die Informationen mit Impfbeginn publiziert werden können	VPräs (Schaade)
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Schnelle Maßnahmen als Reaktion auf das Auftreten der neuen Virusvariante in der UK hat viele Probleme nach sich gezogen (Gestrandete im Transitbereit, Einsatz zu AG-Tests etc.)	FG38 [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Ansprechpartner Statistiker/Modellierer vom 22.12.-3.1. (siehe Mail Mo 21.12.2020 15:18) → P4 steht für Modellierungsfragen zur Verfügung (siehe Punkt 6b) • Nächster Krisenstab in den Feiertagswochen regulär montags und mittwochs, freitags im Notfall	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Keine Beiträge	
16	**Andere Themen**	

	• Nächste Sitzung: Montag 28.12.2020, 13:00, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*28.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, MF4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(diese Woche am Mittwoch)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 AL3 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	Schmich
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Vorstellung ITS-Kapazitäten / Prognosemodell SPoCK-Intensivregister	IBBS MF4
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** **(diese Woche am Mittwoch)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** **(diese Woche am Mittwoch)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 30.12.2020, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*28.12.2020, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL1
  - Martin Mielke
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted] (Vertretung f. Thomas Ziese, FG24)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG3
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA

- [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.651.834 (+10.976), davon 30.126 (1,8%) Todesfälle (+348), 7-Tage-Inzidenz 157,8/100.000 Einw., Fälle ITS 5.562, invasiv beatmet 2.960, Reff=0,71, 7T Reff=0,74 o 7-Tage-Inzidenzen ▪ In den letzten 3 Tagen deutlicher Rückgang in allen BL, auch in SN, TH, dennoch ist in SN und TH noch keine Abflachung der Inzidenzkurve in Sicht ▪ 4 LK >500/100.000, große Anzahl von LK (>300) >100/100.000, vereinzelt (3-4) LK mit <25/100.000 ▪ Inzidenz nach Altersgruppen: in SN und TH hohe Inzidenz bei 50-59-jährigen, bei 60-69- und 70-79-jährigen niedriger, weiterhin hoch bei 80+-jährigen, vor allem in HE, SN, TH ▪ BZgA weist auf Berufspendler in östlichen Grenzgebieten hin, die Altersverteilung ggf. erklären könnten, nähere Information zu Demografie der Altersgruppe 50-60 könnten sind noch nicht verfügbar/ ausgewertet ▪ Im Wochenvergleich: Rückgang gemeldeter Fallzahlen auch aufgrund von vermindertem Meldeaufkommen o Meldedaten zwischen den Feiertagen ▪ Während der Feiertage gibt es generell eine verminderte Meldeaktivität die nicht der realen Lage entsprechen, dafür sind es relativ hohe Werte ▪ Manche Kreise übermitteln aktuell nicht/kaum, z.B. hat Dahme-Spree-Kreis am 23.12. zum letzten Mal Fälle übermittelt ▪ Skepsis ist geboten, evtl. kein reeller Fallzahlrückgang, Meldedaten erst im Januar interpretierbar ▪ Der Hinweis auf vorsichtige Dateninterpretation im Dashboard soll weiterhin über den Jahreswechsel aufrechterhalten werden ▪ In vielen Ämtern aktuell nur/maximal Notbesetzung ▪ Außerdem verändertes Testverhalten (mehr als Kapazität), dieser Begriff sollte auch für Disclaimer genutzt werden ▪ Ab dem 04.01.2021 müssen Rückstände aufgearbeitet und aufgeholt werden → muss beobachtet und dementsprechend angepasst werden	AL3 Alle

	o Welches sind die aktuell aussagekräftigen Parameter? ▪ Realistisches Bild aktueller Lage schwer zu erhalten ▪ Verlässlichere Daten eher aus ICOSARI, Todesfallzahlen ▪ Schlechte Beurteilbarkeit von Testverhalten, Fallzahlen, Positivraten; Testverhalten und -kapazitäten sind nicht auf normalem Level ▪ Für alle Erhebungselemente steht aktuell weniger Personal zur Verfügung ▪ Bei AG Influenza gibt es um den Jahreswechsel immer einen Knick nach unten da weniger Arztbesuche und Probennahme ▪ Schwere Fälle landen dennoch im KKH, sehr schwere auf der ITS ▪ Von DIVI sind gute ITS-Zahlen verfügbar, diese steigen in manchen BL steil an (s.u. klinisches Management) o Kanzlerin trifft sich im Januar mit MinPräs, RKI wird um Einschätzung gebeten werden, Text hierfür muss vorbereitet werden bis Montagabend/Dienstagmorgen *ToDo: AL3 informiert LZ und Dashboard verantwortliche über Erhaltung des Hinweises auf vorsichtige Interpretation der Meldedaten zwischen den Feiertagen* *ToDo: Textvorbereitung zur Einschätzung der aktuellen Lage, inklusive möglicher/nicht möglicher Interpretation der verfügbaren Daten (AL3?) [Aufgaben ID 2480]*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** **CWA** • BMG dränt zu Evaluation der CWA, heute Treffen in kleinem Kreise um die komplexen Anforderungen hierbei zu besprechen • Ursprünglich war geplant, alle CWA-Nutzenden mit roter Risikoexposition-Warnung zu bitten an einer online Befragung teilzunehmen, diese sollte auf RKI Voxco System laufen, jedoch ist die Anzahl dieser sehr hoch und das System nicht hierfür ausgerichtet, außerdem besteht die Möglichkeit einer Reidentifikation der an der Befragung TN • Daraufhin wurde das Konzept in den letzten Tagen erneut überprüft, Fachgesellschaften (DGepi und andere) wurden um Input Gebeten und SAP hat zu einem Brainstorming eingeladen **DEA** • Aufgrund von Ausfällen, wegen der Personen sich nicht registrieren konnten, wurde kurz vor Weinachten eine DEA Eskalationshotline eingerichtet	FG21

	• Die Systeme der Bundesdruckerei waren nicht klar und insbesondere gab es große Problem beim plötzlichen Einreisestopp aus UK • Nach wie vor gibt es keinen Vertrag, die administrativen Abläufe sind nicht einfach und der gewünschte Leistungskatalog unklar	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• Reger Verkehr in der Telefonberatung über die Feiertage
	  o Logistische Fragen zum Impfstoff, wie komme ich da ran
	  o Fragen zu Indikationen und Kontraindikationen der Impfung auch für Personen in Pflegeeinrichtungen, hier besteht Kommunikationsbedarf
	• Außerdem anlassbezogene Aktualisierung der Seite Übergewicht und Essstörungen
	• Impfkampagne startet heute, Plakate und Informationen sind jetzt über diverse Kanäle verfügbar
	
	Presse
	• Einige Anfragen zum Impfquotenmonitoring
	  o Journalisten/Datenjournalisten wollen maschinenlesbare Excel Tabellen
	  o Anfrage von einer Klinik, die wissen wollte, wie sie ihre Impfzahlen eingeben können, dies wurde mithilfe von [redacted] geklärt (müssen sich an BL wenden um Zugang zum Portal zu erhalten)
	  o Heute sollen erste Daten (absolute Impfzahlen) auf der RKI-Seite veröffentlicht werden, eine Twittermeldung folgt
	• Anfragen zur neuen SARS-CoV-2-Variante halten sich in Grenzen, 1-2 Anfragen wie häufig sequenziert wird, hierzu gibt es eine Sprachregelung und Verweis an andere Labore, die sequenzieren
		BZgA
		
		Presse

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Mögliche neue BMG Rechtsverordnung** • BMG überlegt Rechts-VO zu erlassen, nach der alle SARS-CoV-2-Sequenzen in Deutschland dem RKI zugeleitet werden • Hierzu wird von Abt 1 und 3 ein Bericht vorbereitet, Motto: integrierte molekulare Surveillance (IMS) am RKI sollte weitergetrieben werden, eine automatisierte Übermittlung von Sequenzen an RKI ist wünschenswert, bei PCR-positiven Proben besteht routinemäßige Übermittlung, Sentinel-Surveillance und Untersuchung im Rahmen von Ausbrüchen sind darin erwähnt • Wieviel % der positiven Proben sollten sequenziert werden? o In UK bis zu 10%, in anderen Ländern 5%, in GB besteht das intensivste Sequenzierprogramm	VPräs/alle

	o 10% von 30.000 Fällen/Tag wären schwierig, wir können nicht mit GB-Ressourcen mithalten o Was ist das Ziel? Um seltene Varianten zu finden ist eine hohe Samplingdichte notwendig, wenn nur ein grober Überblick gewünscht ist, weniger o Durch aktuell stark schwankende Zahlen ist ein %-Anteil ggf. nicht sinnvoll und für die Planbarkeit wäre eine absolute Zahl einfacher, dies kann aber auch zukünftig weiterentwickelt werden o Die Presse wird eine %-Angabe wollen, lieber nicht zu hoch um realistisch zu bleiben, 5% sollten angestrebt werden, darüber hinaus besteht das Instrument der Untersuchung im Rahmen von Ausbrüchen → wenn eine Situation epidemiologisch auffällig ist, wird Sensitivität erhöht • Meldeinhalte Sequenzierung o Bei molekularer Surveillance von Antibiotikaresistenzen wurde sichtbar, dass gute Begleitinformationen entscheidend sind, dies wäre auch hier wichtig o Im Bericht fürs BMG werden Minimalinformationen erwähnt, aber noch nicht abschließend definiert o [redacted] zirkuliert interessante/notwendige Metadaten aus ARS o Alle Isolate sollten einen Link zu den Meldedaten haben, die epidemiologische Informationen enthalten, mit der verpflichtenden elektronischen Labormeldung ab 01.01.2021 und DEMIS sollte dies umsetzbar sein • Es werden noch viele Details geklärt werden müssen, wenn die VO kommt **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** **Überarbeitete Entlasskriterien** • Überarbeitete Entlasskriterien sind noch nicht veröffentlicht • Grafik von IBBS ist fertig, heute wurde kommentierter Text von AL1 an IBBS geschickt • IBBS hat außer kleiner Schreibfehler keine Anmerkungen zum Begleittext mehr, Dokument geht nach Krisenstab zurück an AL1, und kann dann an webmaster zur Veröffentlichung gehen	AL1/IBBS
8	**Update Impfung (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Es wurden 54 Proben aus Dresden und Gießen analysiert, davon waren in der PCR 7 Proben S-negativ und E-positiv, diese Proben werden aktuell sequenziert	ZBS1 FG17

	• FG17: aus AGI Sentinel gab es letzte Woche 213 Proben, hiervon waren 11% SARS-CoV-2-positiv, 28% Rhinoviren, es gab keine Influenza oder andere respiratorischen Viren
	• In welchem Umfang erhält das KL Proben? Ggf. gibt es auf deren Internetseite Informationen oder Publikation hierzu, es wäre jedoch gut, dies in ein gemeinsames System zu integrieren
	• Integrierte molekulare Surveillance (IMS)
	  o Hierzu wurde heute eine Aufgabe verteilt, FF MF4 in Absprache mit MF1, FG17, FG36, Abstimmung/Schnittstellen- und Ablaufdefinition
	  o Bis dies durch die Gruppe definiert und formuliert wird kann ein Link zum KL auf RKI-Webseite eingestellt werden
	• Sequenzierung/besondere SARS-CoV-2-Varianten
	  o Aufgrund der GB und Südafrikavariante wurden in Rücksprache mit MF1, MF4, und P3 Proben analysiert: 40 aus IMS 60 aus AGI Sentinel
	  o Dies ist keine Primärdiagnostik, sondern Sequenzieranfragen
	  o Von denen, die sequenziert wurden, gab es 1 IMS-Probe aus NW deren Sequenz der der britischen Linie 117 entspricht, Probe wurde am 07.12.2020 genommen und kommt aus einer Region unweit der holländischen Grenze
	  o Die anderen Proben gehören einer anderen Variante an
	  o Proben aus Sachsen wurden noch nicht final sequenziert, dies erfolgt in den kommenden Tagen
	  o Hierbei handelt es sich um Zufallssampling, weswegen nicht über eine Ausbreitung geschlussfolgert werden kann
	  o FG17 würde die Sequenz gerne in GISAID hochladen, wann kann dies erfolgen?
	  o Es muss sichergestellt werden, dass sowohl GA als auch Landesbehörde die Info über die besondere Variante haben, bevor Daten auf GISAID kommen, diese müssen informiert sein, bevor es möglicherweise an die Presse kommt, danach kann dies hochgeladen werden
	  o Am besten Labor telefonisch vorwarnen mit Hinweis der notwendigen Meldung an GA, AL3 kümmert sich um informieren der Landesbehörde
	  o Anpassung Text auf RKI Webseite notwendig, hier wird aktuell nur Fall aus BW genannt, nicht Fall aus Hannover, wenn dies hochgeladen wird muss Text angepasst werden, [redacted] bereitet Textvorschlag vor
	• Influenzanachweise so niedrig/ausbleibend, warum? Durchimpfungsrate oder MNB?
	  o Anzahl der Influenza-Impfdosen ist generell begrenzt
	  o Selbst wenn Impfabdeckung jetzt höher ist als letztes Jahr ist sie weit von einer möglichen Herdenimmunität entfernt → unwahrscheinlich, dass dies maßgebliche Auswirkungen hat
	  o Grippewelle beginnt auch oft erst im Januar, noch ist nicht davon auszugehen, dass die Epidemie diese Saison ausfällt
		Alle

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**
	Vorstellung ITS-Kapazitäten Prognosemodell SPoCK-
	• Zwei neue Dokumente online
	  o Therapieempfehlungen STAKOB: Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie und
	  o Bewertung der medikamentösen Therapie bei COVID-19 durch die Fachgruppe COVRIIN
	• Empfehlungen zu strategischer Patientenverlegung in Arbeit(?)
		IBBS

	Intensivregister
	• Blick auf DIVI-Intensivregister mit Anteil PatientInnen, Gesamtzahl Intensivbetten, Gesamtzahl freier Intensivbetten
	  o Bei Gesamtzahl freier Betten sind ≥15% wünschenswert (Pufferfunktion): BE und HE liegen darunter, BY, BW, NW sind knapp auf dem Weg dorthin
	  o Öffentlich verfügbare Informationen hier, darüber hinaus sind auch mehr Details verfügbar
	  o Meldungen zur Anzahl der in IST-behandelter Fälle sind stark ansteigend, es gibt einen starken Einbruch der Anzahl von freien Betten und Notfallreserven sowie von „high care“ Betten (invasive Beatmung), aktuell benötigen COVID-19-Fälle fast 50%, 30% mit nicht-invasiver Beatmung
		MF4

	Prognosemodelle SPoCK (Folien hier)
	• Viele beteiligte Akteure, u.a. DLR, Uniklinikum Freiburg, usw.
	• Projekt beinhaltet zwei Aktivitäten, 1. Prognosemodellierung (hier vorgestellt) und 2. interaktive Web-Plattform (hier nicht vorgestellt)
	• Prognosemodellierung
	  o Infektionsverlauf bestimmt ITS-Fallzahlen
	  o Anhand (1) geschätzter realer Entwicklung und (2) prognostizierter Infektionszahlen wird unter (3) Berücksichtigung der bisherigen Entwicklung der Anzahl von ITS-Fällen die COVID-19-IST-Belegung prognostiziert
	  o (1. Illustrationskurve in grün ist beispielhaft und repräsentiert nicht reelle Daten!)
	• Ergebnisse
	  o In Grafiken sind unten COVID-19-ITS-Fälle und oben die entsprechenden Kapazitätsgrenzen, der Bereich dazwischen zeigt freie ITS-Betten und freie COVID-19-spezifische Betten
	  o Letztere werden seit 1-2 Wochen im Register erfasst, die entsprechenden Isolationsbereiche können bei Bedarf ggf. erweitert werden
	  o Die Prognose für verschiedene BL, z.B. BW, BE, beinhaltet noch viel Unsicherheit, in BB hohe Belastung und geringer Anteil freier COVID-19-Betten, HE muss beobachtet werden, MV, NI, RP stabiler, für SN und TH bestätigt sich auch hier eine angespannte Lage
	  o Prognosen sind auch noch detaillierter auf Stadtkreisebene verfügbar, beispielhaft sind einige Städte dargestellt
		MF4

	o 62% der Kliniken geben an, an Grenze zu gelangen, vor allem aufgrund von Personalmangel • Intensivregisterdatengruppe ist im Austausch mit diversen Gruppen, diverse Modellierer arbeiten an solcherart Modellen, Partner IMBI Freiburg ist in Modellierungshub stark vertreten, in dem auch RKI seit März dabei ist, [redacted] und [redacted] sind in Kontakt mit Hub/Kollegen • Das Modell existiert seit Mitte November und ist noch nicht beschrieben und veröffentlicht, die Freiburger Kollegen arbeiten an einer Publikation • Die zugrundeliegende Berechnung ist einsehbar jedoch zum Teil sehr statistisch beschrieben • Zur Qualitätssicherung werden rückwirkende Prognosen durchgeführt welche eine gute Performance suggerieren, es erfolgt eine permanente Überwachung und Überprüfung	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 30.12.2020, 11:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*30.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(diese Woche Mittwoch)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	 ZIG1 AL3 FG36 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	• Testzahlenerfassung für Lagebericht, s. Word-Dokument „Für Lagebericht 30.12.2020_final“ (zu diskutierender Abschnitt ist markiert) • ARS-Daten	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (diese Woche Mittwoch)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (diese Woche Mittwoch)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • **05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 04.01.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.12.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** • Internationale Lage (Folien hier) o **Fälle, Ausbreitung**: Stand 29.12.2020 > 80 Mio. Fälle und > 1.7 Mio. Todesfälle (2.2 %), Top 10 Länder: USA; Brasilien, GB, Russland, Indien, Deutschland, Türkei, Italien, Kolumbien, Südafrika; Indien nun auf Platz 5 statt 7, Südafrika anstelle Frankreichs nun in den Top 10; Datengrundlage hier WHO (feiertagsbedingte Verschiebungen der ECDC-Daten); o **WHO Epidemiological update**, Stand 29.12.2020 (Vergleich Vorwoche): insgesamt Rückgang neuer COVID-19-Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 8 %, aber aufgrund der Feiertage laut WHO Meldeverzögerungen; ▪ **Region Amerika**: erneut größter Anteil neuer COVID-19-Fälle (> 2,3 Mio. neue Fälle; 50 % weltweiter Fälle); Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 15 % bzw. 3 %; USA 68 % neuer Fälle in der Region; meiste neue (Todes)Fälle: USA, Brasilien, Kolumbien, Mexiko; ▪ **Region Europa**: meiste neue Todesfälle (36.286; 46 %) > 1,5 Mio. neue Fälle = weiterhin hoch; Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 12 % bzw. 15 %; meiste neue (Todes)Fälle: GB, Nordirland, Russland, Deutschland; ▪ **Region Afrika**: größter relativer Anstieg neuer Fälle (27 %) und Todesfälle (34 %); Neuerkrankungen und Todesfälle im Vergleich zu anderen Regionen niedrig; Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 20 % bzw. 37 %; meiste neue (Todes)Fälle: Südafrika, Nigeria, Algerien, Namibia, DRC; ▪ **Region Westpazifik**: steigende Trends; Anstieg neuer Fälle bzw. Todesfälle um 13 % bzw. 4 %; meiste neue (Todes)Fälle: Japan, Malaysia, Philippinen, Südkorea; ▪ **Regionen Südostasien und Östliches Mittelmeer**: Rückgang der Fälle und Todesfälle; SOA: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 6 % bzw. 1 %; meiste neue (Todes)Fälle: Indien, Indonesien, Bangladesch; ÖMM: Rückgang neuer Fälle bzw. Todesfälle um 9 % bzw. 10 %; meiste neue (Todes)Fälle: Iran, Marokko, Pakistan, Tunesien; o Update Neue SARS-CoV-2-Varianten ▪ **VOC 202012/01** (UK): mind. 3.000 Fälle in UK; weitere Fälle in Europa und weltweit; ▪ Neuer technischer Report PHE: vorläufige Ergebnisse der Kohortenstudie → kein statistisch signifikanter Unterschied in Hospitalisierung, 28-Tage-Todesrate oder Wahrscheinlichkeit einer Reinfektion;	ZIG1 [redacted]

- **501.V2** (Südafrika): stark verbreitet, >90 % der Sequenzen seit 16.11.; erste Entdeckungen außerhalb SA, u.a. in GB und Finnland;
- Vorläufige Analysen → neue Varianten erhöhte Übertragbarkeit, jedoch bislang keine erhöhte Infektionsschwere oder –mortalität festgestellt; Einfluss auf entwickelte Impfstoffe weiterhin unklar

o Diskussion
- Sehr hohe CFR (Folie 1) von Deutschland ggü. bspw. GB (2,74 *versus* 1,28 %): vermutlich Rechenfehler, wird überarbeitet, im Situation Report der WHO für D 29.778 Todesfälle und 1.640.858 Fälle → CFR ca. 1,8 % https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---29-december-2020
- Aktualisierter Bericht von PHE: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/948152/Technical_Briefing_VOC202012-2_Briefing_2_FINAL.pdf
- Link zu internationalen Daten → Todesfälle *versus* Bevölkerungszahl als „transparentestes" Maß der Surveillance- und anderen Mechanismen: hier Zahlen für USA, UK und Italien ca. 4x so hoch wie für Deutschland

To Do1: Bitte an [redacted], den Neuen technischen Report PHE zu zirkulieren.
To Do2: Bitte um Korrektur der CFR Folie 1.

National

- **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier)
  - SurvNet übermittelt: 1.687.185 (+22.459), davon 32.107 (1.9 %) Todesfälle (+1.129), 7-Tage-Inzidenz 141/100.000 Einw. → gestern erhebliche Anzahl neuer Meldungen, bei Interpretation der Daten sind die verringerte Anzahl an Arztbesuchen, Meldungen und Übermittlungen bzw. Verschiebungen bei Tests etc. aufgrund der Feiertage zu berücksichtigen;
  - 4-Tage-R=0.54, 7-Tage-R=0.68: Reproduktionszahlen deutlich unter 1, müssen mit Vorsicht interpretiert werden;
  - ITS: 5.649 (+52), invasiv beatmet: 3.071 (+54): weiter angestiegen, Kapazitäten regional am Limit (nicht nur ITS-, sondern auch allgemeine Bettenbelegung), Lage spannt sich weiter an, wenngleich Fallzahlen scheinbar rückgängig;
  - 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum:
    - Sachsen weiterhin höchste Inzidenz aber deutliche Abnahme, ebenso für Thüringen;
    - Bayern und BB etwas über Bundesdurchschnitt;
    - Unter den Ländern mit niedrigster Inzidenz verzeichnen Bremen und Meckl.-Vorpomm. wieder leichte Anstiege, vermutlich nachmeldungsbedingt;
    - Insgesamt keine reale Einschätzung des Rückgangs möglich;

Abt. 3
[redacted]

	o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 690, trotz geringerer Meldeaktivität weiterhin ▪ 21 LK > 25-50, ▪ 100 LK > 50-100, ▪ 253 LK > 100-250, ▪ 34 LK > 250-500 und ▪ 3 LK > 500-1000; o 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche: durch Winterpause in Schule und Kindergarten Inzidenz in AG 5-14 J (dunkelblau) bereits seit ca. KW 50 rückläufig; AG 60-79 J (gelb) deutlich niedriger als 35-59 J (hellblau) und 15-34 J (grün); AG 80+ mit höchster Inzidenz von > 350 Fälle/100.000 Einw. → in dieser AG relativ geringster Rückgang im Vergleich zu anderen AG; o Darstellung der gemeldeten COVID-19 Fälle nach Infektionsumfeld (Fälle aus Ausbrüchen mit ≥ 2Fällen): Umfelder Alten- und Pflegeheim und private HH dominieren; o COVID-19-Fälle nach Zugehörigkeit zu einer Einrichtung und Meldewoche: spiegelt ebenfalls wieder, dass Fälle bei in Einrichtungen betreuten Personen den größten Anteil am Geschehen haben; o Meldedaten Feiertage (Exceltabelle, nicht Bestandteil der Folien): ▪ Zwischen 24.12. und 30.12. Anteil übermittelnder Gesundheitsämter deutlich von Durchschnitt der Vorwochen(n) gesunken (Abfall von ca. 95 auf ca. 85 %) ▪ Gesundheitsamt Korbach letzte Meldung vom 20.12., Luckenwalde 21.12. (Stand 24.12.), Verspätung außerhalb des gesetzlichen Rahmens von zwei Tagen (Meldung bis jeweils nächsten Arbeitstag zzgl. 1 Tag zur Übermittlung via Landesstellen); ▪ Auswirkungen siehe Dashboard am Bsp. LK Teltow-Fläming: einige Tage wenig, in letzten 2 Tagen vergleichsweise hohe Aktivität („Nivellierung des Gaps“) → Rückgang der Fallzahlen somit höchstwahrscheinlich real nicht so ausgeprägt, somit jedoch erschwerte Fallzahlinterpretation und Einschätzung der Beeinflussung der realen Inzidenz, auch in Vorbereitung auf Sprachregelung zum 04.01.2021	
	• **Syndromische Surveillance** (Folien hier) o GrippeWeb bis zur KW 52: ARE-Rate deutlich unter der der Vorjahre, derzeit zusätzlicher Abfall, vermutlich bedingt durch Kontaktbeschränkung vor Weihnachten; o ARE-Konsultationen bis zur 52. KW: feiertagsbedingter Einbruch der Konsultationsinzidenz wie in den Vorjahren; o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle bis zur 51. KW: Anzahl SARI-Fälle in AG der < 15-Jährige (v.a. der < 4-Jährigen deutlich) unter der der Vorjahre; in AG 15-59-Jährigen vergleichbar mit denen der Vorjahre und derzeit	FG36 [redacted]

	relativ stabil; in AG der > 60-Jährigen jedoch aktuell weiterhin deutlicher Anstieg; o Ausschnitt für AG ab 80 Jahre: in 50. KW deutlicher Sprung in der Anzahl der SARI-Fälle, möglicherweise zusammenhängend mit Teststrategie (AG-Schnelltests); in 51. KW leichter Rückgang, auch hier ist die Ursächlichkeit nur schwer interpretierbar; o Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW: „Lockdown light“ KW 45, seit KW 46 relativ stabil bei ca. 60 %, in KW 50 Sprung auf 68 %, in KW 51 (Lockdown) stabil bei 66 %; o Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis 51. KW nach AG: AG 15-34 Jahre und 35-59 Jahre seit KW 45 relativ stabil, AG 60+ noch nicht deutlich stabilisiert; tendenziell eher weiterer Anstieg; Sprung in KW 50 in den AG ab 35 Jahre (eventuell durch verstärkten Einsatz von Schnelltests); o COVID-SARI-Fälle bis KW 51 – Absolute Anzahl der COVID-19-Fälle mit SARI, alle Fälle, inkl. Liegende (vorläufige Diagnosen, noch nicht vollständig): weiterer Anstieg in AG 60-79, leichter Rückgang in AG 80+ (Daten von noch liegenden Fällen, eher unvollständiger); AG 15-34 und 35-59 Jahre relativ stabil seit KW 45 (ggf. Einfluss des Lockdowns ersichtlich); insgesamt ist das Bild aber ähnlich wie bei den eingeschränkten Daten, allerdings haben in dieser Darstellung (alle Fälle) die Fälle aus der Altersgruppe 35-59 Jahre weniger Gewicht, in hohen AG weiterhin recht viel Bewegung; o Diskussion: ▪ Vorsicht bei einer Interpretation bezgl. Maßnahmen; ▪ Bitte an alle um Bewertung und Einschätzung ihrer Daten hinsichtlich der Notwendigkeit einer Sprachfähigkeit ab dem 04.01.	
	• **Testkapazität und Testungen** **Testzahlerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote: KW 51 ca. 1.5 Mio. Tests, KW 52 ca. 1 Mio. Tests: starker Rückgang; o Positivenanteil knapp 13 %, somit um 1.5 % höher als Vorwoche; o Auslastung der Kapazitäten: deutlich niedriger als in Vorwoche, vermutlich da viele Praxen geschlossen und Arztbesuch nur bei ernsthafter Erkrankung → Testung vermutlich vermehrt schwererer Fälle, somit vermutlich ursächlich der höheren Positivenanteile; o Probenrückstau geringer als in Vorwoche, jedoch insgesamt weiterhin recht niedrig; o Formulierung im Lagebericht wurde angepasst mit der Bitte um Konsentierung; gute Formulierung in den Disclaimern, die verwendet werden soll: „In KW52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests erfasst. Es ist zu vermuten, dass dies mit Schließungen vieler Arztpraxen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist	Abt. 3 [redacted]

	auch anzunehmen, dass weniger erkrankte Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben als in den Vorwochen. Dies könnte sich entsprechend auf die Meldedaten auswirken.“ o Diskussion: o Verzerrungsfaktoren und Interpretationserschwernis aufgrund der Feiertage u.a. durch: ▪ Zusätzliche Tests in Vorbereitung auf Weihnachtstage, ▪ Viele Tests in Pflegeeinrichtungen, ▪ Praxis-/Laborschließung, ▪ Übermittlungsaussetzer, ▪ Interpretation laufender Daten durch erneute Feiertage zusätzlich eingeschränkt; o Dies sollte ebenfalls frühzeitig eingeordnet und kommuniziert werden; o Anfang kommender Woche erschwerte Einschätzung zu Effekt des Lockdowns und der Feiertage, vermutlich eher zu Wochenmitte bzw. Folgewoche mit reelleren Zahlen; o Ungeachtet dieser Erschwernis muss zum 04.01. eine Einschätzung der Meldedaten gegeben werden können, die durch Daten aus Hotspots, zu Todesfällen und ITS-Belegung untermauert werden können und eine Sprachregelung vorhanden sein für den Beschluss zum 05.01. für die weitere Vorgehensweise ab dem 10.01.	FG36 [redacted] FG34 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile (Folien hier) o Testzahlrückgang: KW 51 ca. 600.000 Tests, derzeit ca. 460.000 Tests (Abnahme um ca. 1/3); o Folie 1: leichte Zunahme des Anteils positiver Testungen im Vergleich zur Vorwoche; o Folie 2: Stratifiziert nach Bundesland: weitere Anstiege in BB, Sachsen, Sachsen-Anhalt und vor allem in Thüringen (hier insgesamt jedoch weniger Tests, starker Anstieg muss kommende Woche überprüft werden, da Meldedaten aus Thüringen derzeit nicht einen so hohen Positivenanteil aus Thüringen widerspiegeln); o Folie 3: Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG zeigt in allen AG deutlichen Rückgang, Anzahl der Tests bei den 0-15-Jährigen hat sich nahezu halbiert, in höheren AG Rückgang etwas geringer, erschwert insgesamt die Interpretation der Positivenanteile nach AG, diese zeigen bis auf AG 80+ eine relativ parallele Entwicklung, leicht steigender Trend ggf. bedingt durch „spezifischere“ Testkriterien; o Folie 4: Anteil der positiven Testungen von allen Testungen pro KW nach Organisationstyp: starker Rückgang der Anzahl der Testungen bei Arztpraxen (nahezu halbiert, siehe Kreisflächen), weiterhin jedoch steigender Positivenanteil (gestrichelte Kurve), der den allgemein steigenden Trend der Positivenanteile bedingen können; o Folie 5: Testverzug: kein deutlicher Zuwachs der Anzahl der Verzugstage, deutlicher Rückgang der Testungen hier somit ebenfalls sichtbar;	FG37 [redacted]

	To Do: Bitte um Ergänzung der Grafik Folie 5 um eine Linie zum durchschnittlichen Meldeverzug in Tagen	
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Keine Beiträge	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Vorbereitung von Informationsmaterial zu Impfungen bzw. Risikokommunikation zusammen mit dem Steuerungskreis • Rückmeldungen aus der Bevölkerung bei Telefonberatung – Kernthemen: 1) Technische Fragen zur Impfung (bspw. bei antikoagulativ behandelten Personen) 2) Fragen zur Impfmöglichkeit/-notwendigkeit von positiv getesteten oder symptomatischen Personen → hierzu siehe StIKo-Empfehlungen sowie FAQs unter https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html;jsessionid=515754248AABBD3567D1A5C3BFB9FE5B.internet051 → allgemeinverständliche Aufbereitung dieser Empfehlungen ist empfehlenswert; 3) Fragen zu Maßnahmen bei Rückkehr aus Heimatländern: o Sollte kommunikativ aufgegriffen werden; o Bitte auch um Informationsverbreitung über Auswärtiges Amt bzw. die Botschaften; o Es soll allgemeinen Hinweis auf die generell geltenden Vorschriften sowie ein Verweis auf die lokalen Behörden geben (hierzu: Bundesregierungs-Seite mit Verweisen auf die Länderseiten, Link leitet [redacted] an [redacted] weiter); o Generell: Quarantäne 10 Tage, bei negativem Test 5 Tage; o Hinweis auf den Entwurf einer neuen Verordnung zu Informationsweitergabe per SMS an Einreisende aus Risikogebieten (noch nicht aktiv); o Merkblätter von Beförderern (Bahn, Flugzeug); o Größte Hürde sind mit dem Auto Einreisende, BMI rechnet mit einer Anzahl im niedrigen sechsstelligen Bereich, Grenzkontrollstellen Österreich eine Möglichkeit der Informationsverteilung; o Kommunikative Berücksichtigung auch anderer Gruppen, die mit Rückkehrern assoziiert (bspw. Arbeitgeber). **Presse** • Kein Beitrag aufgrund der zeitgleichen Bundespressekonferenz unter Mitwirkung des RKI und des PEI	BZgA [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente/weitere Studien** Empfehlung zu geimpften *versus* genesenen KP1 (v.a. med. Personal) • Gesonderte Empfehlung zu dem Umgang mit geimpften KP1 bei medizinischem Personal ggf. sinnvoll aufgrund dessen Kontakt zu vulnerablen Gruppen – davon ausgehend, dass die Impfung nicht vor Erregerübertragung schützt; • Papier zum KP-Management war hinsichtlich med. Personals bewusst nicht spezifiziert worden, jegliche Anpassungen des KP-Management-Papiers gelten somit auch für med. Personal; • Im Dokument „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ (Federführung FG37) findet sich ein Passus zum Umgang mit molekularbiol. diagnostiziertem med. Personal nach durchgemachter Infektion (Teilimmunität vorhanden, keine Quarantäne nötig, Selbstmonitoring, bei Auftreten erster Symptome Selbstisolation & Test); • Überarbeitung dieses und des KP-Management-Dokuments hinsichtlich Impfung nötig, zumal dazu bereits Nachfragen, sollte BMG zu Jahresbeginn vorgelegt werden mit Hinweis auf Veröffentlichungsabsicht am Folgetag; • Mögliche Optionen bei geimpftem med. Personal: Quarantäneverzicht wie bei Genesenen mit Diagnostik bei Auftreten von Symptomen (hier jedoch aufgrund der Impfung höchst unwahrscheinlich), Hinweis auf Personenschutz, Selbstmonitoring (auch hinsichtlich allgemeinem Übertragungsmonitoring nach Impfung sinnvoll), regelmäßige Tests; • Geimpfte Personen sollten wie Genesene behandelt werden, da in beiden Fällen Erregerübertragung derzeit unklar (mit dem Unterschied, dass die Wahrscheinlichkeit des Ausbleibens von Symptomen bei Infektion von Geimpften höher als bei Reinfektion von Genesenen); • Eine Empfehlung von Selbsttests bei geimpften Personen bzw. geimpftem med. Personal daher derzeit nicht anzuraten, zumal dies Impfbereitschaft senken könnte (Anschein des Infragestellens der Zuverlässigkeit der Impfung, wenngleich anderer Hintergrund > die Übertragung, nicht Infektion); • Übertragungsverhinderung durch Impfungen generell ab 14 Tage nach zweiter Impfung sukzessiv abnehmend, jedoch dauerhaft reduzierte Ausscheidung → Maskenpflicht ist nach Impfung definitiv beizubehalten, da weiterhin Übertragungsrisiko. *To Do1: Bitte um Rücksprache mit Kolleg*innen im europäischen Ausland bezüglich Regelung Umgang mit geimpften KP1 bei med. Personal.*	FG37 [redacted] VPraes (Schaade) FG14 [redacted] FG36 [redacted] FG17 [redacted]

	To Do2: Bitte um Konsultation der Daten aus Zulassungsstudien der Impfstoffhersteller alsbald verfügbar, hierbei Bitte an [redacted] *um Rücksprache mit* [redacted]*.* *To Do3: Anschließend Bitte um Erstellung eines Änderungsentwurfs beider Dokumente („KP-Management" und „Ergänzende Grundsätze der med. Versorgung" – hierbei Bitte um Rücksprache mit FG14 im Vorfeld).*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	

9	**Labordiagnostik**
	NRZ Influenzaviren (Folien hier):
	• Derzeit deutlicher Rückgang der Einsendungen: KW 52 – 71 Proben, KW 53 – 19 Proben;
	• Weiterhin relativ hohe SARS-CoV-2-Nachweisraten von ca. 15 % in KW 52, bislang diese Woche ca. 5 %;
	• Kinetik: Lockdown scheint leichten Effekt auf Rhinoviren zu haben, Nachweisrate derzeit etwas rückläufig, jedoch nicht in dem Umfang des frühjährlichen Lockdowns;
	• Angesichts der derzeitigen Nachweisraten und Effekte sind – auch hinsichtlich der Sprachfähigkeit zum 04.01. – die Schutzmaßnahmen weiterhin zu befürworten, ggf. sogar eine Lockdown-Verlängerung bis zur erfolgten Impfung vulnerabler Gruppen und dem Rückgang der Todesfallzahlen;
	• Sequenzierung: diese Woche 30 Proben, befinden sich noch in Aufbereitung; Vorwoche: 1 Probe aus Viersen mit UK-Variante nachgewiesen.
	
	PCR-Ergebnisse – Hotspot-Proben
	• Analyse von 54 Proben aus Gießen und Dresden hinsichtlich neuer Variante unter Verwendung von 4 Referenzstrains;
	• Davon 7 Proben negativ in S-Gen-PCR = typisch für UK-Variante;
	• Für die Übertragbarkeit der UK-Variante entscheidende Mutation 501Y hier jedoch nicht nachgewiesen;
	• Mögliche Erklärungsansätze der S-Gen-PCR-Negativität:
	  o Spezifität der S-Gen-Negativität könnte variieren, diese als Proxy nur in bestimmtem Zeitfenster zu verwenden, möglicherweise andere Mutation;
	  o Abhängigkeit vom Primeransatz: in UK Taqman-Primer von ThermoFischer verwendet, die an der Deletionsstelle binden → Ausfall der PCR, wenn Deletion vorhanden (würden andere Primer verwendet, wäre dies nicht der Fall);
	  o Für Proben aus Dresden Primerkit von Thermo-Fischer verwendet → kann S-Gen-PCR-Negativität dieser Proben erklären;
	• In dieser Stichprobe aus den betroffenen Hotspots somit vorerst kein Nachweis der UK-Variante;
	• Veränderter Wirkmechanismus der in diesem Stichprobenumfang nachgewiesenen Mutation ist bislang nicht bekannt.
		FG17
		[redacted]
		
		ZBS1
		[redacted]

	Testzahlenerfassung für Lagebericht (Dokument hier, Abschnitt gelb markiert und unten eingefügt) • „In KW 52 wurden im Vergleich zu den Vorwochen deutlich weniger PCR-Tests durchgeführt. Es ist zu vermuten, dass dies zum Einen mit der Schließung vieler Arztpraxen, zum Anderen auch mit einer geringeren Frequenz von Arztbesuchen in den Feiertagswochen zu begründen ist. Daher ist auch anzunehmen, dass im Vergleich zu den Vorwochen eine geringere Anzahl von Personen mit leichter bis mittelschwerer Symptomatik und lediglich Personen mit deutlicher Symptomatik, während der Feiertage einen Arzt aufgesucht haben. Es ist anzunehmen, dass sich dies ~~Dies zeigt sich~~ in den geringeren Testzahlen und in der erhöhten Positivquote widerspiegelt." • Interpretation ist notwendig, jedoch vorsichtigere Formulierung in letztem Satz gewählt, da positive AG-Schnelltests, die per PCR bestätigt werden, ebenfalls ursächlich sein könnten – die Aufnahme dieser weiteren Begründung wird jedoch abgelehnt, da dies zu Spekulation verleiten könnte und diese „Bestätigungstests" vermutlich eine untergeordnete Rolle spielen (cave: Unterscheidung zwischen Schnelltest in Testzentren – vermutlich geringe Positivenrate – und Schnelltest in betreuten Einrichtungen – hierzu derzeit Abfrage laufend, vermutlich kein Ergebnis vor dem 04.01.)	Abt. 3 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dokument zu Entlasskriterien seit gestern online; • Voranfrage Thüringen zur überregionalen Verlegung von COVID-19-Normalpatienten (nicht-ITS), da Kapazitäten derzeit nahezu ausgeschöpft – Sitzung Steuerungsgremien dazu (Strategie Patientenverlegung).	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** Anfrage zum Umgang mit KP1 nach möglicher Reinfektion mit neuer UK-Variante • Derzeit allgemeingültige Umgangshinweise zu KP1 • Grundsätzlich keine Empfehlungsänderung zunächst unter der Annahme, dass sich diese neue Variante nicht anders verhält, bspw. hinsichtlich Infektionsbegünstigung; • Überprüfung nötig, bspw. als intensivierte Umgebungsuntersuchung, um Datengrundlage für umfassende Studie zu stellen; • Proben sollen als Diagnostikproben an ZBS1 geschickt werden.	FG36 [redacted] ZBS1 [redacted]
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** • Derzeit Reiseverbote UK und Südafrika, ab 01.01. Rückreise aus diesen Gebieten möglich sofern Meldung beim BMI erfolgt, Rechtsverordnung gilt bis zum 06.01.2021;	FG38 [redacted]

	• DEA (Digitale Einreiseanmeldung): 332 von 376 Gesundheitsämtern derzeit angeschlossen (88 %), ca. 13.000 Anmeldungen pro Tag, Tageshöchstwert bislang knapp 24.000; • Clearingstellen: derzeit ca. 600 Einträge pro Tag, die nicht *ad hoc* den Gesundheitsämtern zugeordnet werden können, Abarbeitung prospektiv über Unterauftragsvergabe seitens Bundesdruckerei möglich.	
14	**Information aus dem Lagezentrum** • Derzeit relativ gut tragbare Arbeitslast	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • 05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 04.01.2021, 13:00, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*04.01.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) • Einschätzung der aktuellen Lage in Vorbereitung der MPK am 5.1.2021	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 FG36
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Stufenplan Covid-19	BZgA [redacted] P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern**	Alle
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	• Up-date zur neuen Variante	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • 05.01.2020: Schalte Bundeskanzlerin und Regierungschefs	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 06.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*04.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA: [redacted]
- Bundeswehr: [redacted]
- BMG: [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **National** • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.775.513 (+9.847), davon 34.574 (1.9 %) Todesfälle (+302), 7-Tage-Inzidenz 139/100.000 Einw.; o 4-Tage-R= 0,95, 7-Tage-R= 0,85: Reproduktionszahlen leicht unter 1 o Impfmonitoring (neu): 238.809 geimpfte Personen o ITS: 5.762 (+36) nimmt leicht zu o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: ▪ hoch vor Weihnachten, letzten 2 Wochen gesunken, schwer interpretierbar. ▪ Sachsen und Thüringen mit höchster Inzidenz, aber sinkend, auffällig ist Brandenburg mit einem kleinen Anstieg an Sylvester ▪ Insgesamt keine reelle Einschätzung des Rückgangs möglich; o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Fälle/100.000 Einw.): Vogtlandkreis führend mit Inzidenz von ca. 631 ▪ 19 LK > 25-50, ▪ 101 LK > 50-100, ▪ 248 LK > 100-250, ▪ 42 LK > 250-500 und ▪ 2 LK > 500-1000; • Meldedaten Feiertage (Exceltabelle, nicht Bestandteil der Folien): Die grauen Balken geben den Anteil der Gesundheitsämter wieder, die an dem Tag übermittelt haben. Während der Feiertage bzw. Wochenenden haben 80% der Gesundheitsämter Daten übermittelt. Die täglich übermittelten Fallzahlen waren je Tag sehr unterschiedlich. Mit einem Meldeverzug von 1 Tag, ist dieser jedoch nicht größer geworden, auch mittels DEMIS wurden weniger Fälle vom Labor ans Gesundheitsamt übermittelt. Die geringeren Fallzahlen sind nicht auf den Meldeverzug zurückzuführen. • Diskussion: o Interessante Beobachtung in den ARS Daten, dass ein Rückgang von Testungen in allen Bundesländern, bis auf Brandenburg zu	FG32 [redacted] FG32 [redacted] Alle

	beobachten ist, daher geringerer Rückgang der Fallzahlen in Brandenburg. Die Testzahlen sollten mit den Meldungen verglichen werden, aktuell gibt es keinen signifikanten Verzug. • Beschluss des Krisenstabs: Die Disclaimer bleiben bis Ende der Woche bestehen.	
	• Besprechung des Initiativberichts „Bevölkerungsbezogene antiepidemische Maßnahmen nach dem 10. Januar 2021“ (ID 2480) o Darstellung des Anhangs zum Initiativbericht; beinhaltet kurze Erläuterung zu den vorhandenen Systemen und deren Einschätzung zu z.B. Meldeverzug während der Feiertage; ARE Konsultationen, Testzahlen usw. o Dank an alle die kurzfristig dazu beigetragen haben; o Anhang sollte stark gekürzt werden, dennoch ist wichtig die verschiedenen vorhandenen Systeme gut strukturiert darzustellen o Mehrere 100.000 Deutsche sind in den Feiertagen gereist; eine Einschränkung der Mobilität sollte als Maßnahme im Bericht erwähnt werden o Mittels GISAID sollte geprüft werden, ob die neue Variante aus Südafrika in Deutschland schon vorkommt. o Verschiedene Anmerkungen sollten in die Version von heute morgen eingearbeitet werden (TODO Al3 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr)	FG36 [redacted]
	• Hr. Wieler benötigt u.a. aktuelle Zahlen zu Schulen für die heutige Telefonkonferenz mit den Ministerpräsidenten der Länder um 17:00 Uhr. Entsprechende Zahlen wurden für den Krisenstab schon vorbereitet. [redacted] stellt in Absprache mit [redacted] weitere Daten bis heute 16:00 Uhr zusammen.	L. Wieler
	• Vorstellung Lageeinschätzung (Folien hier) o Beurteilung der Aussagekraft der Meldedaten; Mittlere Dauer zwischen Erkrankung und Meldung im Median 6 Tage; in den letzten Tagen etwas höher; Es wurden mehr Fälle gemeldet, die etwas länger krank waren. Nowcast deutet möglicherweise an, dass Fallzahlen zurück gehen; Bei den kumulativen Fallzahlen ist ein Rückgang zu beobachten, stratifiziert nach Altersgruppen weitgehende Stabilisierung auf etwas niedrigerem Niveau.	FG34 [redacted]

	• Vorstellung der Exzessmortalität (Folien hier) *TODO: Überarbeitung der ID 2480: FF Al3 in Absprache mit FG36, Deadline 4.1.2020 16:00 Uhr* *TODO: [redacted] erstellt in Absprache mit [redacted] Grafiken für Vortrag von Hr. Wieler am 4.1.2021 Deadline 16:00 Uhr* *TODO: Analyse der GISAID Daten, ob Variante aus Südafrika schon in Deutschland vorhanden ist.*	FG34 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Zur Erinnerung: die Internationale Lage wird Freitags vorgestellt	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nichts zu berichten	Alle

5	**Kommunikation**
	BZgA:
	• Vor den Feiertagen wurden Informationen für Reiserückkehrer erneut aktualisiert, Dokumente zum Verhalten im Lockdown veröffentlicht und prominent platziert. In der Telefonberatung gab es viele Fragen zu Impfungen und Beratung zu persönlichen Belastungen.
	Stufenplan (RKI):
	• Vorstellung eines Stufenplans (Folien hier und hier): inhaltliche Erarbeitung durch AL3, Kommentierung durch FG36 und grafische Aufbereitung durch P1
	  o Hintergrund des Stufenplans soll die Entlastung des Gesundheitssystems sein. Es wurden 5 Stufen anhand der 7-Tage-Inzidenz entwickelt, dies wurde mithilfe von Metaanalysen, Modellierungen und Literatur mit empfohlenen Maßnahmen je Stufe unterfüttert; Für die Einteilung der Maßnahmen in die Stufen wurden auch Stufenpläne anderer Länder verwendet (z.B. Irland).
	  o Diskussion: Es sollte ein Hinweis eingefügt werden, dass die angegebenen Werte nur Richtwerte sind und nicht durch Literatur belegt werden konnten, da viele der vorgeschlagenen Maßnahmen in der Literatur gleichzeitig angewendet wurden.
		BZgA [redacted]
		
		AL3 [redacted]

	o Regionale Begebenheiten sollten mitaufgenommen werden (z.B. Ausbrüche). o Nachfrage: Für wen ist dieses Dokument gedacht und wann sollte es finalisiert werden? Das Dokument ist für politische Entscheidungsträger gedacht und soll als Anhaltspunkt dienen welche Maßnahmen in welcher Situation durchgeführt werden sollten. o Vorschlag: eine Präambel einfügen und Szenarien für die Anwendung des Stufenplans beschreiben o Die Stufen mit ihren weitreichenden Maßnahmen sollten von der Epidemiologie (7-Tage Inzidenz Werte) entkoppelt werden. Bei der Nutzung von Inzidenzwerten, sollten die regionalen Werte der Kreise genutzt werden und nicht die RKI Werte o Stufenplan soll in Abstimmung mit dem BMG veröffentlicht werden, allerding sollte die Einteilung in Stufen auf Basis der Evidenz (durch Studien usw.) erfolgen. *TODO: Kommentierung des Stufenplans durch den Krisenstab und Überarbeitung des Stufenplans, vor der Abstimmung mit dem BMG. Deadline Ende Januar* **RKI Pressestelle:** • Die Impfzahlen werden nun vormittags veröffentlicht, aktuell erscheint zusätzlich zu den Zahlen auch eine Karte und eine Grafik zum Verlauf über die Zeit. • Der Text für die Internetseite zu der neuen Variante wurde überarbeitet, Abt1 und Abt.3 sollen die Überarbeitung prüfen. *TODO: Kommentierung des Textes der neuen Variante durch Abt.1 und Abt.3*	Pressestelle [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

10	**Labordiagnostik** **NRZ Influenzaviren** • Update zur neuen Variante: Es hat eine Intensivierung der Sequenzierung von Proben stattgefunden. Es wurden 60 Proben aus dem Dezember u.a. aus dem AGI Sentinel (aus Sachsen und Thüringen) untersucht. Bis jetzt konnte dort die neue Variante nicht nachgewiesen werden. Es ist geplant weitere Proben aus dem AGI Sentinel zu sequenzieren. Die Variante wurde in vielen europäischen Ländern gefunden, die Rolle ist allerdings noch unklar. • AGI Sentinel: über den Jahreswechsel trafen weniger Proben ein, allerdings ist der Anteil der pos. Proben von 8,6% auf 15,5% angestiegen. Die Probenanzahl hat sich von KW 51 auf KW 52 halbiert, bis auf Rhinoviren und SARS-CoV-2 wurden keine weiteren Viren gefunden. • FG17 hat eine RNA Probe der neuen Variante (UK) erhalten, sollte von der Probe noch Material vorhanden sein, bittet ZBS1 um einen Teil der Probe • FG17 berichtet darüber, dass sie eine Probe aus Dänemark (Nerz Variante) am 23.12 erhalten haben, die nun angezüchtet wird. **ZBS1** • in KW 53 wurden 909 Proben im Labor untersucht, davon waren 385(42,35 %) positiv • in KW 52 606, davon 315 (48,09 %) pos. • Aktuell werden viele Proben von bekannt positiven Fällen oder nach pos. Antigen-Schnelltest untersucht. • ZBS1 hat Proben aus Dresden und Geesthacht erhalten, davon wurden 10 Proben sequenziert. • Eine Übergabe der Untersuchung der Proben an FG17 ist geplant, dies wird noch in kleinerem Rahmen besprochen. • ZBS1 ist nun an DEMIS angebunden und übermittelt Daten seit der KW53 • Es treffen immer noch Proben aus der Studie COMO bundesweit ein, dazu sollen Absprachen mit Abt.2 [redacted] getroffen werden.	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Aktuell sollen bis zu 20 Patienten aus dem Kleeblatt Ost verlegt werden. Die Lage in den verschiedenen Kleeblattregionen ist angespannt. Eine Verlegung aus Grenzregionen ins Ausland soll jedoch erst nach Absprache erfolgen.	IBBS

	• IBBS möchte Südafrika mit Angeboten in der Telemedizin unterstützen, dies soll nochmals separat besprochen werden.	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o Grippe Web - Inzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner: ARE deutlich unter den Vorjahren und sinkend; während der Feiertage sind die ARE zurückgegangen; In KW49 leichter Anstieg, jedoch unter Vorjahresniveau; o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen: Anteil der 15-20-Jährige mit COVID-19 höher als in jüngeren AG o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Übermittlung von Ausbrüchen in KW52 und 53; Erkrankungsbeginn allerdings früher o Ausbrüche in Schulen ▪ Auch Schüler betroffen, Rückgang von Ausbrüchen zu beobachten, durch Schulschließungen weniger Aktivität; Schulöffnungen sollten nur mit Maßnahmen, die Übertragung in Schulen einschränken, erfolgen. • Mobilität während der Feiertage Dezember 2020 (Folien hier) o Lockdown hat Wirkung gezeigt, die Mobilität ist geringer als im Vorjahr (2019); Die Mobilität stieg vom 14.-16.12. an (Einkaufsverhalten vor hartem Lockdown), auch nach den Feiertagen hat die Mobilität wieder zugenommen, allerdings insgesamt niedriger als im Vorjahr. Am 3.1. war die Mobilität so niedrig wie zu Zeiten des 1. Lockdowns im Frühjahr 2020. Der 2. Lockdown hat sich bemerkbar gemacht;	FG36 [redacted] L. Wieler
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine**	Alle

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*06.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) •	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA [redacted] P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Beschlüsse vom5.1. und Auswirkung auf RKI Neue Varianten **b) RKI-intern**	Alle
7	**Dokumente** • Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management	Alle FG36

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Frage	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie • Frage: Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene? • Frage: Positive Reaktion in Screening tests von Geimpften (Bewertung?)	FG 37 [redacted] FG38
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: [redacted]	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 08.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*06.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]

- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.808.647 (+21.237), davon 36.537 Todesfälle (+1.019), 7-Tage-Inzidenz 127/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,61; 7-Tage-R=0,83: R-Wert deutlich unter 1 o Impfmonitoring: 316.962 (+44.563) geimpfte Personen o ITS: 5.678 (-66) ▪ leichter Rückgang, jedoch fast 37% versterben, keine Entwarnung, nach wie vor hoch o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Leichter Rückgang, aber alle BL auf hohem Niveau ▪ Höchste Inzidenzen in Sachsen und Thüringen, aber auch dort leichte Entspannung. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Kein Kreis mit Inzidenz > 500 ▪ 30 LK mit Inzidenz >250 - 500 Fälle ▪ nur 26 LK mit Inzidenz <= 50 o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ Höchste Inzidenzen bei >80 Jährigen, rückläufig auf hohem Niveau ▪ Niedrigste Inzidenzen bei 0-4 und 5-14 Jährigen o COVID-Fälle nach Infektionsumfeld ▪ In letzten Kalenderwochen viele Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen, mehr als in privaten Haushalten, weiterhin besorgniserregend. ▪ Liegt das evtl. daran, dass der Fokus der GA mehr auf Heimen und nicht auf Haushalten liegt? Nur bei einem kleinen Anteil der Fälle wird von GA ein Ausbruch angelegt, evtl. werden nicht alle Ausbrüche in privaten Haushalten in Software erfasst. ▪ In letzten Wochen gab es 800 aktive Ausbrüche in Altenheimen und trotzdem eine Untererfassung. ▪ Anmerkung der Leitung: Diese Darstellung sollte nur sehr vorsichtig verwendet werden, da sie häufig als Verteilung der Fälle gelesen und falsch verstanden wird. ▪ Abbildung wurde erstmalig in Epid.Bull. Artikel mit Hintergrundinformationen veröffentlicht und wird	FG32 [redacted]

	immer auch kommentiert, evtl. sollte ein Disclaimer auf Darstellung. o COVID-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In Woche 51 ca. 4.000 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Meldeverzug bei Sterbefällen eher länger als bei Meldungen: bei Übermittlung liegt Sterbedatum häufig 1-2 Wochen vor Meldung. o In einigen BL ist noch mit Nachmeldungen zu rechnen. Gründe? Keine technischen Gründe, Fallzahlentwicklung in Laufe der Zeit spricht für ausstehende Meldungen.	FG37
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ In KW 52 ist die Testzahl deutlich niedriger als in KW 51, in KW 53 nochmal deutlich niedriger. Positivenquote ist auf 16% in KW 53 gestiegen. o Auslastung der Kapazitäten ▪ In letzten beiden Wochen waren neben der Zahl der durchgeführten Tests auch die Testkapazitäten deutlich niedriger. o Kein nennenswerter Rückstau von Proben	Abt. 3 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Auch hier in 53.Woche deutlicher Rückgang der Testungen, auch in ARS Positivenanteil >16%. o Anteil nach Bundesland ▪ Herausragend sind Sachsen und Thüringen. Thüringen hat mit ca. 30% die höchste Positivenrate. o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Am häufigsten werden >=80 Jährige getestet. ▪ Auch der Positivenanteil ist in dieser Altersgruppe am höchsten. o Abnahmeort ▪ Anteil Abnahmeort Arztpraxen hat in letzten 2 Wochen abgenommen, im Verhältnis hat Anteil KH-Normalstation zugenommen. In Arztpraxen ist der Positivenanteil stark angestiegen auf >20% der Testungen, dies deutet auf starke Selektion hin. o Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ Thüringen > 2 Tage von Abnahme bis zum Test o Für Interpretation der letzten 2 Wochen muss noch abgewartet werden. o Wann sind Antigennachweise mit in diesen beiden Erfassungssystemen darstellbar? ▪ ARS kann diese Daten empfangen, jedoch nur Tests aus Laborinformationssystemen, keine point-of-care Tests. ▪ Voxco-Abfrage hierzu läuft, Daten können nächste Woche vorgestellt werden. Abfrage ist an Laborkoordinatoren der Länder gegangen.	FG37 [redacted]

	o Abnahmekapazitäten sind deutlich zurückgegangen, warum wurden trotz Krise so viele Arztpraxen über Weihnachten geschlossen? Funktionäre der kassenärztlichen Vereinigung scheinen die Krise nicht ernst genug zu nehmen. o Appell sollte sehr sensibel sein, manche Ärzte arbeiten viel mehr als vorher. o Wird von [redacted] und [redacted] in morgendlicher Runde im BMG kurz angesprochen und zur Diskussion gestellt. o Unklarheiten zu staatlichen vs. privaten Bestellungen von Antigentests sollen ebenfalls in Runde beim BMG miteingebracht werden.	
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o Bisher keine Hinweise auf saisonale Grippewelle. o ARE-Konsultationen ▪ Unter Niveau der Vorjahre, üblicher Einbruch in dieser Jahreszeit zu beobachten. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle bei >60 Jährigen etwas zurückgegangen, Stabilisierung auf hohem Niveau. ▪ Bei >80 Jährigen leichte Entspannung. Die Zahl der KH-Neuaufnahmen scheint zu sinken. Alle, die länger im KH liegen, werden hier nicht abgebildet. ▪ Anteil mit COVID an SARI-Fällen ist noch relativ hoch. ▪ Altersverteilung: Jüngere sind deutlich seltener betroffen als in den Vorjahren, da weder Influenza noch RSV. Ist indirekter Effekt der allgemeinen Maßnahmen zur Verhinderung respiratorischer Erkrankungen. o Gibt es Studien dazu? Welche Maßnahme wirkt wie? Je mehr Evidenz für die Maske gefunden werden kann, desto besser. ▪ COVIRIS-Studie läuft schleppend an, könnte aber Ergebnisse liefern. ▪ Es gibt Studien auf Populationsebene aus USA, dass in Gemeinden, in denen Masken getragen wurden, weniger COVID-Fälle auftraten.	FG36 [redacted]
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o Bundesländertabelle ▪ Aktuell sind 5.557 COVID-19 Fälle in intensiv-medizinscher Behandlung. ▪ Stark belastet sind BW, BY, BE, BB, HE, NW, SN. ▪ Ca. 70% benötigen Beatmung, invasiv oder nicht invasiv. o Regionale Kapazitätslage ▪ Belastungslage enorm hoch: in 8 BL liegt der Anteil von COVID Patienten bei >25%, in 3 BL bei >30% (BE, BB, SN). ▪ Puffer von 15% freie Bettenkapazität ist erwünscht, 9 BL unterschreiten diese Grenze.	MF4 [redacted]

	▪ Im Unterschied zur 1.Welle kommt es zu immer stärkeren Engpässen. o Zeitliche Entwicklung ▪ Zum Teil noch starker Anstieg, bzw. Einpendeln auf hohem Niveau an intensivmedizinisch behandelten COVID-Fällen. ▪ Zeitliche verzögerte Wirkung von Lockdown-Maßnahmen. ▪ Freie IV-Kapazitäten sinken. o Prognosemodellierung ▪ Fallzahlen auf BL Ebene: Vergleich zwischen tatsächlich Behandelten (rote Punkte) und für COVID zur Verfügung stehenden Betten (orange Linie) ▪ Prognosebild für alle Bundesländer und auf NUTS-2 Ebene ▪ Demnächst auch Modellierung für Versorgungscluster ▪ Unsicherheiten im Moment größer, da Meldezahlen miteingehen o Wurden Intensivkapazitäten seit Frühjahr verdoppelt? ▪ Keine Verdoppelung, aber Ausbau vor allem bei Geräten. Kapazität der Beatmung wurde erhöht, Engpässe beim Personal. o Wer ist Empfänger der DIVI-Daten? ▪ Verteilung über Plattform DIVI-Intensivregister, Publik Health Akteure, Krisenstäbe, kontinuierliche Erweiterung des Verteilers. o Wenn von der Zahl freier Intensivbetten gesprochen wird, muss deutlich gemacht werden, dass mind. 15% freigehalten werden sollten. o Fällt im Vergleich zur 1.Welle durch Antigentests viel Personal aus? Gibt es Informationen dazu, dass unter Einhaltung von Schutzmaßnahmen weiter gearbeitet wird? ▪ In 1.Welle gab es keine Engpässe. In letzten 2 Monaten wird immer öfter Personal als Betriebseinschränkung angegeben, genauere Gründe werden nicht abgefragt.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Rückmeldung aus Bevölkerung: Impfen in stationären Pflegeeinrichtungen scheint zu funktionieren, im ambulanten Bereich gibt es Probleme bei der Terminvergabe.	BZgA [redacted]

	• Rückmeldung von Kollegen aus Impfzentren: kein Mangel an Ärzten, zum Teil Bedarf an unterstützenden Materialien, in Einzelfällen wurden Impfdosen verworfen.
	
	Presse
	• Terminhinweise: am Samstag findet ein Town Hall Meeting für Ärzte und Apotheker mit Hr. Wieler, Hr. Spahn und dem PEI statt.
	• Am 14.01. findet eine RKI-Pressekonferenz statt.
	
	• Wird die Möglichkeit genutzt 6 statt 5 Impfdosen pro Einheit zu verimpfen?
	  o Nach Kenntnis von [redacted] wird diese Möglichkeit zunehmend genutzt.
	  o Keine Informationen dazu im Impfmonitoring.
	• Sehr unterschiedlich, wie mit verfügbaren Impfdosen umgegangen wird: Zum Teil werden Impfdosen für die 2. Impfungen vorgehalten, zum Teil wird alles verimpft und für die 2. Impfungen auf neue Lieferungen gewartet.
		Presse
		[redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Beschlüsse vom 5.1. und Auswirkungen auf RKI
	  o Bei molekularer Surveillance ist RKI konkret angesprochen.
	  o Konzept, wie integrierte molekulare Surveillance im Vergleich zum letzten Jahr ausgeweitet werden kann, soll bis Freitag dieser Woche finalisiert werden.
	  o Vorbereitungen bei MF1 laufen. Sequenzierung am RKI wird von 100 auf 200 pro Woche verdoppelt werden. Dafür soll eine Stichprobe an Laboren 5 Proben pro Woche ans RKI zur Sequenzierung schicken.
	  o Vornehmlich geht es aber darum Daten, die in externen Laboren entstehen, verbindlich zusammenzuführen und aufzubereiten.
	  o Routinelabore sollen angesprochen werden. Diese sollen eine Stichprobe aller PCR positiven Proben sequenzieren und die Sequenzen ans RKI schicken.
	  o Verschiedene Labore haben bereits begonnen alte Proben zu sequenzieren.
	  o Eine Rechtsverordnung, die dafür sorgen wird, dass das RKI mehr Daten erhält, wird kommen.
	  o Entwicklung eines Systems zur Darstellung verschiedener Varianten: Datenempfang, Aufarbeitung und zur Verfügung-stellung.
	  o Ein Konzept, welche Proben ans RKI geschickt werden sollen, soll bis Freitag von [redacted] zirkuliert werden.
	  o Es gibt eine Erwartungshaltung bezüglich eines Konzepts vom RKI, welche Proben extern sequenziert werden sollen.
	  o Heute Nachmittag findet ein Treffen statt dazu, welche Proben im Kontext der neuen Varianten sequenziert werden sollen und wo.
	ToDo: Im Laufe der nächsten Woche soll eine Empfehlung, was extern sequenziert werden soll, entwickelt werden. Soll nächste Woche auf Agenda, FF [redacted], FG17
		Alle

	o Verknüpfung von molekularer Surveillance und epidemiologischen Daten sinnvoll. o Könnte auf die englische Variante gescreent werden? Nur eine bestimmte PCR hat S-Gen als Target, ein Großteil der privaten Labore nutzt diese nicht. o Laut UK ist das Proxi umso schlechter, je älter die Proben sind. Letzte Woche wurden 50 Proben aus Dresden untersucht mit keiner hohen Trefferquote. o Es ist jedoch davon auszugehen, dass in Zukunft noch weitere Varianten dazu kommen werden. Nur mit einer Gesamtgenomanalyse können die Varianten entdeckt werden. Eine Zunahme von Varianten durch Impfung ist zu erwarten. *ToDo: Lagezentrum soll Beschlüsse vom 5.1. Punkt für Punkt durchgehen und überlegen, ob Konsequenzen für RKI entstehen. Falls ja, am Freitag Besprechung im Krisenstab.* **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** • Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management o Bei Nachweis einer neuartigen Variante sollte keine Verkürzung der Quarantänedauer von 14 Tagen erfolgen. o Symptome in Quarantäne: Bei negativem Test sollte eine nochmalige Testung am Ende der Quarantänezeit erwogen werden. o Variante sollte explizit bei Priorisierung genannt werden. [redacted] macht einen Vorschlag, dieser wird im kleinen Kreis abgestimmt und auf Internetseite gestellt. o WHO hat eine Gruppe gebildet, die sich mit der Benennung der neuen Varianten befasst. Bis zur Entscheidung auf internationaler Ebene soll die B-Nomenklatur verwendet werden. o Bei fehlender Symptomatik: Ergänzung der Verkürzung auf 10 Tage. • Einbau des Status der Geimpften im Kontaktpersonen-management o Personen, bei denen in der Vergangenheit serologisch eine Infektion nachgewiesen wurde, wird gestrichen. Nur bei molekularbiologischem Nachweis ist keine Quarantäne erforderlich. o Wenn die Daten zum AstraZeneca Impfstoff verfügbar sind und keine Virusreduktion im relevanten Maß erreicht wird, muss nochmal überlegt werden, ob noch eine Aussage für alle Geimpften gemacht werden kann. o Wurde bei Reinfektionen die Viruslast bestimmt? Keine Übersichten über Viruslasten bekannt. o Reiserückkehrer werden erstmal ausgeklammert, müssen nicht als Ausnahme genannt werden. *ToDo: Nach Abstimmung Vorlage BMG zur Kenntnis. Falls keine Rückmeldung: Veröffentlichung am nächsten Tag, Veröffentlichung noch diese Woche.*	FG36 [redacted]

8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance o Eingang von 41 Proben letzte Woche und von 72 in KW 52, davon 10% bzw. 15% positiv auf SARS-CoV-2. o Einsendungen konnten erhöht werden, zurzeit jedoch nur geringe Einsenderaten. Die hohen Nachweisraten von Rhinoviren sind im Lockdown zurückgegangen, Nachweise von SARS-CoV2 sind angestiegen. o Der übliche Peak von RSV blieb aus, alle Erreger auf niedrigem Niveau.	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Intensivmedizinern in großen Städten ist aufgefallen, dass der Anteil der Personen auf IST mit Islamhintergrund relativ hoch ist. Teilweise >50%, was am kulturell anders gelebten Krankenbesuch liegen könnte. Soll das gegenüber dem BMG thematisiert werden, wer könnte der richtige Vermittler sein? o Vorschlag von BZGA: Integrationsbeauftragte *ToDo: Erste Kontaktaufnahme mit BMG mündlich, falls gewünscht, gemeinsame Kontaktierung der Integrationsbeauftragten*	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie (hier) o Änderungen von FG14 wurden eingearbeitet, am Ende wurde ein Absatz zu bereits geimpftem Personal eingefügt. Hier kann ab 14 Tagen nach der 2. Impfung von einer ausreichenden Immunität ausgegangen werden. o Es soll der Begriff Nukleinsäurenachweis statt molekulardiagnostisch oder PCR verwendet werden. *ToDo: Versenden zur Kenntnis ans BMG, danach Veröffentlichung* • Freistellung von Screenings für Geimpfte und Genesene? o Frage aus der AGI TK: Antigenscreening von med. Personal oder Berufspendlern ist kostenintensiv und aufwändig, können Genesene und Geimpfte freigestellt werden? Bitte um wissenschaftliche Einschätzung. o Screening-Empfehlungen sind Länderverordnungen, die nicht auf Basis von RKI-Empfehlungen beschlossen wurden. o Beim Verzicht auf Screening von Geimpften können Impfdurchbrüche nicht gefunden werden. o Vor einer Empfehlung muss zunächst eine Datenbasis geschaffen werden. Deshalb sollte untersucht werden, ob das Virus auch nach Impfung noch ausgeschieden wird. [redacted] wird sich dies bzgl. mit B-FAST in Verbindung setzen.	FG37 [redacted] FG38 [redacted]

	o Rückmeldung an Länder: Vor einer Empfehlung sollen Studien initiiert werden (nicht unbedingt vom RKI). Bis dahin sollte Screening bei Geimpften beibehalten werden. • Bewertung von positiver Reaktion in Screening Tests von Geimpften o Von mehreren Stellen wurde berichtet, dass direkt im Anschluss an Impfung pos. Ergebnisse bei Antigen-Schnelltests beobachtet wurden. o Dies erscheint unwahrscheinlich. Da die Gerüchte aber im Raum stehen, sollte ihnen nachgegangen werden. Ist sehr einfach zu untersuchen: bei nicht exponiertem Setting, vor und unmittelbar nach Impfung, Ethikantrag erforderlich.	FG38 [redacted] FG37 [redacted]
12	**Surveillance** • Viele Rückfragen zur neuen Falldefinition. o Frage aus BMG: Warum wird von europäischer Falldefinitionen abgewichen? Ist fachlich begründet. o Sollen Antigentests übermittelt werden? o Über Voxco-Abfrage soll ein besseres Bild über Anzahl von Antigentests geschaffen werden. In wie vielen Fällen ist ein Antigentest der PCR vorausgegangen? Verschiebung in Dunkelziffer? o Das neue SurvNet-Update ist noch nicht in allen GA installiert, die neue Falldefinition deshalb noch nicht überall umgesetzt. o Bedauerlich und ein Hemmschuh in der Gesamtüber-wachung ist die große Heterogenität bei der Meldesoftware. o Noch gibt es keine Empfehlung für SurvNet vom BMG. BMG verweist auf mangelnden IT-Standard. Bis dieser nicht erreicht wird, ist keine Unterstützung von politischer Seite zu erwarten. Ist fachlich in keiner Weise begründet. o SurvNet soll mit Mittel aus Sormas modernisiert werden. ToDo: Sprechzettel für Hr. Wieler: Wo liegt welches Problem?	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • HSC Meeting (06.01.2021; 14:30 Uhr; TN: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 08.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*08.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) •	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern**	Alle
7	**Dokumente** • Aktualisierung der Empfehlungen zum KP-Management	Alle FG36
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	•	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Kleeblätter	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Freistellung von Quarantäne für Geimpfte – wird in EU kontrovers diskutiert •	FG 38, FG33 [redacted]
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Wiederaufnahme Flug-KoNafür Hochrisikoländer? • Corona-Schutz-VO • Corona-Einreise-VO • Muster-Quanrantäne-VO	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag 11.01.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*08.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): fast 85 Mio. Fälle weltweit, >1,8 Mio. Todesfälle o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 52, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC ▪ Größter Anstieg in KW 52 in Italien, Brasilien, USA, GB ▪ Starker Abfall in Russland, Türkei und auch Indien ▪ 7-Tage-Inzidenz in USA und GB >400/100.000 o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ▪ 85 Länder/Territorien (Stand 04.01.2021) ▪ Europa: nur Guernsey, Vatikan und ein weiterer <50/100.000 o 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH ▪ 3 Länder <50/100.000: Griechenland, Finnland, Island o Laborbestätigte COVID-19-Todesfälle– EU/EWR/GB/CH ▪ Daten wie EuroMOMO anders dargestellt (ECDC Folie) ▪ Vergleich 1. und 2. Welle, zwei Trends: 1. Länder wo 2. Welle >1. Welle, 20 Länder 2. Länder wo 1. Welle > 2. Welle, 7 Länder • WHO epidemiologischer Update 03.01.2021 o Größte gemeldete Neufallzahl in Region Amerika, gefolgt von Europa o 3. Woche in Folge weltweit >4 Mio. neue Fälle o Leichter Rückgang (2%) im Vergleich zu Vorwoche, vorsichtig zu interpretieren da Zahlen ggf. von Meldeverzug betroffen o Letzte Woche leichter Rückgang der Todesfälle: Amerika 47% aller neuen Todesfälle, Europa 32%, SEARO 10%, Afrika 2% • SARS-CoV-2-Varianten o GB VOC 202012/01 Variante ▪ 3-facher Anstieg der 14-Tage-Melderate ▪ Viele genetische Veränderungen, besonders im Spike Protein ▪ Variante führt nicht zu schwereren Verläufen und höherer Fallsterblichkeit, aber zu höherer Übertragbarkeit ▪ 43 Länder (viele in EU) haben Fälle gemeldet ▪ In GB starke Maßnahmen, fast 80% der Bevölkerung ist ans Haus gebunden o Südafrika 501Y.V2 Variante ▪ Entdeckt durch Routinesurveillance ▪ Schnelle Verbreitung ▪ Hast sich seit Anfang November schnell zu dominanter Linie entwickelt, >90% der Sequenzen ▪ In 11 Ländern außer Südafrika identifiziert	ZIG1

	▪ Variante wurde jetzt auch durch KL in Probe aus BW identifiziert, 6-jähriger Reiserückkehrer ▪ Tokyo ist im Lockdown, gibt es die südafrikanische Variante auch in Japan? Und in China? Keine Info zu China, Japan Info geht an Verteiler Krisenstab o Es wird immer mehr und neue Varianten geben: molekulare Surveillance ist sehr wichtig, Deutschland sollte sich nicht auf bekannte/von anderen identifizierte beschränken, sondern auch selbstständig neue Genomsequenzen identifizieren	
	Impfstoffe Afrika o Viele afrikanische Länder haben Probleme, an Impfstoff zu kommen, sollte das RKI eine Stellungnahme vorbereiten? o ZIG hat gestern die Vorbereitung eines Briefs besprochen, o Es gab bereits Anfragen von Partnern o Deutschland steht nicht wirklich hinter der COVAX Initiative o ZIG hatte einen Austausch auf Arbeitsebene mit BMG: BMG plant nichts zu tun, RKI Brief an BMG wird vorbereitet, zwei Argumentationslinien: 1. Wichtigkeit sozialer Gleichheit – Fragen werden immer wieder kommen, Vorschläge zum Umgang damit in RKI-Projekten 2. Brief gemeinsam mit Partnern zur Veröffentlichung - europäische Wissenschaftler äußern sich zum Ausrollen des Impfstoffs in unseren aber nicht in Partnerländern o ZIG-Entwurf wird demnächst Leitung vorgelegt	FG37/ZIG/alle
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.866.887 (+31.849), davon 38.795 (2,1%) Todesfälle (+1.188), 7-Tage-Inzidenz 136,5/100.000 Einw., Fälle IST 5.491 (07.01.2021), Reff=1,15, 7-Tage Reff=1,09 ▪ Keine Entspannung der epidemiologischen Lage ▪ Datenerhebung normalisiert sich langsam, unsicher, ob es sich um Fälle handelt, deren Erkrankungsbeginn weiter zurückliegt; dies kann einmal eruiert werden, dennoch ist das aktuelle Infektionsgeschehen sehr aktiv ▪ Zahlen sind beunruhigend, aber nicht unerwartet o Impfungen: >400.000 durchgeführt mit der 1. Dosis o DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber keine Entspannung o 7-Tage-Inzidenzen: ansteigend in SN, ST, BB, TH, eventuell waren Daten zuvor zu niedrig, aktuell ist nicht beurteilbar wie viele aufgrund von Nachuntersuchungen übermittelt werden o Geografische Verteilung: viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), nur 15 Kreise <50	FG32

	o Sterbefallzahlen: Datenstand 30.12.2020, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 11% sichtbar, wahrscheinlich größtenteils COVID-19 bedingt • Inzidenzunterschied BL und RKI o In BB wurden für manche lokale Kreise wesentlich höhere Inzidenzen ausgewiesen als die in Meldedaten o Rückfrage an BB wurde gestellt aber Antwort steht noch aus o Ursache noch unklar, könnte mit (neuen) Falldefinitionen zusammenhängen, wird untersucht • Darstellung Impfdosen im RKI-Lagebericht o Bald werden die ersten Personen zum zweiten Mal geimpft, wie soll dies im Lagebericht visualisiert werden? o [redacted] steht mit FG33 im Austausch hierzu und ein Vorschlag wird entwickelt o Es wird eng auf der 1. Seite **Disclaimer auf Dashboard** • Wie lange soll der aktuelle Disclaimer auf dem RKI Dashboard erhalten bleiben? • Ziel ist war vorsichtige Interpretation der Daten während der Weihnachtsfeiertage und zum Jahreswechsel aufgrund reduzierter Arztbesuche, Probennahme, Laboruntersuchung und Datenübermittlung → Begründung (zu) niedriger Fallzahlen • Aktuell passiert, was wir erwartet haben, Testung normalisiert sich und Nachmeldungen kommen • Mehrere BL sind mit der Dateneingabe noch nicht up to date, es stapelt sich in den GA und wird schwungweise nachgetragen, sie kommen nicht gut hinterher • Realität der Meldedaten: Probleme der Interpretation bestehen eigentlich durchgehend aufgrund des Meldeverzugs und der Überlastung • Es wurden zusätzliche Instrumente etabliert (GrippeWeb, ARS, etc.), auch diese liefern nicht die gewünschten Informationen • Dennoch sollte die Aussagekraft unserer Daten und damit unsere Glaubwürdigkeit nicht relativiert oder unterminiert werden • RKI muss die Daten im Rahmen des möglichen interpretieren, sollten die Aussagekraft nicht einschränken • Feiertageeffekt und darauf basierte Verzerrung ist jetzt vorbei *ToDo: Disclaimer soll kommenden Montag vom Dashboard und aus dem Lagebericht entfernt werden*	FG34/FG32 Präs/FG32/FG34 VPräs/alle
2	**Internationales (nur freitags)** • Follow-up Mission (nach der im Oktober 2020) in den Kosovo in 1-2 Wochen zur Laborunterstützung • Viele Aktivitäten/Ausführungen im Zusammenhang mit neuen Varianten, Risikogebieten und VO, auch bzgl. Grenzschließungen → s.u. 13. Transport & Grenzübergangsstellen zu Rechtsgrundlagen • Hochrisikogebiete	ZIG

	o In MPK Konferenz wurden „Hochrisikogebiete“ beschlossen o Diese sind bisher nicht klar definiert o Es gab eine Rücksprache mit BMG auf Fachebene, Initiative kam nicht vom BMG (teilt unsere Einschätzung) o Thema wird wohl erneut auf Ministerebeneniveau diskutiert o ggf. in zwei Wochen Differenzierung von Risikogebieten • Vorlage für Muster-Quarantäne-VO erwähnt Freistellung von Personen aus Ländern „mit Hygienekonzepten die vom RKI ausgewiesen werden“, unglückliche Formulierung • Gestern Flughafen TK o Teilnehmende verstehen unter Hoch-risikogebieten Länder, in denen neue besorgniserregende Varianten zirkulieren o Coronavirus-Schutz-VO sieht besondere Maßnahmen für Reisende aus Südafrika und GB vor, heute kommt voraussichtlich Irland hinzu	FG38
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Neue Virusvarianten – Integration in Risikobewertung?** • Integrieren eines Hinweises auf die neuen Varianten, deren Auswirkung auf die Lage noch nicht einschätzbar ist • Zunächst Monitoring der Situation in Kreisen, wo sie aufgetreten sind, sowie deren Entwicklung im Vergleich zu anderen Kreisen • Aktuell keine flächendeckende molekulare Surveillance, es ist nicht auszuschließen, dass Varianten auch anderswo vorhanden sind • Varianten müssen nicht automatisch zu Fallzahlanstieg beitragen, dies hängt von lokalen Infektionsschutzmaßnahmen und anderen Faktoren ab • Alle 3 BL-TKs diese Woche hatten ausführlich diese Thematik: es besteht große Erwartungshaltung gegenüber Bundesebene (BMG/RKI), sowohl zum Monitoring und Sampling Konzept als auch bzgl. Risikobewertung; wie häufig keine einheitliche Haltung, z.B. ist BY höchstbesorgt, will alle Einreisenden aus GB und Südafrika wie bestätigte Fälle behandeln, andere BL fokussieren sich mehr auf ihre anderen Sorgen • Stellungnahme Bundesebene wäre gut, sowie Mitgestaltung der VO durch RKI, da diese das Screening Konzept vorgeben wird • Reisen/Empfehlungen o Nach wie vor vermutlich viele unnötige Privatreisen, diese sollten so weit wie möglich eingeschränkt werden o Mobilität treibt jede Epidemie o Thema wird von der Politik nur widerwillig angegangen o BKA strebt Unterbindung grenzüberschreitender Reisen an, aber Evidenzlage ist nicht ganz klar o Die unterschiedlichen Ressorts stimmen nicht überein, es gibt viele Diskussionen im politischen Rahmen	VPräs/alle Präs/alle

	o Unklar, ob RKI da noch mehr liefern bzw. steuern kann o Neue Varianten kommen aus dem Ausland nach Deutschland, Virus bewegt sich durch Reisen(de) weiter o EU-Kollegen glauben, dass Reisen ein Problem darstellen o Reiseeinschränkungen führen lediglich zu Verzögerung der Verbreitung, jedoch möglichem Zeitgewinn • KoNa Management (FG37/FG36) o Bei neuen KoNa Management Empfehlungen wird Verkürzung der Quarantäne für Fälle neuer Varianten ausgeschlossen o Generell soll bei der Kommunikation auch Menschen mit leichten Erkrankungssymptomen mit erhöhtem Risiko (z.B. Einreise aus einem der betroffenen Länder) auf jeden Fall zu Selbstquarantäne geraten werden • Mobilität o P4 hat über die Feiertage Bevölkerungsbewegungen nachverfolgt, diese werden jedoch an den Grenzen verloren o Reisemobilität könnte gesondert über Flughäfen untersucht werden, z.B. Besucheraufkommen an den Flughäfen o Eventuell ist es schwierig, den Zusammenhang herzustellen bzw. Ergebnisse zu interpretieren aber wird eruiert • Hochrisikoländer o Gestern viele Anfragen bezüglich Irland und Dänemark o Grenze zu Irland wird geschlossen, weil 25% der Fälle die neue Variante vorweisen, die zu DK mit 2% der Fälle neuer Variante nicht o Interpretation Surveillancedaten anderer Länder schwierig o Sequenzierung zwischen den Staaten ist noch viel unterschiedlicher und nicht vergleichbar • Es sollte noch klarer kommuniziert werden, dass Mobilität das Risiko erhöht • Presse: integriert Mobilität und Reisen in Sprechzettel nächste Woche *ToDo: Entwurf neue Risikobewertung mit Hinweis auf neue Varianten für Krisenstab Montag (FF?)* *ToDo: FG32 nach Möglichkeit Untersuchung der Situation und Entwicklung in Kreisen in denen die neue Variante bekannterweise präsent ist*	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Rückfragen aus der Bevölkerung zum 15km Radius o Unsicherheit insbesondere bei älteren Menschen/Menschen, die in ländlichen Gegenden wohnen o Ansage deutlich, dass 15km Radius bei notwendigen Erledigungen überschritten werden kann • Arbeitnehmende	BZgA Alle

	o Müssen sich gegen veranschlagte nicht-Einhaltung von Maßnahmen im Rahmen ihrer Arbeit wehren o Maßnahmen nicht immer konsequent von Arbeitgebenden umgesetzt o Beispiel stationäre Pflegeeinrichtungen: haben Pflegekräfte tatsächlich genug Infomaterial? o Es wird auch bzgl. Informationsmaterial zu Impfzentren eine Bestandsaufnahme durchgeführt o Unterschiedliches Verhalten bei Besuchen im KKH/Pflegeheimen: dies ist auch abhängig von kulturellem Hintergrund, es gibt viel seriöses angepasstes Material hierzu, das zur Kommunikation genutzt werden kann • Arbeitgebende o Von politischer Seite müssten ein Konsens und klare Empfehlungen hierzu geschaffen werden o Insbesondere im Niedriglohnsektor gibt es keine Arbeitgeberunterstützung, z.B. bei leichter Erkrankung o Viele Entscheidende haben den Ernst der Lage und ihre Verantwortung nicht erfasst • RKI verfasst einen Brief an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie, weitere (alle in Briefkopf), FG36 beginnt entsprechenden Entwurf für Präs, darin bitte auf vorhandene Materialien für Arbeitgebende/Arbeitnehmende hinweisen *ToDo: FG36 fertigt Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie usw. an und lädt andere zur Ergänzung/Kommentierung ein*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfung (nur freitags)** **Generelles Update** • Impfstoffe o Heute aktualisiert STIKO ihre Empfehlung: neu zugelassener Moderna Impfstoff geht ab Dienstag in die BL o Diskussion in Medien zu 1., 2. Dosis und Impfintervall, Empfehlungen bleiben dieselben o Aufklärungsmaterialen in Impfzentren müssen bzgl. Moderna Impfstoff aktualisiert werden o Astra Zeneca nächster Kandidat in der Reihe ▪ Im Februar soll Beschluss genommen werden	FG33/alle

	▪ Kein Selbstläufer wie die anderen da Impfstoff weniger perfekt ist ▪ Einsatz muss diskutiert werden ▪ Möglicherweise Beschränkungen da Daten für ältere Personen sehr begrenzt sind • Viele Anfragen zum Impfen in Seniorenheimen: manche impfen nicht, wenn es 1 Fall gibt → FG33 & FG37 haben Empfehlungen entwickelt: es soll in jedem Fall geimpft werden, da selbst 1 Dosis positiven Effekt hat • Antigentests nach Impfung o Bei manchen Geimpften sind Antigentests 2-3 Tage nach Impfung positiv o FAQ werden hierzu ergänzt und sind in Abstimmung o Muss gut beobachtet werden: Impfstoff ist reaktogen und allgemeine Symptomatik ist teilweise zu erwarten, wenn Personen dann getestet werden, ist positiver Antigentest schwer zu interpretieren o [redacted] o Antigentest Nachweis beruht auch auf N-Protein (z.B. Roche) o Die meisten Antikörpertests zielen auf S-Protein ab, Antigentests häufiger auf N-Protein, da es reichlicher vorhanden ist o Klärung, welche Antigentests bei den Geimpften verwendet wurden o Unterstützung von ZBS1/FG17 zu Antigentests • Impfquotenmonitoring o Läuft und ist auf gutem Weg o Nicht einfach, alle BL an Bord zu haben, Schnittstellen kommen, BY haben eigene Sachen gemacht o Dashboard im Auftrag des BMG befindet sich in Entwicklung • Verschiedene Studien sind geplant, hinzuzufügen ist Umgang mit neuen Varianten, z.B. bei Impfdurchbrüchen – Präs soll informiert werden wegen anstehendem Townhall Meeting • Impfstoff Wirksamkeit gegen neue Varianten, gibt es hier Neuigkeiten zu Neutralisationstests? Wann wird dies vorliegen? o Impfwirksamkeit hat erhebliche Folgen auf Präventions-strategie o Vorgestern HSC Web Seminar mit EMA, usw.: bis Ende dieser Woche werden von GB erste Ergebnisse von Neutralisierungstests erwartet o Auch Impfstoffhersteller sollen hierzu Ergebnisse liefern o Hoffentlich nächste Woche Hinweise hierzu o Grundsätzlich wird nicht davon ausgegangen, dass Wirksamkeit sehr viel anders/niedriger ist (es wird eine breite poliklonale Antwort angestoßen) o Bei südafrikanischer Variante sind die Bedenken größer als bei der GB Variante, hierzu gibt es keine Informationen o 6 Wochen sind zur Impfstoffanpassung notwendig, dann Produktion	

- Zulassungstechnisch/regulatorisch sollte Anpassung der Sequenzen kein Problem sein
- Virusanzüchtung ist nicht so leicht, bisher hat RKI keine Proben erhalten um Bemühungen zu unterstützen
- Bei Impfdurchbruchstudien bitte mit einplanen, dass Virus hier erhalten wird
- FG33 heute TK mit Charité: dort werden MA geimpft, dann ist auch longterm Follow-up auf Impfdurchbrüche und asymptomatische Infektionen geplant, inklusive wöchentlicher Testung

ToDo: Abt. 3 (FG37?) Klärung welche Antigentests bei Geimpften mit positiven Ergebnissen verwendet wurden, Unterstützung von ZBS1/FG17 zu den verschiedenen Tests und auf welche Protein sie abzielen

Umgang mit Geimpften und Quarantäne (& Testung)

- BMG [redacted] bat um RKI-Stellungnahme bzgl. Coronaeinreise-VO, steht RKI weiter dazu wie in Erlassbericht vom 22.12.2020, in dem für Geimpfte und Genesene Ausnahme der Quarantäne bewilligt werden soll?
- Testung vs. Quarantäne: sollten diese Personen auch keinen Test vor und nach Einreise vorweisen müssen?
- Politisch ist dies vom Minister nicht gewollt, [redacted] weist darauf hin, dass dies für Genesene bereits gilt, für Geimpfte sollte es rechtlich gleich sein (ansonsten sind Klagen wahrscheinlich)
- Wenn es zeitnah eine klare Aussage vom RKI gibt, wird diese eventuell berücksichtigt
- Evidenzlage
  - Impfstoffwirkung ist noch nicht bekannt
  - Dauer des Schutzes ist ebenfalls unbekannt
  - Evidenz ist aktuell nicht genügend bezüglich Reinfektion und Ausscheidung (für Genesene und Geimpfte)
  - Es sind keine Ausbrüche bekannt, die von Reinfizierten ausgehen, diese scheinen nicht den gleichen Beitrag zur Gesamtausbreitung zu haben wie Erstinfizierte
    → Wir müssen noch Erfahrungen mit Geimpften sammeln
- Andere Länder
  - Internationale Rückmeldungen: DE Entscheidung Genesenen Sonderstatus zu geben wird für mutig gehalten, es sollten nicht automatisch auch Geimpfte Sonderstatus erhalten
  - Präs Austausch mit Kollegen aus FR, BE, CH, GB, keine von diesen sind bereit, Sonderstatus zu vergeben
  - US CDC Regelung für Genesene: gilt seit September für 3 Monate nach Erkrankung, geben zu, dass Datenlage dünn ist und Entscheidung auf Musterbeobachtungen von normalen Coronaviren basiert
  - Norwegen empfiehlt keine Quarantäne für Genesene bis 6 Monate nach Nachweis (hier)
- Herdenimmunität

- Vertrauen wir bei Impfung nur auf individuellen Schutz vor schwerer Erkrankung?
- Verabschieden wir uns vom Narrativ der Herdenimmunität durch Impfung?
- Verhinderung von Infektionen: bei mRNA-Impfstoffen nur Daten aus Tierversuchen, bei Astra Zeneca beim Menschen nicht ausreichend, Konfidenzintervall zu groß → nicht interpretierbar
- Es wird vermutet, dass Impfung einen Herdeneffekt hat
- Konkrete Anzahl der zu Impfenden zum Erreichen der Herdenimmunität hängt von diversen Faktoren ab: Infektionsverteilung in der Bevölkerung, R-Wert, Impfeffektivität, Altersgruppen, usw.
- In Manaus (BR) wurden in der 1. Welle ~67% der Bevölkerung infiziert, dort wird jetzt eine schwere 2. Welle beobachtet (hier)

- Diverse Punkte
  - Bei Infektionen gibt es eine Heterogenität der Folgen
  - Es ist unmöglich, vorherzusagen ob Infektion glimpflich abläuft, jeder erkrankte hat einen Vorteil durch die Impfung
  - Impfstoff-Heterogenität macht Situation schwieriger, es gibt noch weniger Information und Daten
  - Dritter Impfstoff ist weniger gut → erschwert Situation
  - Probleme mit Impfcompliance: Sonderstatus ist möglicher Impfanreiz, wenn dieser wegfällt ist Compliance eventuell noch schlechter
  - BMG steht Möglichkeit einer Differenzierung der VO nach Impfstoff offen gegenüber, dann müsste RKI aber wieder eine Liste als Referenz bereitstellen und die Labornachweise müssten Infos zum Impfstoff enthalten
- Fazit
  - Es gibt keine Evidenz, dass einmal Genesene wesentlich zur Transmission beitragen, Quarantänepflichtausnahme kann für diese bestehen bleiben
  - Das gleiche für Geimpfte zu behaupten ist nicht möglich, diese sollten weiterhin keinen Sonderstatus erhalten
  - Testpflichtausnahme weder für Geimpfte noch für Genesene
  - Kommunikation erneut ganz wichtig
- Aufgaben
  - [redacted]: LZ klarstellen, dass Papiere, die heute vom BMG zurück kommen nun nicht publiziert werden
  - [redacted]: schnelle Rückmeldung an BMG, dass RKI Einschätzung hierzu ändert
  - [redacted]: revidiert ehemaligen Bericht an BMG, neuer Bericht, dass RKI Einschätzung inklusive Begründung
  - FG36/FG37: Überprüfung der KoNa Papiere ob Änderungen notwendig sind nachdem FG33-Bericht an BMG fertig ist
  - Pressestelle: Anpassung der FAQ und Textbausteine für Webseite

ToDo: s. u. Aufgaben

9	**Labordiagnostik** • FG17: AG Influenza 358 Einsendungen in letzten 4 Wochen, 43 davon positiv (12%) • ZBS1 o 812 Einsendungen diese Woche, 358 positiv (44%) o 180 Proben zur Sequenzierung, 1 Probe aus Dresden positiv auf 117(?), eine aus …? (ZBS1, gerne im abgelegten Protokoll (hier) ergänzen, war für mich nicht zu verstehen)	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Strategische Patientenverlegung** • Es wird immer knapper, aktuell verlegt nur das Kleeblatt Ost nach Nord • Es gibt diverse Verlegungen innerhalb der Kleeblätter, die Kapazitätenverringerungen sind sichtbar	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Sterbezahlen/Pflegeheime** • Gibt es in Deutschland eine Gruppe die sich mit dem Thema befasst? Kann man noch mehr tun, um es Aufzugreifen und mehr Aufmerksamkeit zuzuordnen? Wir schonen die verantwortlichen (Träger), können diese nicht ins Rampenlicht der Verantwortung gezogen werden? • Problem o Schlecht ausgebildete und zu niedrig bezahlte Leute o Schon jahrelang in Anbahnung o Altenheime werden immer günstiger, weil so die Kosten gesunken sind o Pflegeheime haben kein Personal und sind völlig überlastet o BMG-Test-Initiative wird positiv gesehen • Können Ressourcen gesteigert werden um dies anzugehen? • BY hat Pflegekoordinatoren benannt und diese auch in Krisenstäbe integriert, sie gehen in GA und Einrichtungen und geben Hinweise, scheint dort gut zu funktionieren, könnte anderen BL vorgestellt werden • RKI kann dies kapazitätsmäßig nicht selber angehen, FG37 ist aber regelmäßig in Kontakt mit Pflegebeauftragten, diese sind an einem Austausch interessiert • Pflegebeauftragte haben das Mandat und die Autorität • Termin mit Präs und Pflegebeauftragten wir angestoßen	Präs/alle
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Flug-KoNa Hochrisikoländer** • Soll gezielt für diese Flug-KoNa wieder aufgenommen werden?	FG38

- Aktuell ist Flug-KoNa pausiert, könnte aber für GB, Südafrika und Irland erneut starten
- Es kommen weniger aber noch stets Flüge mit Personen von dort an, wenn sie vorab bei BMVI angemeldet sind
- Ja, soll aufgenommen werden, 2 Reihen vor und hinter Fall

Zusammenfassung Rechtsdokumente

Muster-Quarantäne-Verordnung

- Das BMI hat die auf Basis des MPK-Beschlusses vom 05.01.2021 angepasste Muster-Quarantäne-Verordnung den Bundesländern zugesandt, welche diese bis 11.01.2021 umsetzen sollen. Die Regelungen sollen kurzfristig in der neuen Coronaeinreiseverordnung aufgehen.
- Der MPK-Beschluss vom 05.01.2021 ist hier verfügbar: https://www.bundeskanzlerin.de/bkin-de/aktuelles/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-5-januar-2021-1834354

Coronavirus-Schutz-Verordnung (CoronaSchV vom 21.12.2020)

- Die CoronaSchV, die in Hinblick auf neue Varianten des SARS-CoV-2-Virus Pflichten von Einreisenden nach Aufenthalt im Vereinigten Königreich von Großbritannien und Nordirland oder in der Republik Südafrika beschreibt, wurde am 06.01.2021 vorerst bis 20.01.2021 verlängert.

Allgemeinverfügung des BMVI auf Basis des Art. 21a Abs. 1 S. 1 und 2 der Verordnung (EG) Nr. 1009/2008

- Hinsichtlich der Ausbreitung neuer Mutationen in Irland wird aktuell eine Allgemeinverfügung vorbereitet, die Einreisenden aus Irland inhaltlich dieselben Pflichten auferlegt wie denjenigen aus dem Vereinigten Königreich und Südafrika (auf Basis der o.g. CoronaSchV).

- Sowohl die CoronaSchV als auch die Allgemeinverfügung sollen im Verlauf durch die Coronaeinreiseverordnung (s.u.) ersetzt werden.

Coronaeinreiseverordnung (CoronaEinreiseV)

- Ziel der neuen CoronaEinreiseV ist, die Regelungen der bisherigen Verordnung zur Testpflicht von Einreisenden aus Risikogebieten sowie Anordnungen betreffend den Reiseverkehr nach Feststellung einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite in eine Rechtsverordnung der Bundesregierung zu überführen.
- Die CoronaEinreiseV soll am 13.01.2021 im Kabinett diskutiert werden und voraussichtlich am 14.01.2021 in Kraft treten.
- Sie umfasst voraussichtlich die Pflichten von Einreisenden und Ausnahmen, die Pflichten von Verkehrsunternehmen, die Informationspflichten von Telekommunikationsunternehmen (neu: Versand von SMS) sowie Ordnungswidrigkeiten. Dabei ist

	eine Zwei-Test-Strategie, die zwischen Risikogebieten und Hochrisikogebieten differenziert, vorgesehen. • Nach Beschluss der CoronaEinreiseV wird das RKI kurzfristig auf die Teilnehmenden der AG zugehen, um Änderungen der Informationen für Reisende abzustimmen.	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 11.01.2021, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*11.01.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Ausbruchsgeschehen in Kieler Pflegeheim im Impfkontext	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Änderung Anpassung Risikobewertung durch Aufnahme der neuen Varianten	 Alle FG36
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Diskussion: Verordnung zur molekulargenetischen Surveillance des Coronavirus SARS-CoV-2 • Feiertags-Disclaimer von RKI-Seite entfernen?	Alle FG17 LS/Alle
7	**Dokumente**	Alle

	•	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)**	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 13.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*11.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 24
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- INIG
  - [redacted]
- BZGA
- Bundeswehr
- BMG

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) National • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) o SurvNet übermittelt 1.921.024 (+12.497) Fälle, davon 40.686 Todesfälle (+343), 7-Tage-Inzidenz 167/100.000 Einwohner o 4-Tage-R-Wert=1,32; 7-Tage-R-Wert=1,14 o Impfmonitoring (neu) 10.01.2021: 532.878 Geimpfte mit einer Impfung (mündlich aktualisierter Wert für 11.01.2021: >600.000) o DIVI-Intensivregister: 5.320 Fälle in Behandlung (Abnahme -94) o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 490 (Zunahme), davon 39% verstorben Beurteilung: o Tendenz der letzten Tage hält an, R bleibt deutlich über 1, Fallzahl bewegt sich auf 2 Mio zu o Eventuell werden Fälle aus den Feiertagen erst jetzt diagnostiziert – Daten sind noch eingeschränkt beurteilbar o Montagsdaten sind häufig nicht ganz vollständig o Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind Sachsen, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Brandenburg ▪ Nur 3 LK < 50 ▪ 64 LK >50-100 ▪ 281 LK <100-250 ▪ 60 LK 250-500 ▪ 4 LK < 500-1000 Beurteilung: o Ansteigender Trend in allen Bundesländern o aus Sachsen und Brandenburg wurden am Wochenende keine Daten übermittelt, ein Rückstau ist anzunehmen, wahrscheinlich liegen die Zahlen deutlich höher *ToDo: ein Disclaimer soll auf der Homepage eingefügt werden, in dem erklärt wird, dass die Zahlen aufgrund der ausbleibenden Lieferung nicht aktualisiert werden konnten.* • Diskussion o Trotz Lockdown steigen die Zahlen auch in den BL, die niedrige Ausgangszahlen hatten (B, MVP).	*FG 32* [redacted]

Stellt das die These, dass dort, wo die Zahlen niedrig sind, die Ausbreitung besser kontrolliert werden kann, in Frage?
Zahlen sind schwierig zu interpretieren durch Testrückstau und Diagnoseverzögerung während Feiertagen
- Deutliche Anstiege im SL und HH
- Keine durchschlagende Lockdown-Wirkung
- Keinerlei Anlass für Entwarnung/Lockerung gegeben
- Effekt der Mobilitätsbegrenzung (bei Inzidenz > 200/1000.000 EW) soll in den kommenden 2 Wochen genau beobachtet werden

ToDo: Der Auftrag „Beobachtung der Wirkung von Mobilitätseinschränkungen“ soll an die neue Position „Datenanalyse“ weitergegeben werden (ID 2568)

- Zum Ausbruchsgeschehen nach der Impfaktion in einem Kieler Pflegeheim:
  - Es konnte telefonisch geklärt werden, dass die initiale Meldung durch das GA, dass von 162 Personen (151 Bewohner, 71 Mitarbeiter) 162 positiv getestet wurden waren, auf einem Missverständnis beruhte. Es handelt sich jedoch um einen extrem schnell verlaufenden Ausbruch.
  - Am 24.12.2020 waren 14/20 Bewohnern einer Demenzstation positiv getestet, die nicht geimpft wurden. Am 28.12. 2020 wurde in den anderen Wohnbereichen geimpft (90% der Bewohner, 20 von 71 Mitarbeitern). Am 04.01.2021 wurden im Wohnbereich 2 34 von 41 getesteten Personen positiv getestet (PCR).
  - Verbreitung durch das Impfteam ist unwahrscheinlich, da die Mitglieder vorher mittels Antigen-Schnelltests getestet waren, aber nicht ausgeschlossen.
  - Ausbrüche sind derzeit in etwa 800 Pflegeheimen zu verzeichnen, grundsätzlich ist die Situation diesbezüglich dramatisch
  - Vorschlag: Könnte hier eine fundierte Ausbruchsuntersuchung/Studie durchgeführt werden, um Daten zur Viruslast und zur Wirkung der Impfung zu erheben?
    Antwort: [redacted] und [redacted] leiten das Team: Der datensichere Informationsaustausch wurde bereits initiiert, Fragestellungen sind formuliert, auch ein Besuch vor Ort ist möglich.

- Testkapazität und Testungen (mittwochs)

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • Update zum Mobilitätsmonitoring: Eine erste Version des Instruments soll bis Ende 1/2021 fertig sein und im Rahmen der Krisenstabssitzung vorgestellt werden. Über Daten von T-Systems und Teralytics und eine eigene Geografie sowie Datenzukauf sind detaillierte Daten bis in landesweit 16.000 „Traffic Cells“ zu erwarten, die sowohl Stillstand/Aufenthalt, als auch Mobilität/Bewegung betreffen. • Im Austausch und mit Expertise der Abt 2 (mit [redacted] wurde diesbezüglich bereits Kontakt aufgenommen) soll ein Netzwerk zum Thema „ältere Menschen“ angelegt werden • DEA o Bürgerhotline eingerichtet, Eskalationshotline Bundesdruckerei/BMG/RKI implementiert o Anbindung der Gesundheitsämter schreitet voran, es fehlen noch 30 • CWA wächst kontinuierlich mit jetzt 1.000.000 neuen Anmeldungen, insgesamt 25.000.000 Nutzer o Laut BMG soll die Evaluation vorangetrieben werden. o Kontakttagebuch ist implementiert, Informationen zum Ablauf der KoNa durch die Gesundheitsämter sollen jetzt eingeholt werden, um hier Einblick zu bekommen o Zeitnah geplant: Die neuen Virusvarianten in der CWA abzubilden o Erste Priorität: Eine Event-Check in-Funktion zu etablieren, hier soll geklärt werden, inwiefern Synergien entstehen können durch eine in Thüringen kurz vor dem Rollout stehende App für Veranstaltungen und Konzerte. Sie nutzt die gleiche Infrastruktur wie die CWA, und arbeitet mit direkter Koppelung an die GÄ über eine zentrale Schnittstelle. (Unterstützt von [redacted]) • Datenspende-App o Algorithmus wurde weiterentwickelt, Komplexität reduziert o Blog-update wird zeitnah erfolgen o Geplant: Zusätzliche Datenquellen, wie z.B. Schlafanalysen mit aufzunehmen, datenschutzrechtliche Klärung steht hier noch aus	[redacted] [redacted] [redacted]

4	**Aktuelle Risikobewertung**
	• Der Entwurf wird zur Diskussion gestellt
	• Anlass für die Überarbeitung: Fokusausrichtung weg von Fallzahlen hin zur Belastung des Versorgungssystems (Behandlungsfälle auf ITS/Todesfälle), Thematisierung der Unsicherheit bezüglich der neuen Virusvarianten und deren Übertragbarkeit
	• Diskussion:
	  o Formulierung zum bisherigen Verlauf: „nach einem Plateau kam es im Dezember zu einem Anstieg“
	  o Orte von Ausbruchsgeschehen allgemein fassen, um zu vermitteln, dass sie nicht auf bestimmte Settings beschränkt sind
	  o Verdeutlichen, dass die spezifische Therapie in vielen Fällen nicht erfolgreich ist
	  o International gültige Nomenklatur für die neuen Virusvarianten (ECDC: „Variant of Concern“) steht noch nicht zu Verfügung, daher die bisher verwendete (UK: B.1.1.7/Südafrika B.1.351) vorläufig beibehalten
	  o Besorgniserregende Ausbreitungsdynamik in anderen Staaten thematisieren
	  o Frage: Ist die leichtere Verbreitung der neuen Varianten belegt?
	  Antwort: Verbreitungsmuster der neuen Varianten in UK in alle Regionen und die Tatsache, dass die neue Variante dort in der Mehrheit der Infektionsfälle festgestellt wird, spricht eindeutig für eine leichtere Verbreitung. Daten liegen bisher nur aus den betroffenen Staaten vor.
	• Abstimmung mit BMG nur bei Hochstufung der Risikoeinschätzung erforderlich, Umformulierungen brauchen nicht abgestimmt zu werden.
	• Aktuelle Version des Entwurfs hier
	
	ToDo: BMG ist von der neuen Fassung in Kenntnis zu setzen
		Alle
		[redacted]
		
		FG 36

5	**Kommunikation** • BZGA: kein(e) Teilnehmer/in • Bisher wurde die Einschleppung der südafrikanischen Virusvariante nach NRW noch nicht offiziell veröffentlicht. Die Information wird Mittwoch oder Donnerstag über NRW öffentlich werden • Kommunikation bei Nachweis von Virus(varianten) im RKI-eigenen Labor: Bitte nicht nur die einsendenden Labore verständigen, sondern auch die GÄ direkt in Kenntnis setzen.	[redacted] [redacted]

ToDo: Da das weiterführende Labor zur Meldung an die GÄ verpflichtet ist und die Einsendungen über das IMS-Netzwerk keinen Hinweis auf das zuständige GA enthalten, muss nach Rückkopplung zum einsendenden Labor das GA ermittelt werden. Die Information des Landes über den Sequenznachweis soll über nCoV-Lage erfolgen (Lagezentrum informiert Landesbehörde, Landesbehörde wiederum GA).

- Pressebriefing Donnerstag 14.01.2020
  Hauptthemen sind die inzidenzabhängige Mobilitätseinschränkung und der Appell an die Arbeitgeber zur Möglichkeit des Homeoffice.
  Sinnhaftigkeit einer Beschränkung auf kleinere Räume soll kommuniziert werden, [redacted] wird teilnehmen, um die Theorie dazu zu präsentieren.

  ToDo: Mobilitätsdaten und Daten zur Morgenaktivität auf Bundesebene werden von [redacted] *geliefert*

- Feiertagsdisclaimer wurde von Homepage und Dashboard entfernt
- Themenwünsche und Briefing für die Besprechung (L. Wieler) im BKA am 12.01.2021 [redacted]
  - Dies ist ein sehr problematischer Erreger: Einerseits wirken die Maßnahmen zur Infektionsbekämpfung, andererseits steigen die Fallzahlen (sogar in UK, wo strenge Maßnahmen ergriffen wurden). In China war eine Eindämmung nur durch einen kompletten Lockdown zu erreichen. [redacted]
  - Ohne den Maßnahmen wäre die Schnelligkeit der Ausbreitung viel höher und wir könnten die Lage gar nicht bewältigen. Wir sehen viel durch das Testen.
  - Ausbrüche gehen in Schulen zurück und sind in KiTas stabil.
  - Im Arbeitsbereich ist wichtig: auch Mitarbeiter müssen Masken tragen, nicht nur Kunden. Höhere Infektionszahlen kommen v.a. bei sozial schwachen Schichten vor, die finanziell angewiesen sind, zu arbeiten. Arbeitgeber müssen vermehrt sensibilisiert werden. [redacted]
  - Bevölkerung überschätzt die eigene Kompetenz im Umgang mit den Hygieneregeln
  - Es ist verlockend, die Ursache für die steigenden Zahlen in den neuen, leichter übertragbaren Virusvarianten zu sehen, diese spielen in D jedoch noch keine große Rolle, vielmehr ist hier der saisonale Effekt (Winter) maßgeblich

	ToDo: Presseabteilung wird federführend die Zusammenstellung der Themen und Inhalte übernehmen.	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Trotz kurzfristiger Bearbeitung konnten die wichtigen Kommentare in die „Corona-Surveillance-Verordnung – CoronaSurV" eingebaut werden. Eine Steigerung der Sequenzierung wird nun durch die Verteilung auf mehrere Labore möglich. • Mit der Meldepflicht, der Verpflichtung zur Teilnahme an DEMIS und der neuen Sequenzierungsverordnung sind wichtige Schritte entsprechend IfSG umgesetzt. • RKI wird eine zentrale Rolle in der Entgegennahme der Sequenzierdaten spielen (zeitgleich mit Inkrafttreten der Verordnung). Die daher umgehend nötige Umsetzung wird Ressourcen binden: Da in der Verordnung keine Datenmeldung an eine europäische Plattform festgelegt werden kann, muss in Kürze eine Plattform geschaffen werden, über die die Daten weitergegeben werden können. Hier bilden die Vorarbeiten zur Verknüpfung über ID der Typisierung die im Rahmen der Tuberkulose Surveillance eine wichtige Basis. • Im Rahmen eines Auftritts von [redacted] in der Tagesschau wurde eine Mobilitätsbeschränkung auf einen 5-km-Radius thematisiert. Frage: Besteht hierfür eine Datengrundlage? Dies wird derzeit geprüft - Mobilfunkzellen haben jedoch meist einen Radius von 8 km, daher ist es schwierig, die Wahl von 5 km zu begründen • Zu diesem Thema herrscht noch Klärungsbedarf b) RKI-intern	Alle [redacted] [redacted] [redacted]
8	**Dokumente** • Nicht besprochen	
9	**Update Impfen (nur freitags)** o	FG33
10	**Labordiagnostik** • AGI Sentinel: zw. 28.12.2020-08.01.2021 kamen 109 Einsendungen, davon 25 SARS-CoV-2-positiv, alle anderen Proben enthielten Rhinoviren. Die Quote ist mit 13 % hoch,	ZBS1 FG17 [redacted]

hier ist kein positiver Effekt des Lockdowns zu erkennen, es ist jedoch noch zu früh für eine Interpretation.

- Über das IMS-Netzwerk erhielt FG 17 drei Proben, einer Familie aus NRW mit Verbindung nach Südafrika, in denen durch Sequenzierung erstmals in Deutschland die südafrikanische Variante B.1.351 nachgewiesen werden konnte. Die Einschleppung erfolgte Mitte Dezember 2020. Die Proben erreichten RKI erst am 30.12., die Sequenzierung wurde ohne Verzögerung vonseiten des RKI ausgeführt.
- Zur Frage: Sequenziert Deutschland zu wenig?
  In den Staaten werden unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt, auch in den USA werden nur 0,4 % der Proben sequenziert, in anderen Staaten wesentlich häufiger. In Deutschland wurden in der gesamten letzten Influenza-Saison 400 Proben sequenziert. Eine Zunahme der Sequenzierung wird durch die neue „Corona-Surveillance-Verordnung – CoronaSurV“ unterstützt,
  durch eine geografische Repräsentativität können auch mit weniger Daten Aussagen getroffen werden.
- Eine Virusanzüchtung wird derzeit im hauseigenen Labor versucht
- [redacted]
- Frage an FG 17: Ist die die Untersuchung von rekonstituiertem Virus (Sequenz) ein für das RKI interessantes Modell?
  Mit Hilfe von a) Pseudopartikeln oder b) rekombinanten SARS-Corona-Systemen wurde die Reaktivität von Impfseren untersucht: Nur die Mutationen aus B.1.351 und B.1.1.7 wurden eingefügt. Warnung: am Spike Protein treten 12 unterschiedliche Veränderungen auf.
  [redacted]
- In der 53. KW wurden 421 eingesandte Proben im Labor untersucht, 39,5% waren positiv (Disclaimer gilt weiterhin).
- Informationsaustausch international ist gut, großes Interesse an Datenaustausch ist vorhanden. Sowohl Frankreich, als auch UK teilen Informationen über GISAID.
  Bisher war es nicht möglich, die Variante B.1.351 als Isolat zu bekommen.
- Es sollte weiterhin die vermittelt werden (z.B. Presse anfragen), dass die Sequenzierung nicht zur Bekämpfung der Ausbreitung führt. Es gilt nach wie vor (für alle Virusvarianten): Quarantäne, Test und Isolierung sind die

[redacted]

	• wichtigsten Maßnahmen zur Bekämpfung. Auch mit leichten Symptomen sind Selbstisolierung und Test angezeigt • Diskussionen zur Quarantäneverkürzung sind angesichts der neuen Virusvarianten nicht angezeigt • Rückfragen zur Sequenzierung können an [redacted] gerichtet werden	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Neuer Urintest „DiaPat-CoV-50“ soll den Verlauf von COVID-19 Erkrankungen prognostizieren können (leicht/schwer/sehr schwer) o Proteomanalyse, detektiert 50 Peptide o Sensitivität 82%, Spezifität 86% o Test hat eine Sonderzulassung erhalten (BfArM) und wird in den STAKOB-Zentren angewendet. Es stehen derzeit 400 Tests zum Preis von 850€ zur Verfügung. Sie sind nicht abrechnungsfähig, BMG prüft derzeit die Kostenübernahme. o Frage: Welchen Nutzen hat der Test? Da die Leistungsdaten nicht ausreichend sind für Diagnostik und die Indikationsstellung für eine spezifische Therapie (Remdesivir bzw. die erwartete AK-Therapie) auf anderen/klinischen Kriterien beruht, ist der Nutzen derzeit fraglich o Ob es bei Untersuchungen auf Proteombasis einen Zusammenhang zwischen bestimmten Proteinen und dem COVOD-19 Krankheitsverlauf gibt, ist derzeit noch nicht eindeutig geklärt. o Der Test wurde am 10.12.2020 in der Fernsehsendung „Brisant“ vorgestellt.. Anfragen dazu sind zu erwarten *ToDo: Sprachregelung für die Presse durch IBBS mit Verweis auf die Angaben auf der Homepage der Firma*	*IBBS* *IBBS*
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o Grippe Web: Deutlicher Rückgang der Inzidenz akuter respiratorischer Erkrankungen je 100.000 Einwohner im zweiten Lockdown (52. KW) für alle Altersgruppen, das bedeutet, dass die Maßnahmen wirksam durchgeführt wurden o Die Reihung nach Altersgruppen zeigt für die 52. KW, dass sich die Inzidenztrends in den Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen abbilden. o Ausbrüche in Kindergärten: 544 Ausbrüche in den Altergruppen < 15 Jahre	FG32 FG36 [redacted]

	o Altersgruppen >15 Jahre haben den größten Anteil am Ausbruchsgeschehen (190 Ausbrüche) o Insgesamt eher rückläufiges Ausbruchsgeschehen insbesondere in den Schulen, da geschlossen, während Kindergärten teilweise (für Notbetreuung) geöffnet sind o Lockdown „light“ im November zeigte geringeren Effekt im Vergleich mit dem Lockdown im Dezember. Auswirkungen der Feiertage werden jedoch erst im Lauf dieser Woche sichtbar werden. o Migration der Studie auf eine neue Plattform ist in Arbeit	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung Mittwoch, 13.01.20202, 11:00 Uhr, via Webex	

Ende der Sitzung 15:04 Uhr

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*13.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Dashboard Differenzen	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 FG38
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie (FG36)	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** •	Alle P4
7	**Dokumente** • Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung Flugverkehr aus UK und Südafrika	Alle FG38
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • FFP-2-Masken	Alle FG14
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • ggf. Ergebnis WHO -TK v. 12.01. zu neuen Varianten [redacted]	FG32 FG36 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**	FG38
15	**Wichtige Termine** • Teilnehmer bestimmen f. Veranstaltung „coronafreien internationalen Mobilität“ der OECD am 14. Januar 2021	Alle FG38
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 15.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*13.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 1.953.426 (+19.600), davon 42.637 Todesfälle (+1.060), 7-Tage-Inzidenz 155/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,99; 7-Tage-R=1,07 o Impfmonitoring: 688.782 (+60.858) geimpfte Personen o ITS: 5.230 (-59) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Nach wie vor schwierig zu interpretieren ▪ Übermittlungsprobleme in diversen LK o Geografische Verteilung nach Alter ▪ Aufgesplittet nach Altersgruppen, Skala ist die gleiche wie auf Gesamtdeutschlandkarte ▪ Sehr hohe 7-Tage-Inzidenzen in Sachsen und Thüringen bei 80+ Jährigen, vermutlich viele Alters- und Pflegeheime betroffen. Trifft nicht auf Kinder zu. o Geografische Verteilung Trend ▪ Vergleich Vorwoche-aktuelle Woche: bildet Kreise mit bedeutender Zunahme und Abnahme ab. ▪ Stärkste Zunahme im LK Stadtverband Saarbrücken, vermutlich Datenartefakt. ▪ Viele LK, in denen die 7-Tage-Inzidenz zunimmt, weniger in denen sie abnimmt. Keine klare Tendenz sichtbar. o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Bei 80+ Jährigen am größten, bei 15-34 Jährigen gestiegen, am wenigsten betroffen sind weiterhin Kinder. o COVID-Fälle nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen ▪ Starke Abnahme bei Schulen und Kitas ▪ Auch Abnahme bei §36 Einrichtungen: Tatsächlich oder auf Grund von mehr unvollständigen Meldungen? o Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Weiterhin hohe Todesfallzahlen ▪ In KW 52 ca. 4.500 Personen innerhalb einer Woche verstorben. ▪ Verzögerung der Übermittlung von Todesfällen im Vergleich zur Übermittlung von Meldedaten ▪ Üblicherweise werden Todesfälle innerhalb einer Woche nachgemeldet. Zum Teil werden jedoch auch 2-3 Wochen zurückliegende Todesfälle gemeldet. Todesfallzahlen liegen deshalb mit Verzögerung vor. ▪ Bis Ende der Woche hierzu Auswertung fürs BMG o Warum unterscheiden sich die Inzidenzen bei Heatmap und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer?	FG32 [redacted]

- 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe - Heatmap
  - Heatmap wird rückwirkend aktualisiert, dadurch erhöhen sich 7-Tage-Inzidenzen rückwirkend durch Nachmeldungen.
- 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - Es wird die Inzidenz ausgewiesen, die am jeweiligen Tag berichtet wurde.
  - Die Inzidenz erhöht sich durch Nachmeldungen immer etwas. Dies wird in dieser Abbildung nicht ausgewiesen, da es zu einer Unterschätzung der aktuellen Inzidenz in den letzten 3 Tagen führen würde.
  - Inzidenz stimmt deshalb nicht mit Heatmap überein.
  - Entscheidung: keine Änderung der Grafik, stattdessen deutlich machen, dass Inzidenz des jeweiligen Berichtstages ausgewiesen wird.
- Darstellung nach Infektionsumfeld: Schule ist unter Ausbildungsstätte subsumiert. Sind genauere Angaben möglich?
  - Ist in Meldedaten differenzierter angegeben.
- Wie viele Meldefälle hatten zuvor einen positiven Antigentest?
  - Es wurden nur sehr wenige Antigentests übermittelt. Letzte Woche ca. 900 Fälle mit alleinigem Antigentest + ca. 1.000 Fälle mit Antigen + PCR Test. Es wird von einer deutlichen Untererfassung ausgegangen. Es gibt nicht wirklich belastbare Daten aus Meldewesen.

- **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)

Abt.3 [redacted]

- Testzahlen und Positivquote
  - In 1. KW wieder auf 1,2 Mio. Testungen angestiegen.
  - Positivquote (12,8%) auf Level von KW 52 zurückgegangen.
- Auslastung der Kapazitäten
  - Testkapazität + durchgeführte Tests steigen wieder an, Positivquote geht zurück.
- Probenrückstau unbedeutend
- AG-POCT kumulativ
  - Befragung wurde an Landeskoordinatoren, die zentral Antigentests erhalten und an Einrichtungen verteilt haben, verschickt mit der Bitte die Befragung an die Einrichtungen weiter zu verteilen.
  - Anzahl der Einrichtungen, die geantwortet haben, ist sehr überschaubar. Die Anzahl der durchgeführten Tests ist nicht aussagekräftig.
  - Positivquote in der Regel < 1%, außer in Tagespflege.
- Über diesen Weg sind keine aussagekräftigen Daten zu Antigentests in Einrichtungen zu erwarten. Einziger Weg wäre Daten direkt über Labor und Meldesysteme zu erhalten. Antigentests werden in GA unzureichend erfasst.

- Sollte man diejenigen befragen, die Testung anbieten/ unterstützen, z.B. DRK, Caritas, Bundeswehr, Träger der Einrichtungen?
- Vorschlag: In AGI thematisieren, wie man an diese Daten kommen könnte. Ist originäre Aufgabe des MDK.
- Uni Bremen hat großen Survey zur Pflege während der Corona Pandemie durchgeführt.
- Weiterhin viele Ausbrüche in Pflegeheimen;
  Ausbruch in Kiel: Überforderung auf allen Ebenen, schlecht ausgebildetes Personal, Personalmangel, keine externe Unterstützung. Unterstützung und nicht Untersuchung ist im Moment notwendig.

FG37
[redacted]

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)

- Anteil nach Bundesland
  - Anstieg Anzahl Testungen, Rückgang Positivenanteil
  - Rückgang Anteil positiv Getesteter auch in Thüringen und Sachsen.
- Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe
  - Anzahl Testungen steigen in allen Altersklassen, nur nicht bei den 0-14 Jährigen.
  - Bei den 0-4 und 5-14 Jährigen steigt die Positivenrate, aber nicht die Anzahl Testungen.
- Abnahmeort
  - Testung in Arztpraxen nimmt zu, jedoch immer noch nicht so viele Tests wie vor Weihnachten.
  - Sehr hohe Positivenrate in Arztpraxen geht wieder zurück.
- Zeit zwischen Abnahme und Test
  - Großer Zeitverzug in Thüringen, ist vollständig zurückgegangen.
- Ergebnisse zu Antigentests folgen nächste Woche

MF4
[redacted]

- **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier)
  - COVID-19-Intensivpflichtige
    - Leichte Ausbremsung der ICU Belegung, möglicherweise Effekt des 2. Lockdowns, jedoch weiterhin über 5.000 Fälle in Behandlung.
    - Viele tägliche Neuaufnahmen und Verlegungen sowie Zunahme der Todeszahlen in letzten 2 Wochen.
    - > 90% der Patient*innen brauchen respiratorische Unterstützung.
    - 8 BL verzeichnen einen kritischen Anteil von mind. 25% an ihrer Gesamtkapazität.
  - Belastung der Intensivmedizin
    - Einschätzung, ca. 70% geben an begrenzt oder komplett ausgelastet zu sein, vor allem wegen Engpässen beim Personal.
  - Behandlungskapazitäten
    - Niedriges Niveau der freien betreibbaren Bettenkapazitäten