



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	31.03.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIG
 - Johanna Hanefeld
- ! FG12
 - Annette Mankertz
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Thorsten Wolff
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG36
 - Walther Haas
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
 - Muna Abu Sin
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
- ! BZGA
 - Frau Münstermann
 - Frau Thaiss
- ! Bundeswehr



- Frau Roßmann



TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse internationale Entwicklung, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit >7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ Italien: nach 3 Wochen Quarantäne Abnahme von Fallzahlen ▪ Explodierende Fallzahlen in den USA ○ Erfolgsmodell-Länder: Hong Kong, Singapur, Taiwan <ul style="list-style-type: none"> ▪ In Hong Kong und Singapur erneut Fallzunahmen ▪ Logarithmische Darstellung und Projektion basierend auf verfügbaren Daten (Brockmann) zeigt vor allem für Hong Kong eine noch zu erwartende Zunahme der absoluten Fallzahlen, sowohl für Taiwan als auch Südkorea zeigt die Projektion eine deutliche Entwicklung nach unten ▪ <u>Hong Kong</u>: 682 Fälle, 4 Todesfälle; Anstieg wird auf einreisende Studierende aus Europa zurückgeführt, mehr Details sind noch nicht verfügbar, jedoch wurden deswegen die Maßnahmen am 25.03. angepasst: nur ansässige Personen dürfen einreisen, anreisende von Festland China, Taiwan müssen eine Zwangsquarantäne einhalten, im Rahmen eines „enhanced laboratory surveillance programme“ ist Testung asymptomatischer einreisender aus Europa, UK und USA verpflichtend, erneute Schließung öffentlicher Orte und Quarantäne-Maßnahmen ▪ <u>Singapur</u>: 879 Fälle, 3 Todesfälle; primär importierte Fälle aus USA, EU, ASEAN, Türkei, Indien, VAE, aus diesen werden auch die nächsten Wochen viele Rückkehrer erwartet, entsprechend wurden Maßnahmen verschärft: 14d Heimquarantäne für alle Einreisenden, teilweise in gesonderten Einrichtungen, strenge social distancing Maßnahmen ▪ <u>Taiwan</u>: 306 Fälle, 5 Todesfälle; Erfolgsrezept Testungen mit Positivrate von 1%, Fallzahl tendiert gen Null, Beibehaltung der nicht pharmakologischen Maßnahmen u.a. früh verfügbare Labortests, keine Ausgangssperre in dem Sinne oder bedeutende Einschränkung der Bevölkerung; Frühwarnsystem in Form einer Zwangs-App für Einreisende, darüber Tracking und Nachrichten, sowie geforderter „mobile 	ZIG1



	<p>health declaration pass“</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Schweiz</u>: 15.475 Fälle, 295 Todesfälle; einige Kantone bereits als Risikogebiete ausgewiesen, Fallanstieg in und um Basel, viele Berufspendler aus Deutschland ▪ <u>USA</u>: 140.904 Fälle (meiste Fälle weltweit), 2.405 Todesfälle; Ereignisse überschlagen sich, Inzidenz 43/100.000 Einw., Fall-Verstorbenen-Anteil 1,7%, Inzidenz in vielen Staaten stark wachsend; Louisiana besonders dramatisch mit schnellstem Wachstum von Fällen, in New Orleans fand Ende Februar Mardi Gras statt, dort eklatanter Mangel an Beatmungsmöglichkeiten, Situation entwickelt sich in anderen Großstädten, z.B. Chicago und Detroit, ähnlich <p>! Testkapazitäten (Folie 9)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ZIG1 stellt Zahlen und Positivrate von Testungen in Deutschland und anderen Ländern dar (FR, ES, GB, IT) ○ Deutschland ist bis zur KW12 und in KW12 führend in der Gesamtzahl ○ Positivquote (Indikator zur Abschätzung der Gesamt-Fallerfassung) ist in Deutschland am niedrigsten (11%), in Frankreich 41% ○ Dies korreliert gut mit anderen vorhandenen Information und der generellen Einschätzung <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ UK wurde bereits als Risikogebiet bei BMG angefragt ○ Neuer Vorschlag an BMG: Schweiz und USA ○ Risikogebiete werden evtl. demnächst abgeschafft <p><i>ToDo: Schweiz und USA werden in ihrer Gänze dem BMG als Risikogebiete vorgeschlagen</i></p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 61.913 (+4.615, 7%), davon 583 (0,9%) Todesfälle (+128), betroffene Landkreise 412 ○ Fall Berichterstattung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es werden nur laborbestätigte Fälle berichtet, dies soll so lange wie möglich beibehalten werden ! so lange wie möglich soll breit getestet werden ▪ Ggf. müssen in Zukunft klinisch-epidemiologische Fälle (ohne Laborbestätigung) erwogen werden ▪ Dies würde vor allem zur Erfassung 	
--	--	--



	<p>schwererer Fälle führen und kein richtiges Lagebild präsentieren, Labordiagnostik bleibt Priorität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell erfasste, nicht laborbestätigte COVID-19-Fälle sollten dargestellt werden um zu sehen, wie sie sich im Verhältnis zu den laborbestätigten entwickeln, wenn erstere ansteigen ist dies ggf. ein Zeichen, dass Testkapazitäten nicht mehr reichen! Differenz muss im Auge behalten werden ▪ Klinische Fälle können nicht in allen Softwares als Fälle erfasst werden, Zahl ist deswegen nur begrenzt belastbar (es gibt keine eigene COVID-19 Meldekategorie); bei SurvNet ist dies möglich, FG31 unterstützt Ämter dabei, wie solche Fälle gemeldet werden können ▪ Externe Kommunikation zu Details der Fälle (z.B. Erkrankungsschwere) ist wichtig und gefragt,! Hr. Haas bringt morgen Tabellen zu schwer erkrankten und Todesfällen mit, soll in Zukunft auch regelmäßig aktualisiert werden ▪ Überlegung (ungeklärt): Könnte Bildgebung (CT oder radiologisches Bild) zur Testung hinzugefügt werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Genesene ~16.100, sollen auch in Dashboard und SurvNet abgebildet werden, aus Datenschutzgründen (Nutzung individueller Informationen) ist dies nicht so einfach, sobald dies geklärt ist wird Berechnungs-grundlage angepasst und nachkorrigiert ○ Inzidenzen/Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 BL mit kumulativer Inzidenz >100, BY, BW, HH ▪ Nowcasting zeigt im Gegensatz zu Dashboard ein wahrscheinlich realistischeres Bild, aber Varianz zwischen den Tagen ist groß und nicht leicht zu verstehen, es bleibt abzuwarten, ob sich dies reguliert; aktuell ist es zu kompliziert für die Allgemeinbevölkerung, auch, da zu vermutender Rückgang nicht die wirkliche Lage reflektiert; es wäre gut, die Information der Fachöffentlichkeit zur Verfügung zu stellen, z.B. in Fachpublikation oder EpiBull ▪ BE und BW machen Nowcasting-Modellierungen da sie empfinden, dass Meldedaten die Lage nicht mehr richtig widerspiegeln, Ergebnisse werden RKI zugeschickt ▪ Fr. Hanefeld stellt Kontakt zwischen Modellierern aus BY und RKI her (Wunsch aus BY) 	
--	--	--



	<ul style="list-style-type: none"> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3-Tages-Inzidenz, Tirschenreuth, Neustadt ○ Expositionsorte: nicht mehr viele Reisende, weniger Anstieg, lediglich viele Rückkehrende aus Ägypten ○ Altersverteilung: zunehmend ältere Personen und zahlreiche Pflege- und Altenheime betroffen, dort auch viele Todesfälle ! DIVI Intensivregister, Datenstand von gestern <ul style="list-style-type: none"> ○ Bettenzahlen können nicht einfach so addiert werden, da dies im Abfragetool nicht klar genug aufgebaut wurde, wird gegen Ende dieser Woche verbessert ○ Zahl der angeschriebenen Krankenhäuser ist 1.160, aktuell sind es ~730, heute kommen 200 hinzu, große Häuser, z.B. Charité, melden in mehreren Bündeln ○ Gesamtkapazität von 28.000 Betten ist ein Schätzwert von 2017 zur Intensivplankapazität und beruht auf erhaltenen Förderungen der Länder (manche weisen aktuell mehr, andere weniger aus als reelle Kapazität), DIVI-Leute haben Eindruck, reelle Kapazität liegt eher bei 30.000 ○ Ende der Woche wird das Tool aktualisiert, Intensiv-betten Ist-Zustand, Zuwachs und Plankapazität sollen transparent ablesbar werden, damit Politik und Krankenhäuser dies mit aufnehmen bzw. berücksichtigen können ○ Tool wird überall promotet, System braucht Zeit und Abfrage sollte nicht zu kompliziert gemacht werden, es wird diskutiert, ob Eingabe verpflichtend sein soll ○ Ist ein Engpass bei Rettungstransportkapazitäten absehbar? Für COVID-19-Fälle genügt RTW (kein IRTW notwendig), dies wurde mit in Diskussionsliste aufgenommen, Aufstellen eines deutschlandweiten Netzwerks ist im Prozess und eine Herausforderung, dann werden Fragen konkreter adressiert und Zuarbeit eingefordert, Knappheit ist nicht zu erwarten ○ Tool ist schnell gewachsen und stellt Gewinn dar, nach BKAMt „wermachtwas“ Strategie liegt die FF bei BMG ! Internationale Kommunikation: internationale Cluster nehmen ab, Kreuzfahrtschiffe stellen weiterhin viel Arbeit dar ! Amtshilfeersuchen <ul style="list-style-type: none"> ○ Potsdam, großer nosokomialer Ausbruch, mindestens 4-5 Abteilungen im Ernst-von-Bergmann-Krankenhaus betroffen, Unterstützung wird gerade von FG37geprüft ○ In Sachsen-Anhalt, LK Wittenberg, ist die 	
--	--	--



	<p>Ortschaft „Jessen“ besonders betroffen mit Inzidenz 300/100.000, RKI Team war vor Ort und unterstützt</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ NRW und Saarland werden auch weiter unterstützt ○ Angebot von MSF steht, Anruf genügt <p>! Externe Daten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Euro-MOMO Daten kommen immer donnerstags ○ AGI-Daten kommen Mittwoch im Entwurf <p>! Besonders betroffene Gebiete in Deutschland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Neue BMG-Weisung: im Inland betroffene Gebiete sind nicht mehr als solche auszuweisen ○ International wird möglicherweise ganz Deutschland als Risikogebiet angesehen, es soll deutlich auf Dash-board und Lagebericht hingewiesen werden, wo BL und LK/SK- Inzidenzen ersichtlich sind ○ Rubrik auf RKI-Webseite soll gelöscht werden, es ist noch nicht sicher, wann/ob internationale Risikogebiete wegfallen ○ Sprachregelung ist hierfür notwendig, Verweis auf Quellen unter denen Inzidenzen abrufbar sind, bürgernahe Terminologie notwendig <p><i>ToDo: Besonders betroffene Gebiete in Deutschland sollen auf der RKI-Webseite entfernt werden</i></p> <p><i>ToDo: Sprachregelung zum Wegfall der besonders betroffener Regionen in Deutschland mit Verweis auf regionale Inzidenzen</i></p>	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Immunität nach Erkrankung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Vermehrt Fragen zur Immunität nach Erkrankung ! Aktuell bestehende Schlussfolgerungen beruhen aus Erkenntnissen von SARS oder anderen Coronaviren ! Noch keine Information diesbezüglich zu SARS-CoV-2 bekannt ! Dies macht den Wiedereinsatz von erkranktem medizinischem Personal schwierig <p>Geruchs- (Anosmie) und Geschmackssinnverlust</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Frage aus EpiLag zu Geruchs- und Geschmacksverlust, sind dies als spezifisch zu bewertende Effekte, oder neurologische Folgen, ! Anosmie ist für die Falldefinition nicht geeignet aber möglicher klinischer Marker, nach Einzelberichten geht sie auch über die übliche Erkrankungsdauer hinaus ! Zu kurz oder mittelfristigen Langzeitfolgen gibt es noch keine Publikation, wird von FG36 mit IBBS beobachtet und evaluiert ! Hr. Streek aus Köln plant eine Studie zu Heinsberg, Anosmie wurde auch dort vermehrt festgestellt, Studie ist aktuell noch in 	Alle



	<p>der Vorbereitung (nach Hr. Wilking) und soll eine Evaluierung des Antigentests enthalten, Publikation wird noch länger dauern</p> <p>! Hr. Wolff kontaktiert Hr. Streek bezüglich der Studie um zu erfahren, was geplant und wie der Stand ist</p> <p>Daten aus Deutschland</p> <p>! Erregersteckbrief bezieht sich v.a. auf verfügbare internationale Daten, Daten aus Deutschland sollen auch für Fachöffentlichkeit verfügbar gemacht werden, noch gibt es jedoch nicht viele</p> <p>! Klinische Daten, die über Publikation hinausgehen, wären sehr interessant und sollten weitergeleitet werden damit sie in den Steckbrief aufgenommen werden können</p> <p>! Die, die die meisten Daten haben, haben nicht unbedingt Zeit, diese zeitnah zusammenzuschreiben</p>	
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <p>! Kein Anpassungsbedarf</p>	alle
4	<p>Kommunikation</p> <p>Kampagnen</p> <p>! Start BMG Kampagne in unterschiedlichen Wellen, BZgA berät</p> <p>! BZgA richtet ihre bereits bestehende Kampagnen auf Corona aus und erfasst Bedarfe inkl. Expertenhearing um präventiv Trends zu verspüren und zu adressieren</p> <p>! Erforschung, wo good practices bestehen, die genutzt werden können, bzw. Eigenentwicklung von Material</p> <p>MNS Schutz</p> <p>! Stets mehr in den Medien, Stadt Jena macht MNS-Tragen Pflicht</p> <p>! RKI muss Haltung entwickeln, soll es für alle empfohlen werden? Sollen Masken selbst genäht werden?</p> <p>! BZgA hat einen Entwurf erstellt, in dem von selbstgenähten Masken abgeraten wurde, RKI empfiehlt zunächst Zurückhaltung</p> <p>! WHO rät von allgemeinem MNS Tragen ab</p> <p>! Pro</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Infizierte Personen zeigen asymptomatische prä-klinische Ausscheidung, dies wurde auch publiziert, deswegen besteht eher große Wahrscheinlichkeit, dass dann auch andere infiziert werden können, MNS kann helfen, weitere Transmission zu verhindern bzw. zu verringern, hierzu besteht Evidenz <p>! Contra/zu beachten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ MNS-Mangel: MNS sollte bedürftigen, die ihn im beruflichen Alltag brauchen, nicht weggenommen werden 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Risiko der Vernachlässigung anderer wichtiger Maßnahmen ! MNS-Tragen muss Teil eines Maßnahmenbündels sein, ist als Einzelempfehlung nicht sinnvoll ○ Tragen von MNS durch erkrankte Menschen, die dies auf Empfehlung (zum Fremdschutz) tun, kann zu Stigmatisierung führen, Paper im Lancet respiratory infections erwähnt dies auch <p>! Neue Publikationen werden immer in RKI-FAQ eingearbeitet um zu zeigen, dass RKI sich mit ihnen auseinandersetzt, Daten aus Lancet Paper beziehen sich auf Kranke ! aufgrund dieser Studie kann allgemeines MNS-Tragen nicht evidenzbasiert empfohlen werden</p> <p>! Vielleicht gibt es historische Studien, da früher sicher häufiger Stoff-MNS benutzt wurde, aber Haltung muss zeitnah entwickelt werden, damit RKI glaubwürdig bleibt</p> <p>! Wo keine/mangelnde Public Health Evidenz verfügbar ist, muss auch weniger harte Evidenz genutzt werden, wichtig ist die Sprachregelung um für die Bevölkerung akzeptabel zu sein</p> <p>! FG14 und FG36 bereiten Sprachregelung vor, wie wir dazu kommen, allgemeinen MNS zu empfehlen; führende Rationale: es dient dem Fremdschutz, aber Argument, dass Infektionsstatus ggf. nicht bekannt ist; darf nicht zu einer Verringerung anderer Hygienemaßnahmen führen</p> <p><i>ToDo: FG14 und FG36 bereiten RKI Stellungnahme zur allgemeinen Verwendung von MNS vor</i></p> <p>RKI-Pressestelle</p> <p>! Freitag läuft Datenspende aus Fitnessstrackern an (gestern von Hr. Brockmann vorgestellt), Presse bereitet hierfür alles vor</p>	
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>RKI-Aufgaben im Beschluss der Bundesregierung vom 30.03. „wer macht was?“ BKAm Papier</p> <ul style="list-style-type: none"> ! RKI-Aufgaben in Bereichen Monitoring, Medizin, Sicherheit, Wirtschaft ! <i>Täglich: Zahl der Zahl der Infizierten, Neuinfektionen, Quarantänefälle, Verstorbene, Geheilte [Nutzung digitales RKI-Tool durch alle ÖGD sicherstellen, RKI]</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Daten zu Quarantänefällen können nicht von RKI gewährleistet werden, wurde auch in AGI besprochen, BL haben diese Daten ebenfalls nicht ○ Theoretisch wären diese für GA, die SurvNet nutzen abbildbar, jedoch in Realität utopisch und unmöglich ○ Aktuell ist großes Unterstützungspotential gegeben, sogar DEMIS könnte evtl. schneller gestartet werden, zunächst sollte SurvNet gestärkt werden 	VPräs alle



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Es gibt kein technisches Problem und keinen Bedarf an anderen/neuen Tools, GA sind aufgrund grundsätzlicher Limitationen (nichts kann eingelesen werden, teilweise nur ein Administrator/GA, nur pdf-Versionen können erhalten werden, usw.) nicht in der Lage, diese Daten zu erheben und einzugeben, diese Probleme können nicht von zentral gelöst werden ○ Nebst veralteter Technik haben GA kein Personal, Lösung von zentral nicht möglich, wenn im GA dann niemand die Software installieren kann ○ Auch in Abt. 3 wird dies oft diskutiert, Software und insbesondere DEMIS ist die höchste Priorität, wenn Ressourcen gestellt werden können, sollten auch andere IT-Tools hinten anstehen und primär alles auf SurvNet und DEMIS fokussiert werden; GA und BL sollten auch hieran gehalten werden ○ Präs bespricht dies mit politischen Akteuren <p>! <i>Nutzung der digitalen RKI-Tools (a) zur Meldung von COVID19-Fallzahlen und (b) zur Bearbeitung der Kontaktnachverfolgung durch alle öffentlichen Gesundheitsdienste. Meldung auch am Wochenende und den Osterfeiertagen sicherstellen. [Länder, GesMinKo]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet, nicht andere/diverse Tools muss priorisiert werden, welche IT-Tools hier gemeint sind wird heute Nachmittag mit Antina Ziegelmann besprochen ○ KoNa Bluetooth Handy Tracking-App liefert keine Daten zu Zahlen <p>! <i>Regelmäßige Anpassung der RKI-Empfehlungen zu diagnostischen Tests [RKI]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wird fortlaufend gesichert <p>! <i>Regelmäßige Anpassung der RKI-Empfehlungen zum Schutz vor Infektionen im persönlichen Bereich und in Betrieben sowie kritischen Infrastrukturen [RKI]</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Z.B. vermutlich KoNa Empfehlungen und deren Anpassung ○ Vieles im Dokument ist nicht ganz klar und kann nur vermutet werden ○ RKI passt fachliche Empfehlungen weiterhin bei Bedarf an und wartet mögliche weitere Forderungen ab, die bei Wunsch sicher kommen werden <p>! Maßnahmen zur Unterbrechung von Infektionsketten wurde BKAm, BMF, BMG zugeordnet, heute Nachmittag TK zu Exit-Strategie, zsm. mit Deeskalations-AG</p> <p>! Quarantäneregime nach Ende von Risikogebiets-Ausweisung ist BMI, AA, BMVi und BMG zugeordnet, dazu wird RKI gefragt werden, wir bleiben bei freiwilliger häuslicher Quarantäne, BMI präferiert Anweisungen</p>	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ! Aufgabenbereich Medizin (Seite 3), Aktivitäten um Therapie zu optimieren wurde BMBF zugeordnet, dies sind eigentlich Themen, in die die Fachgesellschaften involviert sein müssen ! Aufgabenbereich Wissenschaft (Seite 5), Studien zur Verbesserung der Therapie, Register schwerer Verläufe, Verbesserung Spezifität von Antikörpertests uvm. wurden BMBF zugeordnet, RKI muss hier auch involviert sein ! BMBF wird eher für Finanzierung und Koordinierung zuständig sein, RKI muss frühzeitig unsere Einbeziehung sicherstellen, nicht zuletzt, damit bestehende Definitionen bei anderen Registern angewandt werden <p><i>ToDo: Christian bittet BMG um Ansprechpartner im BMBF, bevor diese anfangen woanders Kooperationen aufzubauen, ohne das RKI zu berücksichtigen.</i></p>	
6	<p>Dokumente</p> <p>Ausbrüche in Pflege- und Altenheimen</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Wachsendes Problem: Ausbrüche in Pflege- und Altenheimen mit vielen schweren Fällen und Todesfällen ! Es sollen konkretes Material für Altenpflegeeinrichtungen aus bestehenden Dokumenten vorbereitet werden ! FG36 hat eine MMWR Publikation zu Altenheimen mit lessons identified herumgeschickt ! Wenn in diesem Setting Fälle bei Personal oder Bewohnern identifiziert werden sind idR bereits viel mehr Personen infiziert ! Deswegen sollte hier Screening asymptomatischer Personen erfolgen um Ausbrüche und weitere Ausbreitung durch Verlegung und Betreuung zu vermeiden ! Außerdem soll spezifische Information als Empfehlung zu präventiven Maßnahmen in die Einrichtungen gehen, inkl. grafischer Aufarbeitung und aktiver, zeitnaher Entsendung an Verteiler von Fachgesellschaften, auch, damit Situationen wie in Nürnberg verhindert werden können ! Existierendes Material muss evaluiert und angepasst werden, mit Schwerpunkt Prävention von Ausbrüchen/Ausbreitung ! Erfahrung von Ausbruchsteams (Jessen, Christina Frank & Co.) sollte einfließen, es gibt publizierte Ergebnisse ! Grafische Aufarbeitung durch IBBS kann innerhalb eines Tages erfolgen wenn Inhalte stehen ! FG36 schickt bestehende Auswertung an FG14 und FG37 die Aufgabe übernehmen sollen, IBBS macht grafische Aufarbeitung, sollte in spätestens einer Woche nächsten Dienstag fertig sein ! Erster Entwurf des Schemas kommenden Montag <p><i>ToDo: Aufgabe an FG14 und FG37 Inhalte zu Empfehlungen für dieses Setting zu erstellen, IBBS macht anschließend grafische Darstellung</i></p> <p>„Mental Health“</p>	FG36



	<p>! Mental Health (Schlagworte: Ausgangssperre, Quarantäne, Pandemie) ist aktuell bei G7 Staaten großes Thema, PHE hat hierzu Empfehlung entwickelt, dies wäre auch ein Thema, das von Abt. 2 wissenschaftliche inhaltlich begleitet werden könnte</p> <p>! BZgA ist hierzu auch mit diversen Gesellschaften in Kontakt, und begleitet Aktivitäten mit Fachebene zusammen mit BMG, Hotline mit Triagierung und ausgebildeten Psychotherapeuten ist im Gespräch, außerdem Webseiten-Aufbau, Sammlung von Informationen zu bereits bestehende Aktivitäten und Ressourcen</p>	IBBS
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>! FG17: gestern 30 Proben von denen eine positiv war, kuriose Symptomatik: Fall hatte Kopf-, Hals-, und Muskelschmerzen und kein Fieber, fraglich, warum überhaupt ein Arzt aufgesucht wurde? Möglicherweise gehen viele „gewöhnliche“ Fälle nicht zum Arzt?</p> <p>Serologischen Testung/Antikörpernachweis</p> <p>! Diverse Aktivitäten wurden mit Hr. Krause (HZI) in erstem Gespräch diskutiert um Bemühungen in Einklang zu bringen, letzterer initiiert Studien über DZIF, weitere Gespräche sind geplant</p> <p>! Im Rahmen verschiedener Vorhaben der Leibniz Institute ist eine Beprobung in verschiedenen Studienregionen (z.B. Bremen, Düsseldorf u.a.) geplant</p> <p>! Beprobung um (über Antikörper-Tests) Immunität in der Bevölkerung zu untersuchen passt gut zu bundesweitem RKI Vorhaben, dies sieht 150 Sample Points und Nutzung der GERN Struktur vor, in 4 besonders betroffenen Orten soll Beprobung unter Nutzung der GERN-Busse stattfinden</p> <p>! NAKO Struktur könnte in besonders betroffenen Gebieten für Studien genutzt werden</p> <p>! Konzept für RKI Studie mit Blutspendediensten (Offergeld und Wilking) ist entwickelt, bundesweit große Abdeckung, Beprobung (abhängig von Testverfügbarkeit) beginnt bald, Hr. Krause plant ähnliches, wenn Durchführung nicht zusammen dann ggf. Datenzusammenführung und gemeinsame Auswertung hinterher</p> <p>! Serologische Tests sind nicht einfach standardisierbar und ein einheitliches System wäre sinnvoll, wird auf Arbeitsebene weiter besprochen</p> <p>! Prioritäten liegen auf Maßnahmen, die zeitnah starb bereit sind</p> <p>! Muss auch auf RKI-Seite kommuniziert werden, Abt. 2 soll Text vorbereiten</p> <p><i>ToDo: AL2 soll Text zu diesen Studien für RKI-Webseite vorbereiten</i></p>	<p>FG17</p> <p>AL2</p>
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Kriterien Entlassungsmanagement</p>	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>! Entlassungsmanagement für ambulant geführte Fälle in Deutschland bezieht sich auf Zeit,</p> <p>! Chinesen halten PCR-Negativität für wichtig, wie machen es andere europäische Staaten?</p> <p>! Fr. Ruehe hat deutsches Vorgehen mit mehreren anderen Staaten verglichen, wir waren im Vergleich zu anderen am sichersten (Details nicht besprochen)</p> <p>! Unterscheidung zwischen Hospitalisierungs- und ambulantes Setting ist wichtig</p> <p>! Das Thema ambulante Entlassung wurde in heutiger EpiLag kritisch diskutiert, in BW ist 1/3 der Fälle, die nach 2 Wochen getestet wurden noch positiv</p> <p>! Charité hatte bei aus sozialen Gründen hospitalisierten Fällen nach 14 Tagen teilweise positive PCR-Ergebnisse, Anzucht dieser Proben im KL läuft um zu gucken, ob noch Lebendvirus besteht</p> <p>! Dieserart Daten für Fälle im ambulanten Bereich sollten zum Erreger-Verständnis untersucht werden (Virus Anzucht)</p> <p>! Fr. Rexroth leitet Information an IBBS weiter, ZBS1 oder KL werden für fachlich-inhaltliche Bewertung hinzugezogen</p>	IBBS/FG32/ alle
9	Maßnahmen zum Infektionsschutz !	
10	Surveillance ! S.o. (Referenzdefinition klinisch-epidemiologische Fälle)	FG36
11	Transport und Grenzübergangsstellen Anordnungen gemäß Gesetz zum Schutz der Bevölkerung von nationaler Tragweite ! Auf morgen verschoben	FG32
12	Internationales (nur freitags) !	ZIG/FG32
13	Update digitale Projekte (nur montags) !	FG21/Präs
14	Information aus dem Lagezentrum !	FG32
15	Andere Themen ! Nächste Sitzung: Mittwoch, 01.04.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	

