



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	29.07.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Viterokonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
 - Lothar Wieler
- ! Abt. 1
 - Martin Mielke
- ! Abt. 2
 - Thomas Lampert
- ! FG14
 - Melanie Brunke
 - Mardjan Arvand
- ! FG17FG 32
 - Ute Rexroth
- ! FG34
 - Viviane Bremer
 - Andrea Sailer (Protokoll)
- ! FG36
 - Udo Buchholz
 - Silke Buda
- ! FG37
 - Sebastian Haller
- ! IBBS
 - Christian Herzog
- ! P1
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Susanne Glasmacher
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Andreas Jansen
 - Sarah Esquevin
- ! BZgA
 - Heidrun Thaiss

- ! Bundeswehr
 - Katalyn Roßmann
- ! BMG
 - Iris Andernach



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) ! Ca. 16,5 Mio. Fälle und ca. 653.000 Verstorbene (3,97%) ! Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Unverändert, Brasilien und Indien wechseln beim 2. Und 3. Platz ab ○ Trends insgesamt ähnlich, in USA absteigender Trend ! 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenig Veränderung ○ Südamerika nach wie vor stark betroffen ○ Inzidenz in Südafrika nimmt ab ! Belgien <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg der Fallzahlen seit Juli, 7T-Inzidenz: 15 neue Fälle/100.000 Ew. ○ Altersverteilung: Verlagerung zu jüngeren Menschen ○ Seit Anfang Mai Lockerungen nach dem Motto: Freiheit ist Regel, Verbote sind Ausnahmen ○ Maßnahmenverschärfung ab heute: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einteilung in Kontaktblasen (wie viele Kontakte hat eine Person): Reduzierung pro Haushalt auf 5 Personen in den nächsten 4 Wochen ▪ Treffen von max. 10 Personen ▪ Veranstaltungen: max. 100 Personen in Räumen, 200 im Freien ▪ Telearbeit empfohlen, möglichst max. 30 min zum Einkaufen ! Spanien <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg der Fallzahlen seit Anfang Juli 	ZIG1

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Am stärksten betroffen sind die Regionen an der Grenze zu Frankreich im Nordosten: Aragon (7T-Inzidenz: 160/100.000 Ew.), Navarra (7T-Inzidenz: 80/100.000 Ew.), Katalonien (7T-Inzidenz: 63/100.000 Ew.) ○ Cluster vor allem in den Hauptstädten der 3 Regionen, Ausgang von Obst- und Gemüsesaisonarbeiter sowie Zusammenhang mit Nachtclubs, Gastronomie und Familienzusammenkünften ○ Verschärfung der Maßnahmen lokal bis zum Lockdown von Städten ○ Testung funktioniert jetzt viel besser, es werden mehr pos. Fälle gefunden, Anteil Asymptomatischer ist sehr hoch; Entwicklung ist stark von jüngeren Menschen getrieben ○ KoNa ist noch relativ lückenhaft. ○ Spanische Regionen im EU-Vergleich: Luxemburg und Aragon sehr hohes Risiko; Katalonien und Navarra hohes Risiko ○ Region Aragon: ein deutlicher Zusammenhang von Meldungen pro Tag und neuen Krankenhauseinweisungen ist sichtbar. <p>! Anregungen für Kommunikation:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gezielt auf Risikosituationen hinweisen: Von welchem Verhalten geht ein besonderes Risiko aus. ○ Korrelation der Fallzahl und der Zunahme von Krankenhauseinweisungen zeigt Sinnhaftigkeit der Teststrategie. Dieser unmittelbare Zusammenhang ist für Kommunikation sehr wichtig. <p>! Bisher Risikobewertung auf Länderebene, es sollte geprüft werden, ob dies für Spanien auf regionaler Ebene sinnvoll wäre.</p> <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 206.926 (+684), davon 9.128 (4,4%) Todesfälle (+6), Inzidenz 249/100.000 Einw., ca. 191.300 Genesene, Reff=1,14, 7T Reff=1,13 ○ Fälle und Todesfälle pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ Differenz zum Vortag bei 3 BL (BW, BY, NW) wieder im 3stelligen Bereich 	<p>FG32</p> <p>FG36</p>
--	--	-------------------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vergleich KW29/KW30 pro Bundesland <ul style="list-style-type: none"> ▪ überall Zunahme der Inzidenz außer in BE, RP, SH TH ○ Nowcasting <ul style="list-style-type: none"> ▪ R-Wert über 1, leichter Anstieg ○ 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ sieht im Moment weiter nach einer Trendumkehr aus, Anstieg ist durch viele BL getragen ○ Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK mit Inzidenz >100: Dingolfing-Landau (189) ▪ LK mit Inzidenz >25: Hof (36), Weimar (26) ▪ 96 LK: keine Fälle übermittelt ○ Aktuelle Ausbrüche <ul style="list-style-type: none"> ▪ LK Dingolfing: keine neuen Informationen seit Montag ▪ SK Hamburg: Flüchtlingsunterkunft betroffen, viele Reiserückkehrer pos. getestet (Warum relativ viele Reiserückkehrer? im Moment keine genaueren Informationen hierzu) ▪ LK Ostalbkreis: Trauerfeier (Grund für viele Ansteckungen? Umarmungen?) ▪ LK Weimar: Familienfeier ▪ LK Hof: Großfamilie ○ Altersverteilung nach Meldewoche ist stabil. ○ Fälle nach Tätigkeit oder Betreuung in Einrichtungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tätigkeiten: häufig „unbekannt“ ▪ im Moment keine Lebensmittelbetriebe betroffen ○ Fälle nach Expositionsort <ul style="list-style-type: none"> ▪ Internationale Exposition nimmt wieder zu, betrifft jedoch nicht den Großteil der Fälle. ○ Expositionsländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ keine großen Änderungen, am häufigsten genannt: 	FG37
--	---	------

	<p style="text-align: center;">Deutschland, Kosovo, Serbien</p> <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb <ul style="list-style-type: none"> ▪ kontinuierlicher Anstieg bei Kindern scheint zurückzugehen ○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - Praxisindex <ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztbesuche jetzt wieder auf normalem Niveau ○ Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Waren bei Klein- und Schulkindern angestiegen, im Moment wieder Rückgang ▪ Berlin/Brandenburg: Rückgang in Zusammenhang mit Schulferien ▪ Bayern: steigt noch weiter an, Schulferien erst seit Montag ▪ BW: Anstieg, Schulferien beginnen nächste Woche ○ ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trend setzt sich fort: bei 0-4 Jährigen nach wie vor Anstieg der Fälle, deutlicher Anstieg bei 5-14 Jährigen, jedoch auf sehr niedrigem Niveau ○ ICOSARI – SARI-Fälle, Anteil Fälle mit COVID-Diagnose: <ul style="list-style-type: none"> ▪ leichter Anstieg der SARI-Fälle, jedoch nach wie vor sehr wenige ○ ICOSARI – Fälle mit COVID nach Altersgruppe: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ältere Altersgruppen deutlich stärker betroffen ○ Fazit: geringe Risikowahrnehmung in Altersgruppe der 15-25 Jährigen. Diese sollten mit altersgerechten Ideen von einer Änderung ihres Verhaltens überzeugt werden. ○ BZgA: Überlegungen in Schulen zu informieren und Incentives zu verteilen sowie die Altersgruppe über Influencer in social media Kanälen anzusprechen. <p>! Testkapazität und Testungen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Laborbasierte Surveillance in ARS: 3 Mio. Testungen, 96.815 davon positiv getestet (2,9%) 	
--	---	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aktueller Fallzahl Anstieg in ARS sichtbar ○ Positivtestungen überwiegen durch „andere“ Einrichtungen wie Gesundheitsämter (genauere Differenzierung wird versucht, soweit mit Routinedaten möglich) ○ Anzahl Testungen nach Altersgruppe: hohe Anzahl Testungen bei über 80 Jährigen, starker Anstieg bei 0-4 Jährigen in den letzten KW ○ Trotz unterschiedlicher Testhäufigkeit in verschiedenen Altersgruppen, vergleichbare Inzidenz ○ Testverzug weiter ansteigend: je mehr getestet wird, desto stärker steigt der Zeitverzug wieder ○ Starke wöchentliche Schwankung bei Verteilung der Testung nach Einrichtung: An Wochenenden wird in Arztpraxen weniger getestet, dies wird nicht von Testzentren sondern durch KH aufgefangen, dadurch Gefahr eines Eintrages von Infektionen in die KH. ○ Fragen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kann zwischen symptomatischen und asymptomatischen Testungen unterschieden werden? Variable liegt so nicht vor, Annäherung wird versucht. ▪ Kann nach Testung an Flughäfen (Reiserückkehrer) unterschieden werden? Wird versucht. ▪ Gibt es Informationen zum serologischen Status? Serologie wird von einem größeren Teil der Labore übermittelt. Derzeit wird eine Analyse durchgeführt, bei der Patientenergebnisse zusammengefasst werden. -> Nächste Woche Vorstellung im Krisenstab ○ Testverzug weist auf Überlastung und Fehlallokation von Laborkapazitäten hin (neben Urlaubszeit, Anpassungsproblemen). Testzahlen sind hochgegangen, Turn around Zeiten sind ein wichtiger Indikator für die Überlastung von Laborkapazitäten. ○ Testung am Wochenende vor allem in Krankenhäusern. Hier sollten zunächst die absoluten Zahlen betrachtet werden. Steigen auch die absoluten Zahlen am Wochenende in den KH, sollte die KBV diesbezüglich kontaktiert werden. 	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Bestimmendes Thema bei interministerieller Krisenstabsitzung: Einreisende aus Risikogebieten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Testung bei Einreise (Flug, Landweg): Einigung darauf, dass verpflichtende Testung mit stichprobenartiger Überprüfung angestrebt wird 	BMG-Liaison
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Textentwurf Christian Drosten: Empfehlung für den Herbst, Darstellung der Ideen und Einschätzung (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Kontext: Der Artikel ist vertraulich. Hr. Drosten hat zwischenzeitlich entschieden, das Papier nicht zu publizieren, da ungezielte Testung im Text als nicht sinnvoll betrachtet wird und dies dem Regierungshandeln widerspricht. ○ 1. Welle: Virus kommt in Bevölkerung an, durch früh verfügbare Tests und frühen, kurzen Lockdown gebremst. ○ 2. Welle: Hochkommen des Virus aus Bevölkerung heraus, Virus hat sich gleichmäßig verteilt und wird überall gleichzeitig auftreten, Testung an Flughäfen wird Wirkung verfehlen. Konsequenz: in einzelnen LK kann es zu Überlastungen kommen. ○ Überdispersion: 10 Fälle: 9 stecken 1 Person an, 1 Person steckt 10 an -> 10 Fälle stecken 19 Personen an -> R=2. Aus einem Cluster starten mehrere neue Ketten. ○ Orientierung an Japanischer Strategie: in anderen Ländern vor allem prospektive Kontaktpersonennachverfolgung, in Japan zusätzlich retrospektives Tracing der gemeinsamen Quelle, die als Cluster fungiert und für die Verbreitung wichtiger ist. ○ Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> ▪ bei Überlastung sollten GA die Möglichkeit haben, auf Clusterbetrieb umzuschalten, d.h. Fokussierung auf Identifizierung von Clustern, nicht auf Isolierung und Nachverfolgung von Kontaktpersonen ▪ Erstellung einer Liste mit konkreten, risikobehafteten Situation -> sinnvoll ▪ Aufrechterhaltung von geschlossenen Kohorten, v.a. 	FG36 / Alle

	<p>in Schulen -> sinnvoll</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Großzügige und rasche Quarantänisierung der Mitglieder von Clustern ohne vorheriges Testen -> vom Einzelfall abhängig machen, gute Erfahrungen in ähnlichen Situationen ▪ Kurzquarantäne von 5 Tagen, gefolgt von keinem Test oder Freitestung -> warum so kurz, was ist bei Ansteckung von Haushaltsangehörigen? ▪ Berücksichtigung der Infektiosität (Ct-Wert) bei Maßnahmen-Entscheidungen -> sehr sinnvoll, unverhältnismäßig lange Isolierungen und andere unnötige Maßnahmen können vermieden werden ▪ „Klavierlehrer im Einzelunterricht“ nicht verfolgen und testen, kann durch Warn-App informiert werden (widerspricht japanischer Strategie: retrospektive Testung zusätzlich zu KoNa) <ul style="list-style-type: none"> ○ Einschätzung: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wert der Nachverfolgung von Kontaktpersonen: Klavierlehrer könnte zum Auslöser eines Clusters werden. Die Wahrscheinlichkeit, dass es von der App benachrichtigt wird, liegt nur bei 6%. Auch wenn der Fall erst erkannt wird, wenn er nicht mehr sehr infektiös ist, können in weiterfolgenden Generationen infektiöse Patienten erkannt werden. ▪ Vorschlag: Fokussierung auf Identifizierung von Clustern. Retrospektive Quellensuche findet schon statt, Verbesserung der Clustererkennung auch über Gesundheitsämter hinweg. ○ Zusätzliche Vorschläge: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ökonomisierung der KoNa: Patienten erstellen Kontaktlisten selbst, müssten von GA eingelesen werden können (SORMAS?), Patienten könnten selbst die Kontaktpersonen kontaktieren. ▪ Allgemeine Höherpriorisierung von Clustern ▪ Clusteridentifikation sollte gewährleistet sein auch bei Bearbeitung durch unterschiedliche GA ○ Kontaktpersonennachverfolgung findet bereits prospektiv und retrospektiv statt mit unterschiedlicher Wertigkeit. Am Anfang wurde sehr darauf gepocht auch auf Quellensuche zu gehen. Priorisiert wird im Moment das Vermeiden von Folgefällen. ○ Cluster (bestätigte Fälle, bei denen ein Zusammenhang 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>festgestellt wurde) werden bereits genau angesehen.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Könnten den GA über Web-Seminare Grundzüge von Ausbruchsuntersuchungen vermittelt werden? GA wurden bereits in Vergangenheit regelmäßig geschult und sind im Allgemeinen sehr kompetent. ○ Wie soll mit 2.Welle umgegangen werden? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fokussierung auf wirksamste Maßnahmen ▪ Darstellung von Situationen, in denen es zu relevanten Übertragungen kommt ▪ Rasche Quarantänisierung ohne Vorlage eines Testergebnisses sinnvoll ○ Verkürzte Quarantäne: eigentlich bis Inkubationszeit vorbei ist, aus Sicherheitsgründen 14 Tage. Da der Patient aber schon vor Symptomatik infektiös ist, könnte die Quarantäne verkürzt werden, am Ende müsste eine Testung stattfinden. ○ Wie belastbar sind Erkenntnisse zum Beginn der Virusausscheidung nach Infektion? ○ Kann die Quarantänezeit verkürzt werden, indem nicht auf Symptome gewartet, sondern eine Abschlusstestung durchgeführt wird? ○ Falls Ressourcen so knapp sein sollten, dass keine Einzelfallverfolgung mehr möglich ist, könnten nur noch Cluster nachverfolgt werden. Also vor allem bestimmte Settings betrachtet werden. Aber woher weiß das GA ohne Kontaktpersonennachverfolgung, wo sich neue Cluster bilden? ○ Für retrospektive Nachverfolgung spricht: die meisten Patienten werden vermutlich nur wenige Personen anstecken, stammen retrospektiv jedoch aus einem Ereignis, in dem noch mehrere Personen angesteckt wurden. ○ Generell wird in beide Richtungen, zentrifugal und zentripetal, ermittelt. Bei Überlastung wurde kommuniziert, dass GA in Vorwärtsrichtung ermitteln sollen, möglicherweise ist dies nicht die beste Lösung, das sollte nochmal geprüft werden. <p><i>ToDo: Überlegung, wie dieser Punkt ins Kontaktpersonenmanagement miteinbezogen werden kann, bei Unklarheiten sollte Hr. Drosten einladen werden. (FG36)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Durchgehen einer Liste mit konkreten, risikobehafteten 	
--	--	--

	<p>Situationen könnte den Arbeitsaufwand erleichtern.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Clusterstrategie soll in Kommunikation miteingebaut werden. <p>b) RKI-intern</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nicht besprochen 	
<p>8</p>	<p>Dokumente</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Entwurf zur Kontaktaufnahme im Umgang mit Roma und Sinti <ul style="list-style-type: none"> ○ ist in Abstimmung mit AG Partizipation, wird Freitag im Krisenstab präsentiert ! ECDC: Technical Report zu „COVID-19 in children and role of school settings“: Dokument wurde zirkuliert, FG36 hat dazu Kommentare und wird diese ans ECDC zurückmelden, weitere Kommentare gibt es nicht ! BMG (Mail von Hr. Bayer) bittet um Prüfung der Anpassung der Testkriterien und der Vorlage eines Entwurfs für ein angepasstes Flussdiagramm. Geprüft werden soll, ob die Corona Warn App (CWA) im Flussdiagramm integriert werden kann. <ul style="list-style-type: none"> ○ Bisher war der Standpunkt, dass die Diagramme nicht vermischt werden sollen, um zu viel Komplexität zu vermeiden. ○ Nun soll geprüft werden, ob eine getrennte Behandlung von Flussdiagramm und CWA fortgeführt wird. Das Argument ist, dass Verwirrung bei den Ärzten entsteht, wenn die CWA auf dem Flussdiagramm nicht erwähnt wird. ○ Das Flussdiagramm ist für symptomatische Patienten, die zum Arzt gehen. Asymptomatische Konstellationen werden im Schema nicht erwähnt. Die CWA liefert nur einen ersten Hinweis, dass Kontakt zu einem bestätigten Fall besteht, der weiter geprüft werden muss. ○ Die KBV hatte sich dagegen ausgesprochen, dass das Flussdiagramm auf symptomlose Personen ausgeweitet wird. RKI und AGI hatten diese Haltung bei vergangenen Diskussionen dazu geteilt. Der Auftrag vom BMG wurde jedoch bereits zum wiederholten Mal gestellt, d.h. die Ablehnung wurde noch nicht ausreichend begründet. Deshalb soll ein Meinungsbild und Argumentationshilfen von außen eingeholt werden. <p><i>ToDo: Fr. Rexroth wird das Thema nochmal in der AGI ansprechen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Falls die AGI eine Anpassung befürworten sollte, würde IBBS einen neuen Vorschlag für das Schema machen und diesen mit der STAKOB besprechen. Vorher scheint eine Einbeziehung der STAKOB nicht sinnvoll. ○ Auch aus dem Expertenbeirat Influenza könnte eine Meinung von außen eingeholt werden. ○ Auf der Homepage gelangt man bei COVID-19-Verdacht nur 	<p>FG32</p> <p>FG36</p> <p>FG32/ IBBS / Alle</p>



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>auf das Flussschema für Ärzte. Ein Verdacht kann durch verschiedene Faktoren entstehen. Deshalb der Vorschlag, die Dokumente, die zu einem Test führen, auf der Homepage anders zu sortieren, um langes Suchen zu vermeiden. Das Flussschema könnte exponierter sein. Im Schema könnte auf die CWA verlinkt werden.</p> <p><i>ToDo: Entwurf für Neugliederung auf Internetseite durch Pressestelle</i></p>	
9	<p>Informationen zu Arbeitsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
10	<p>Labordiagnostik</p> <p>! Am Freitag Teilnahme am ECDC Webinar</p> <p>! Anfrage von Hr. Holtherm zur Einschätzung von Antigentests (FF ZBS1): erwünscht ist eine im Haus abgestimmte Haltung zur Zuständigkeit bei Testen, da die Leistungsfähigkeit von Testen in anderen Behörden (PEI, BfArM) angesiedelt ist. Soll RKI bei Anfragen auf PEI und BfArM verweisen? Hängt davon ab, wie spezifisch die Frage ist. Bei Fragen zu neuen Tests ist das PEI zuständig.</p>	Abt.1
11	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>! FG COVRIIN: Vorstellung Studie Patientenversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Link zur Studie wurde zirkuliert, eine deutsche Zusammenfassung soll auf die Webseite von COVRIIN gestellt werden, 1.Entwurf liegt vor <p>! 2 weitere Papiere zur antiviralen Therapie wurden neu auf die Webseite gestellt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zeitpunkt einer antiviralen Therapie: in der frühen Infektion und frühen pulmonalen Phase sinnvoll ○ Hyperinflammationssyndrom: selten, aber mit hoher Mortalität assoziiert 	IBBS
12	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
13	<p>Surveillance</p> <p>! Ergebnisse der syndromischen Surveillance akuter Atemwegserkrankungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Siehe aktuelle Lage <p>! Veröffentlichung des Berichtes zum Einsatz in Neukölln</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Verschiedene Ausbruchsberichte liegen vor, müssen nicht im Krisenstab besprochen werden 	FG36
14	<p>Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
15	<p>Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)</p>	

	! Nicht besprochen	
16	Wichtige Termine !	
17	<p>Andere Themen</p> <p>! MNS: Sollten bei genügender Marktverfügbarkeit von medizinischem Mund-Nasen-Schutz vom RKI weiterhin selbstgenähte Alltagsmasken für die Bevölkerung empfohlen werden? Im Epi Bull wird bereits bei verfügbaren Kapazitäten auf medizinischen MNS verwiesen. Die Anwendung von FFP Masken in der allgemeinen Bevölkerung wird dagegen nicht empfohlen.</p> <p>! Nationales Forschungsnetzwerk Universitätsmedizin: Hr. Schaade wurde um Teilnahme an einem übergeordneten Gremium gebeten und möchte wissen, wer im Institut bereits in einem der 13 Arbeitskreise aktiv ist</p> <p><i>ToDo: Rückmeldung an Hr. Schaade, wer am Netzwerk beteiligt ist</i></p> <p>! Aerosolbelastung: Es gibt Vorschläge von Prof. Kriegel, wie die Aerosolbelastung reduziert werden könnte: Nutzung der CO2-Ampel als Proxy für Aerosolbelastung (wenn CO2-Gehalt erhöht, vermutlich auch Aerosole erhöht, deshalb lüften), Verkürzung von Unterrichtsstunden (Nutzen der Zeit für Stoßlüftung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es sollen zunächst Textbausteine entwickelt werden, ideal wäre ein angestimmtes Papier. Ggf. müssen Externe wie UBA mit eingebunden werden. <p><i>ToDo: Erstellung eines Papiers mit Handlungsoptionen zur Reduktion der Aerosolbelastung in Innenräumen (FF FG 14, Mitarbeit FG 36)</i></p> <p>! Nächste Sitzung: Freitag, 31.07.2020, 11:00 Uhr, via Vitero</p>	