



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	19.08.2020, 11:00 Uhr
Sitzungsort:	Virtueller Konferenzraum Vitero

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- ! Institutsleitung
 - Lars Schaade
- ! AL1
 - Martin Mielke
- ! AL3
 - Osamah Hamouda
- ! ZIGL
 - Johanna Hanefeld
- ! FG14
 - Melanie Brunke
- ! FG17
 - Barbara Biere
- ! FG24
 - Thomas Ziese
- ! FG 32
 - Ute Rexroth
 - Michaela Diercke
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- ! FG34
 - Viviane Bremer
- ! FG36
 - Walther Haas
 - Silke Buda
 - Kristin Tolksdorf
 - Udo Buchholz
- ! FG37
 - Tim Eckmanns
- ! IBBS
 - Claudia Schulz-Weidhaas
 - Michaela Niebank

- ! P1
 - Christina Leuker
 - Mirjam Jenny
- ! Presse
 - Ronja Wenchel
- ! ZIG1
 - Sarah Esquevin
 - Sarah McFarland
- ! BZGA
 - Heidrun Thaiss
- ! BMG
 - Christophe Bayer



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <p>! Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weltweit >21 Mio. Fälle, >770.000 Todesfälle ▪ Abstieg USA und russische Föderation, Brasilien stabil ▪ Besonders starker Anstieg in Kolumbien, Peru, Philippinen ▪ Indien: laut WHO am Montag 85% aller bestätigten Fälle in WHO SEARO Region ▪ USA: abnehmender Trend mit Vorsicht zu deuten, evtl. technische Übermittlungsprobleme mit elektronischem Meldesystem in Kalifornien sowie weniger Testungen in den letzten Wochen ○ 7-Tages-Inzidenz/100.000 Einw. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Afrika: Seit Montag Südafrika (absteigender Trend) nicht mehr dabei ▪ Asien: Kasachstan nicht mehr dabei ▪ Europa: Malta laut ECDC Daten nicht mehr dabei ▪ Amerikanischer Kontinent meiste Ländern mit Inzidenz >59, dafür neu Gibraltar ○ 7-Tages-Inzidenz und Fallzahlen subnational nach WHO EURO (<u>Datenstand 17.08.2020</u>): mehrere Subregionen in Spanien betroffen, in Belgien Brüssel, in der Schweiz Genf, 1 Region in Bosnien und Herzegowina, Montenegro, Nordmazedonien mehrere Regionen in Rumänien ○ Zusammenfassung Europäische Subregionen (<u>Datenstand 18.08.2020</u>), nur EU EEA und Balkanländer <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neu seit Montag: Albanien 2 Regionen, Bosnien und Herzegowina 2, Malta ▪ Nicht mehr dabei seit Montag: Luxemburg und zwei Regionen in Rumänien ▪ Hier Zusammenfassung dessen, was neu dazugekommen ist laut WHO Daten, nicht alle Länder mit Inzidenzen >50 wurden erwähnt <p>! Lage Kroatien</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wurde Montag präsentiert, Region Split-Dalmatien und nördlich davon Sibenik-Knin (74/100.000) mit hohen Inzidenzen, gefolgt von Lica-Senj ○ Viele Rückkehrende aus Kroatien, in mehreren BL >100 Fälle ○ Betrifft vor allem junge Erwachsene ○ Häufig wird die Aufenthaltsregion nicht spezifiziert, IfSG erwähnt Nennung des Landes (nicht der spezifischen 	ZIG1

	<p>Region),</p> <p>! BMG Kommentare</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Heute um 14:00 Risikogebietschalte ○ Gestern Austausch mit Luxemburg, es stellte sich heraus dass ECDC möglicherweise eine Doppelzählung macht und residents und non-residents ausweist, trotz Pendler aus RP, soll ECDC zukünftig beachten, Zahlen nun deutlich niedriger <p>! Lage Frankreich</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Seit Juli steigende Fallzahlen, besonders letzte 4 Wochen ○ Inzidenz und Zahl positiver PCR Tests stark gestiegen, in allen Altersgruppen, aber im Vergleich zum Frühjahr vor allem 25-35 jährige, 50% der positiv getesteten sind asymptomatisch ○ Anzahl KKH Eingänge steigt, schwere Fälle nehmen weiterhin ab ○ Vor allem um Hauptstadt Paris und Mittelmeerregion, 2 Départements (Ile-de-France und Bouches-du-Rhône) als „Zonen aktiver Virusübertragung“ gekennzeichnet (Schwelle= 50 Neuinfektionen/100.000/ letzte 7 Tage) ○ Départements entlang des Mittelmeers sind touristische Orte mit hoher Menschendichte ○ Die meisten Fälle der letzten Wochen sind außerhalb der Cluster die untersucht werden, Anfang der Woche gab es 1.000 Cluster, die Hälfte wurde im beruflichen Umfeld beobachtet (Gesundheitswesen beinhaltet), 28% öffentliche oder private Zusammenkünfte, besonders Familienumfeld ○ Bei Inzidenzen für Paris zu bedenken: positive Fälle an den beiden internationalen Flughäfen werden hier mitgezählt wenn kein Wohnsitz angegeben ist, Santé Publique France will dies in den nächsten Tagen korrigieren/anpassen ○ Inzidenzen im Südosten sind in kurzer Zeit stark gestiegen (Verdopplung von 1 KW zur nächsten) ○ Maßnahmen: ähnlich Deutschland, MNB-Pflicht in Supermärkten, Nahverkehr, gestern Ankündigung dass ab 1. September auch bei der Arbeit MNB getragen werden sollen außer in Einzelraumbüros, manche Städte führen auch im freien Masken ein, öffentliche Versammlungen >10 Personen verboten, Veranstaltungsverbot für >5.000 TN ○ Schulanfang im September soll normal stattfinden, mit MNB wenn Abstand nicht eingehalten werden kann ○ In „Zonen aktiver Virusübertragung“ dürfen lokale Behörden zusätzliche Maßnahmen verfügen, z.B. Schließung öffentlicher Einrichtungen, Aufhebung von Versammlungen ○ Karte Inzidenzen mit >10/100.000 ○ Indikatoren zur Bewertung sind 7-Tage-Inzidenz, Anteil positiver Tests, RO und Belastung Intensivkapazitäten ○ Gesamtbewertung für das Festland Frankreich (noch grün) ○ Anstieg Fallzahlen auch entlang deutscher Grenzen, es 	<p>FG32</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>gibt aktuell keine Beschränkung des Grenzverkehrs, z.B. Saarland</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inzidenz an Deutschlands Grenzen zw. 10-13/100.000 Einw. <p>National</p> <p>! Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 226.914 (+1.510), davon 9.243 (4,1%) Todesfälle (+7), Inzidenz 273/100.000 Einw., ca. 203.900 Genesene, Reff=1,03, 7T Reff=1,08 ○ Fallzahlen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuletzt Ende April so großer Fallzahlenanstieg ▪ 4 BL mit 1-stelligen Fallzahlen, großer Anstieg NRW ▪ Wochenvergleich (im Lagebericht gestern): größter Zuwachs in BY, >500 Fälle mehr in KW33 als KW32, dann NRW ○ Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niedrigste 7-T-I im Juni mit 2,5/100.000, nun fast 4-mal so hoch ▪ Inzidenzen von an Frankreich grenzenden Kreise zw. 5-25/100.000 ▪ Generell mehr Fälle im Westen und Südwesten als im Norden und Osten ▪ Aktuell kein Kreis mit >50/100.000 ▪ Aus nur 15 Kreisen wurden in letzten 7 Tagen keine Fälle übermittelt, 12 mit >25/100.000 ▪ Deutschlandkarte Wochenvergleich illustriert deutlich die Veränderung (dunkleres Gelb verbreiteter) ▪ Höchste Inzidenzen: SK München, SK Frankfurt am Main, noch keine offiziellen Kapazitätsengpässe gemeldet, informell wird kommuniziert dass die zusätzliche Arbeitsbelastung spürbar ist ○ Ausbrüche, in vielen Kreisen werden Reiserückkehrer für die Inzidenzen verantwortlich gemacht, z.B. Rückkehrende von Busreisen nach Kroatien ○ Expositionsort <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anteil Fälle mit Auslandsexposition: Anteil an allen Fällen (dunkel), Anteil an Fällen mit entsprechender Angabe (hell) ▪ Konservativere Schätzung an allen Fällen (dunkel) erscheint valider, da GA bei Fällen mit Exposition in Deutschland häufig keine Details zum Kreis eintragen, wurde auch so in Lagebericht aufgenommen, ggf. in Zukunft Ausweisung beider Zahlen ▪ Nach Altersgruppen hier vermehrt jüngere 	
--	---	--

	<p>Menschen, geringer Anteil bei älteren</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Am häufigsten genannte Expositionsländer: Kosovo, Türkei, Kroatien, Bulgarien, Anteil der Nennungen und nicht der Fälle (ein Fall kann ≥ 1 Nennung haben) ▪ Daten wurden auch pro Meldewoche gewünscht, da Zahlen hoch genug sind werden hierzu für nächste Woche Ideen entwickelt ▪ Aktuell erheblicher Anteil (knapp 40%) könnte dazu führen, dass Teststrategie als sinnvoll erachtet wird ▪ Ort der Testung ist in Meldedaten nicht ausgewiesen, im Ausland erfolgte Testungen werden nicht erfasst ▪ Positivenrate in Testzerten ist mit ca. 2% gering, viele Rückkehrer werden getestet <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anzahl bei Reiserückkehrern kommt auch durch die Anzahl der Testungen zustande, diese Fälle stecken hoffentlich wenig andere an, da sie vorsichtig sind <ul style="list-style-type: none"> ○ Altersgruppen: Anteil Fälle jüngerer (bis 60) nimmt zu ○ Auflistung nach Zugehörigkeit zu Einrichtungen: Fallanteil, §33 (Schulen, Kitas, etc.) ist relativ hoch <p>! Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance in ARS (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Anzahl der positiven und negativen Testungen ist kontinuierlich und deutlich gestiegen, letzten Montag gab es die meisten Testungen ○ In der Positivenrate gibt es insgesamt lediglich einen schwachen Anstieg, es stehen immer noch Nachmeldung aus ○ Daten zum Testverzug werden unterschiedlich schnell geschickt und auch hier gibt es immer noch Anpassungen, aktuell besteht kein Grund zur Sorge ○ Tests nach Abnahmeort tageweise dargestellt (Folie 7) <ul style="list-style-type: none"> ▪ rot Arztpraxis, grün KKH, blau andere ▪ Andere beinhaltet auch Teststationen, letztere sind nur durch komplexe Kleinarbeit auswertbar und datenschutzrechtlich schwierig (nicht für extern) ▪ Steigende Testzahl im blauen Bereich am Wochenende ▪ KKH Tests nehmen ab außer am Wochenende, weniger Menschen mit COVID-19 in KKH ▪ Tests in Arztpraxen nehmen auch zu ▪ Könnten Teststationen gesondert unter „anderen“ (blau) aufgeführt werden? Nicht einfach, muss an Zwischensoftwarehersteller geleitet werden, ggf. zusätzliche Kosten (ca. 50.000 Euro) ○ Testungen nach Altersgruppe: höchste Altersgruppe (≥ 80) stabil, 0-4 Jahre Anstieg KW25-27, aktuell vor allem Anstieg bei 15-59-jährigen ○ Positivtestungen nach Altersgruppe: vor allem Anstieg bei 15-34-jährigen, möglicherweise viele Reiserückkehrer 	FG37
--	---	------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Frage: soll das System erweitert werden (z.B. gesonderte Erfassung von Teststationen) durch mehr Ressourcen wenn es nicht langfristig bleibt? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es sind wertvolle Daten die mindestens auf diesem Niveau weiter erhoben werden sollten bis DEMIS da ist, können auch anzeigen ob Kapazitätsgrenzen näher rücken ▪ DEMIS ist greifbar, die technische Umsetzung ist fertig, Datenschutz steht aus, es gibt grundsätzliche Einwände des BFDI bezüglich Informationen zu nicht-erkrankten/nicht-infizierten (betrifft DEMIS und ARS) ▪ Einbindung der Labore bleibt schleppend, die Hälfte der Labore (ca. 100) verfügen über entsprechende Zertifikate und Softwarelösung, werden erneut ermuntert auf freiwilliger Basis mitzumachen ▪ BMG führt nächste Woche Eskalationsgespräch mit BFDI, ggf. ist BMG-Verordnung notwendig um Labore zu verpflichten ▪ Anlass der Untersuchung wird in DEMIS erfasst, Daten hängen von nichtnamentlichen Informationen auf den Anforderungsscheinen an die Labore ab, Kontaktdaten des Einsenders (z.B. wenn Teststation) werden erfasst ▪ DEMIS Meldeinhalte können ggf. angepasst werden bezüglich als wertvoll geschätzter Daten ▪ Ist es realistisch dass DEMIS dieses Jahr noch repräsentative und auswertbare Daten liefert? Es wird Daten geben, die Hälfte der Labore ist angebunden, zum Jahresende hin ist es möglich gute Daten zu haben, aber wenn Fallzahlen steigen kommt ggf. die Erwartung, dass Daten früher verfügbar werden und dass ARS gefragt wird ▪ In 2 Wochen ist eine konkretere Aussage zum DEMIS-Zeitraumen möglich ▪ ARS soll vorerst weitergeführt und die Datentiefe erweitert werden, 50.000 Euro für ein gut funktionierendes System sind sinnvoll investiert ▪ Tim Eckmanns kontaktiert Softwarehersteller und berichtet ○ Es gab Anfragen (auch von intern) zu einer Ausschreibung des BMWi, Daten sollen auf Kreisebene ausgewertet werden, Bezug zu COVID-Stopp Projekt von Viviane Bremer? Nicht abschließend besprochen <p>! Syndromische Surveillance (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ GrippeWeb: momentane ARE Raten auf Niveau von 2018-19, unspektakulär aber nicht niedriger als sonst, ebenso nach Altersgruppen, Kinderraten sind letzte Woche 	<p>FG36</p> <p>FG36</p>
--	---	-------------------------

	<p>angestiegen und jetzt wieder niedriger, Erwachsene ungefähr gleichbleibend, beides auf dem Niveau der Vorsaisons</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulanter Bereich, Praxisindex: insgesamt Tief (Wanne) durch die Maßnahmen in KW12-26, jetzt wieder Anstieg und normales saisonales Verhalten ○ Konsultationsinzidenz: bei 5-14 jährigen (orangefarbene Linie) kleiner Sprung nach oben ansonsten stabil ○ Schulferien: in Berlin Brandenburg gehen die Kinder seit KW33 wieder in die Schule, in NRW Mitte der KW33, BY, BW haben aktuell noch Ferien ○ Wo noch Ferien sind ist der ist Anstieg bei Kindern wieder rückläufig, in NRW gibt es insbesondere bei Schulkindern einen starken Anstieg, dieser kann jedoch nicht nur mit 3 Tagen Schule zusammenhängen, es dauert länger, bis sich die Schulöffnungen in den Daten widerspiegeln ○ ICOSARI (1 Woche hinterher): normales saisonales Niveau, der Anstieg bei Kindern nach der Maßnahmenlockerung ist wieder zurückgegangen ○ COVID-19 Diagnose bei SARI-Fällen: der Anstieg von KW30-31 hat sich nicht fortgesetzt, in letzten 3 Wochen bis KW32 leichter Anstieg des Anteils der SARI Fälle mit COVID-19-Diagnose von 3% auf 5% <p>! Schätzung der Hospitalisierungsinzidenz (hinter Folien zu syndromischer Surveillance hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aus ICOSARI-KH-Sentinel: Gesamtzahl aller aufgenommenen (nicht nur respiratorisch bedingter) Patienten über Einzugspopulation der KKH (ca. 4,5 Mio.) ○ Ab KW 11/2020 starke Abweichung der Gesamtzahl der Neuaufnahmen, in KW26 starker Ausschlag, dann wieder fast normale Auslastung ○ Nach Altersgruppen: stärkster Rückgang bei 5-14-jährigen ○ Schätzung der COVID-19-Hospitalisationsinzidenz, Annahme des Medians der Einzugspopulation wie in Vorjahren, COVID-19-Fälle mit respiratorischer Diagnose und mit akuter respiratorischer Diagnose (alle Liegedauern): 8/100.000 ○ Nach Altersgruppen: am höchsten bei >79-jährigen während der 1. Welle, ab KW20 sehr viel geringere Inzidenz, zw. 1-2/100.000 für alle Altersgruppen ○ ICOSARI Hochrechnung liegt etwas über den Meldezahlen, in Meldedaten gibt es eine Untererfassung der hospitalisierten Fälle, in Hochzeiten waren es um die 6.000 ○ Es gibt auch eher eine Untererfassung der Intensivpatienten in den Meldedaten, keine Information ob aktuell noch auf IST und wie viele insgesamt auf IST sind (DIVI Intensiv-register enthält auch aktuell liegende Patienten) 	<p>FG36</p>
--	---	-------------



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Generell wäre eine Nacherfassung notwendig, diese wird im Meldesystem von den GA nicht geleistet ○ Abgleich der Daten diverser Systeme ist in der Übergangszeit sehr sinnvoll (auch bezogen auf ARS-Diskussion oben) ○ Anteil der COVID-19-Fälle unter SARI-Patienten erscheint immer donnerstags im Lagebericht ○ Wird ggf. im EpiBull publiziert <p>!</p> <p>Auswertung Ausbrüche (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gruppe von MA aus FG36, FG31, FG34, FG32, AL3 hat Daten zu Ausbrüchen ausgewertet ○ Gewisse Vorbedingungen mussten erfüllt sein um Ausbrüche in die Analyse zu integrieren (s. Folien) ○ Auswertung wird im EpiBull veröffentlicht, diese Woche vorab online publiziert ○ Anteil von Fällen an Ausbrüchen nach Altersgruppe: bei Kindern relativ hoher Anteil (41%), bei älteren Personen Anstieg bis auf 64% (für 90+-jährige), insgesamt sind 27% aller ans RKI übermittelter Fälle als Ausbruchsfälle erfasst ○ Mehr Frauen als Ausbruchsfälle erfasst, da Anteil von weiblichen Personen in Alten- und Pflegeheimen größer ist als der männlicher ○ Infektionsumfeld: kategorisiert durch Oberbegriff z.B. Wohnstätten, dann innerhalb des Oberbegriffes noch weitere Detailebene möglich, aber nicht immer verfügbar ○ Zeitlicher Verlauf nach Infektionsumfeld (Folie 4): in KW14 und 15 besonders Altenheime, in KW 25 insbesondere Arbeitsplatz (fleischverarbeitende Betriebe, medizinische Einrichtungen, zeitnah wurde RKI Empfehlung zu Vorgehen in diesem Umfeld publiziert) ○ Verteilung Ausbrüche nach Umfeld und Fallzahl: in privaten Haushalten sehr viele Ausbrüche aber nicht so viele Fälle, in Alten- und Pflegeheimen weniger Ausbrüche aber viele Fälle, KKH hohe Ausbruchsanzahl ○ Infektionsketten in bestimmten Settings sind durch GA einfacher zu erfassen ○ Schweregrad nach Umfeld (Hospitalisierung: ja) hier Nenner = alle Fälle (auch nicht ermittelte und nicht erhobene, unbekannte, im Lagebericht ist dies anders): in privatem Haushalt 12%, in Alten- und Pflegeheimen (18%), Seniorentagesstätten (23%), Arbeitsplatz 5% ○ Zusammenfassung <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von GA leicht zu ermittelnde Übertragungsketten sind jene, wo enger und langfristiger Kontakt unter Personen besteht die sich gut kennen ▪ Viele Ausbrüche im privaten Umfeld, Fallzahl in Alten- und Pflegeheimen größer 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Schwere primär durch Alter getriggert, Kernbotschaft: Vermeidung schwerer Verläufe nur durch Vermeidung von Infektion bei hochaltrigen Menschen ▪ Übertragung im privaten Haushalt sehr hoch, schwer vermeidbar, wenn dort eine Person identifiziert ist frühe Isolierung und frühe Selbstquarantäne von engen Kontakten (ansteckungsverdächtige sollen niemanden anders infizieren) sinnvoll ○ Diskussion <ul style="list-style-type: none"> ▪ Von Spahn in Medien angesprochene private Feiern lassen sich in Meldedaten (noch) nicht so bestätigen, Wichtigkeit wird aber im Artikel erwähnt: Personen müssen überzeugt sein um dies zu vermeiden ▪ RKI Vorgehen (Autorenschaft, Danksagung) bei Gruppenpublikationen: es gibt bisher keine Regelung, inhaltlich beteiligte, die sich eingebracht haben wurden hier genannt! wird separat auch mit Jamela Seadat besprochen ▪ Zu Ausbrüchen im Bahnverkehr steht 0, dies könnte suggerieren, dass es ein sicheres Verkehrsmittel ist, die Evidenz fehlt, ähnlich Übertragungen im Flugzeug ▪ Botschaft aus Meldedaten ist, dass Verkehr kein Hauptübertragungsort ist, bis KW29 wurde von den GA keine Übertragung in der Bahn übermittelt, dies wird jedoch teilweise in der Diskussion adressiert ▪ Es ist Zeit, die verfügbaren Daten öffentlich zu machen ▪ Arbeitsplatz sticht bezüglich Fallzahlen stark hervor, aber es waren vor allem besondere Arbeitsplätze wie Schlachthöfe betroffen, sollte dies spezifiziert werden, damit nicht an allen Arbeitsplätzen Serientestungen angeleiert werden? ▪ Grundbotschaft ist, dass enger, langfristiger Kontakt und nicht Zufallsbegegnungen zu Übertragung führen ▪ Anmerkungen sind wertvoll und werden überdacht, Ergebnisse werden im Artikel eingeordnet ○ Vor Publikation soll der Artikel vorab zur Kenntnis mit Absicht der Publikation an das BMG geschickt werden 	
2	Internationales (nur freitags) ! Nicht besprochen	
3	Update digitale Projekte (nur montags) ! Nicht besprochen	
4	Aktuelle Risikobewertung	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	! Nicht besprochen	
5	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <p>! Liste der Infektionsumfelder ist wichtig und hilfreich, diese werden aufgearbeitet und visualisiert</p> <p>! Auftrag von BMG der Bearbeitung von 3 Situationen: 1- Direkter Kontakt, 2-Gesprächssituation längerer Dauer, 3- schlecht belüftete Räume in Analogie zu AHA, diese werden aufbereitet und dann eingestellt</p> <p>Presse</p> <p>! STIKO Stellungnahme zu Vorgehen bei Priorisierung des COVID-19-Impfstoffes jetzt online</p> <p>! Pressestelle wird überrannt von Journalisten, die teilweise auch rechtliche Schritte einleiten wollen, Presse ist dazu im Gespräch mit Medienanwalt, weiteres Vorgehen ist nicht klar</p> <p>! Zunehmend wird der Punkt erreicht dass es nicht mehr geht</p> <p>! Risikogebiete</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Großes Problem ist das Ausweisen der Risikogebiete, z.B. ist Bild hervorgesprescht und hat publiziert, dass RKI Mallorca als Risikogebiet ausweist obwohl uns die Liste noch gar nicht vorlag ○ Risikogebiete machen darüber hinaus und generell unfass-bar viel Arbeit, Unmengen Anfragen und Telefonat von Presse, Bürgerschaft, Fachpersonal ○ Verweis an BMG/BMI/AA reicht nicht immer bzw. löst das Problem nicht, die Anfragen kommen trotzdem und müssen beantwortet werden 	<p>BZgA</p> <p>Presse</p>
6	<p>Neues aus dem BMG</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
7	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>a) Allgemein</p> <p>! Nicht besprochen</p> <p>b) RKI-intern</p> <p>! Nicht besprochen</p>	
8	<p>Dokumente</p> <p>Anpassung KoNa Management Papier (Link hier)</p> <p>! Das Papier soll angepasst werden, Udo Buchholz hat Vorschläge entwickelt</p> <p>! Anpassung veralteter Einschätzung „aufgrund aktuell rückläufiger Anzahl“ zu „moderater Anzahl der neuen,</p>	FG36

	<p>autochthonen...“ in der Vorbemerkung</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Anpassung infektiöse Phase symptomatischer Fälle: „ab 2. Tag vor Auftreten der ersten Symptome des Falles bis zum 10. Tag nach Symptombeginn. Schwer verlaufende Fälle und Einzelfälle können länger infektiös sein“ ! Trotz Publikation aus der Schweiz (die bis zu Tag 6 vor Symptombeginn Infektiosität suggeriert) werden die 2 Tage vor Symptombeginn festgehalten, andere Veröffentlichungen unterstützen dies nicht, von GA-Seite wird auch nicht suggeriert, dass es nicht passt ! Der Symptombeginn ist nicht einfach und nicht klar definiert, manche Symptome treten früher auf (z.B. Geschmacksverlust bei 1 Fall 4 Tage vor angegebenem Symptombeginn), mehrere Fälle haben in prodromaler Phase noch kein Fieber und Husten, eine gewisse Unsicherheit bleibt bestehen, jedoch kein Grund die vorhandene anzupassen ! KoNa KP Kat I: Ergänzung, dass Aerosol ggf. auch jenseits der 1,5m um Quellfall herum ist, z.B. wenn Quellfall sich länger im Raum aufgehalten hat, wurde etwas spezifiziert ! Zahnarztpraxen: Durchführung aerosolproduzierender Aktivitäten mit FFP2-Maske, was ist nach 1h wenn nächster Patient kommt? Dies würde unter Umständen hierrunter fallen, Lüften zwischendurch wäre sinnvoll ! Liegt in der Hand der Fachgesellschaft, diese hat ein Tool angekündigt, durch das Übertragungen in Zahnarztpraxen (von Patienten und Angestellten) gemeldet werden ! Neu: Ermutigung zum Pragmatismus in Gruppensettings um die Ermittlungsarbeit zu erleichtern, z.B. Kitagruppe, Schulklasse, ggf. keine individuelle Evaluierung des individuellen Status, sondern alle in häusliche Quarantäne schicken „Quarantäneanordnung für alle aus der Gruppe ohne individuellen Risikoermittlung sinnvoll“ ! Anpassung der Reihenfolge für symptomatisch KP Kat I: erst GA-Kontakt, dann Isolation, dann Diagnostik ! KP Kat II Ergänzung: wo kein Anhalt für Aerosolübertragung >2m vom Quellfall entfernt stattgefunden hat ! Doublemasking: wenn Patient und medizinisches Personal bei <1,5m Abstand ohne aerosolproduzierende Maßnahmen beide MNS getragen haben, welche KP Kategorie? GA interpretieren dies unterschiedlich, dies wird noch einmal besprochen zw. FG36, FG37 und FG14, Konsens wird ersucht und dann wird Papier erneut herumgeschickt und verabschiedet (Freitag oder nächste Woche) 	
9	<p>Labordiagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	
10	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement Falldefinition Reinfektion</p> <ul style="list-style-type: none"> ! Nicht besprochen 	



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

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 ! Teilnehmer für United Kingdom's Civil Service Languages Network panel event to highlight the different approaches taken by European countries to COVID-19: German approach by RKI ! nicht besprochen ! Nächste Sitzung: Freitag, 21.08.2020, 11:00 Uhr, via Vitero	