# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

***Anlass:***Neuartiges Coronavirus (COVID-19)

***Datum:*** *05.08.2020, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Viterokonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

* Institutsleitung
	+ Lothar Wieler
	+ Lars Schaade
* Abt. 1
	+ Annette Mankertz
* Abt. 2
	+ Thomas Lampert
* FG14
	+ Melanie Brunke
* FG17
	+ Ralf Dürrwald
* FG 32
	+ Maria an der Heiden
	+ Ute Rexroth
* FG34
	+ Viviane Bremer
* FG36
	+ Silke Buda
* FG37
	+ Muna Abu Sin
* IBBS
	+ Christian Herzog
* Presse
	+ Ronja Wenchel
* ZIG
	+ Johanna Hanefeld
	+ Flora Haderer
* ZIG1
	+ Andreas Jansen
	+ Sarah McFarland
* BZgA
	+ Heidrun Thaiss
* BMG
	+ Iris Andernach
	+ Christophe Bayer
* MF3
	+ Nancy Erickson (Protokoll)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOP** | **Beitrag/Thema** | **eingebracht von** |
| **1** | **Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier: [COVID-19 International](COVID-19_International_Lage_2020-08-05.pptx))* Ca. 18 Mio. Fälle und 694.000 Verstorbene (3,8 %) weltweit (Stand 04.08.2020)
* Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	+ Trends ähnlich, Länder Plätze gewechselt (Kolumbien Platz 5 statt 4 etc.)
	+ Absteigender Trend in den USA, Brasilien, Südafrika und Russischer Föderation
* 29 Länder mit 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner > 50 Fälle (deutlich weniger als vor 2 Tagen), Südamerika besonders betroffen
* 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner (subnational, WHO EURO) 28.7.-3.8.: West-Ost-Vergleich: Spanien (Navarra, Katalonien und Aragon), Luxemburg, Albanien, Bosnien-Herzegowina, Rumänien, Bulgarien; Rumänien und Bulgarien derzeit nicht als Risikogebiete ausgewiesen;
* **Rumänien:** ca. 54.000 Fälle, 2.400 Todesfälle, 4,5 % Fallsterblichkeit; in den letzten 7 Tagen ca. 8.000 neue Fälle, ca. 200 Todesfälle; 7-Tages-Inzidenz: 41 neue Fälle, Positivanteil der Tests 5,8 % ; Keine expliziten Cluster identifizierbar, laut ECDC SitRep 7-Tage Veränderung +4,43 %
* Laut MoH ca. 2.600 rumänische Bürger in DEU positiv getestet
* COVID-19-Skepsis wird im Staatsfernsehen übertragen, Desinformations-Kampagnen
* Neu bestätigte Fälle pro Tag: stetige Zunahme
* Maßnahmen: Flüge fortgesetzt, Landesgrenze zu Ungarn wieder geöffnet, zu Bulgarien, Moldawien und Ukraine geschlossen
* 14-Tage Quarantäne-Liste des MoH für Einreisende aus bestimmten Ländern
* Ca. 18.800 Personen derzeit in häuslicher, 177 in institutionalisierter Quarantäne
* Klare Regeln für Restaurants und Clubs, Lockdowns in 3 Gebieten
* Festlegung Risikogebiet 2-stufiger Prozess: 1. Inzidenz > 50 (siehe Muster-Quarantäne-VO; keine Möglichkeit der Streichung von Liste durch qualitative Merkmale) oder 2. Inzidenz < 50, jedoch Hinweise darauf, dass ein relevantes Infektionsrisiko besteht (z.B. durch vermehrt importierte Fälle nach Deutschland)-> regionale Bezifferung muss möglich sein, um pauschale Grenzschließungsforderungen zu umgehen.
* Aus Bulgarien, speziell Varna (Goldküste) wurden in der EpiLag von verschiedenen Bundesländern vermehrt Fälle bei Reiserückkehrern, vornehmlich im Alter zwischen 20-30 Jahren, berichtet, welche dort wahrscheinlich unter Nichteinhaltung der AHA-Regeln gefeiert haben; Bulgarien wurde bilateral über EWRS informiert und gebeten, eine Lageeinschätzung zu geben;

**National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier: [Lage-National](Lage-National_2020-08-05.pptx)) * SurvNet übermittelt: 212.022 (+741), davon 9.168 (4,3 %) Todesfälle (+12), Inzidenz 255/100.000 Einw., ca. 194.600 Genesene, Reff=0,9; 7T Reff=0,97
* Bundesland-Vergleich: hohe Fallzahlen in NRW (1.892 Fälle), Bayern (670), BW (442), Hessen (437),
* Kumulative Fallzahl in Bayern und NRW ähnlich, Unterschiede bei Inzidenz von Todesfällen evtl. bedingt durch Altersgruppenverteilung
* Vergleich KW 31 mit KW 30: Zuwachs > 50 % in SH (+132 %), Hessen (+51 %) und Berlin (+50 %)
* Nowcasting: Reproduktionszahl unter 1
* 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum - Top 5: NRW, Berlin, Hessen, HH, Bremen. Gesamt: leichter Anstieg fortgesetzt.
* Geographische Verteilung 7-Tage-Inzidenz:
	+ > 50: LK Dingolfing-Landau (Erntehelfer)
	+ > 25: SK Herne, SK Offenbach (Reiserückkehrer), LK Kleve (Hochzeit)
	+ Wochenvergleich nicht stark geändert;
	+ Bei absoluter Fallzahl (letzte 7 Tage) dominieren SK (Köln, HH, Düsseldorf, Duisburg, München), bei Inzidenz o.g. LK bzw. SK
	+ Aktuelle Ausbrüche: Goslar Studentenwohnheim; Unna: Seniorenheim, Fußballmannschaft, Reiserückk.; Kleve: Hochzeitsfeier; Herne: Reiserückk.; Dingolfing-Landau: Gemüsehof; Günzburg: Schule; Wiesbaden: Sommerfest; Düren: Erntehelfer
	+ Häufigste Expositionsländer im Ausland: Kosovo, Serbien, Türkei, Bulgarien, Rumänien;
	+ Mögliche Verzerrung durch Testung an Flughäfen derzeit nicht präzisierbar: Flughafen München derzeit 2.000 Tests pro Tag [angestrebt werden 7.000 bis 8.000/ Tag (= ca. Reiseaufkommen pro Tag aus Risikogebieten) werden angestrebt] und derzeit 0,32 % Positivrate. Flughafen Düsseldorf ca. 1.500 / Tag und laut Presse 2,5 % Positivrate (keine Validierung).
	+ Labore für Flughafentests sollten in Laborsurveillance mitaufgenommen werden, genaue Anzahl vermutlich erst nach DEMIS zu erheben
	+ Herr Wieler steht mit Ecolog (Herr Destani, Unternehmenschef) in Kontakt; dort Kapazität von ca. 200.000 Tests pro Tag, von Flughafen München beauftragt und prognostisch auch für andere Standorte; Kontakt wird an Frau Böttcher weitergegeben;
	+ Einrichtung eines Testzentrums an Berliner HBF und Omnisbus-Bhf geplant;
	+ Vergleich der von Flughäfen erhobenen Zahlen mit Vorsicht, Bias möglich (Düsseldorf > Osteuropa-Flüge dominant, München international) zu berücksichtigen bei Interpretation der Positivraten;

Syndromische Surveillance (Folien hier: [ARE](Entwurf_ARE-Arztbesuche_AGI_bis_KW31_2020_f%C3%BCr-Krisenstab.pptx))* Grippeweb: ARE-Raten bei Kindern von KW 30 auf 31 zurückgegangen, bei Erwachsenen jahreszeitübliches Niveau
* Praxisindex: spiegelt diese Werte wieder; relative Zahl der ARE-Arztbesuche auf normalem Sommerniveau
* Hohe Konsultations-Inzidenz v.a. durch Kinder (0 bis 4 Jahre)
* ARE-Raten derzeit rückläufig (ggf. in Zusammenhang mit hoher Schulferiendichte)
* ICOSARI-KH-Surveillance: Anstieg bei 0- bis 4-Jährigen setzt sich nicht fort, > 60-Jährige: kleiner Anstieg zu verzeichnen
* SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: weiterhin stabil
* ARE: Ca. 3,5 Mio Tests seit Beginn, kumulative Positivität von 2,2 % (KW 31 etwas niedriger als KW 30, Nachübermittlung, wird diesen Wert höchstwahrscheinlich nivellieren)
* lokale Ausbruchsgeschehen abbildbar
* Testverzug unter 1,5 Tage

Laborbasierte Surveillance (Folien hier: [Sars in ARS](SARS-CoV-2%20in%20ARS_20200805_Krisenstabssitzung.pptx))* Verteilung der Tests nach Abnahmeort: Anstieg des Anteils Krankenhaus & Abnahme Arztpraxis an Wochenenden sehr deutlich
* Anzahl der Tests nach Abnahmeort: Skalierung unterschiedlich, bitte beachten. Abnahmeort Normalstation rückgängig, deutlicher Einbruch in Arztpraxen am Wochenende (verlagert sich nicht ins Krankenhaus, sondern insgesamt Einbruch am Wochenende)
* Anzahl Testungen pro 100.000 Einw. nach Altersgr. und KW: Abnahme bei insges. 0-14-Jährigen hält weiterhin an.
* Positiven-Anteil: Inzidenz pro Altersgruppe relativ ähnlich zu letzter KW auf niedrigem Niveau in allen Altersgruppen.
* Serologische Ergebnisse nach erster positiver PCR-Testung im zeitlichen Verlauf:
	+ AK-negativ (grün): ein (374), zwei (56) oder drei (12) Tests
	+ AK-positiv (rot): nach ein (707), zwei (135) oder drei (47) Tests
	+ AK-positiv oder AK-negativ (braun) im Verlauf: zwei (17) und 3 (15) Tests
	+ Anteil Patienten mit IgG-Nachweis nach positiver PCR pro Woche in zeitl. Verlauf: 50 % in erster Woche AK-positiv; in zweiter Woche 75 %. Im weiteren Verlauf kein weiterer Anstieg - 25 % serokonvertieren nicht.
	+ IgG-Nachweis-Rate steigt mit zunehmendem Alter (Zunahme Anteil serokonvertierter Fälle)
	+ IgG-Nachweisrate auf Intensivstation wesentlich höher als in Arztpraxis
	+ Hier auf IgG gestützt, da höhere Kreuzreaktivität und geringere Zuverlässigkeit bei IgA und IgM, werden aber noch ausgewertet
	+ Surv. ARS: gesetzliche Grundlage vorhanden, Daten werden publiziert werden können
 |  |
| **2** | **Internationales (nur freitags)*** Nicht besprochen
 |  |
| **3** | **Update digitale Projekte (nur montags)*** Nicht besprochen
 |  |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung*** Derzeit kein Anpassungsbedarf.
 | alle |
| **5** | **Kommunikation****BZgA** * Dt. Städtetag: öffentlicher Gesundheitsdienst kann Testung nicht auffangen, es muss auf ambulantes System zurückgegriffen werden
* Unkenntnis der Reiserückkehrer bzw. Herausforderung, ambulante Arztpraxis aufzusuchen > *KBV soll aufgefordert werden, sachdienliche Informationen zu verbreiten*
* Polarisierung – Zunahme der Sorglosigkeit (unabhängig der Altersgruppe oder Ethnie, mit Flyern versucht, aufzufangen) und Zunahme von Ängsten in Risikogruppen (vergleichbar mit Pandemiebeginn, bis hin zu Interventionsnotwendigkeit)
* Zu Skeptikern / Leugnern: lautstarke aber überschaubare Gruppe, Bedienung vorwiegend klassischer Kanäle (themenspezifisch interaktiv), bei Youtube werden Hinweise auf seriöse Quellen platziert, kein Kontakt zu Influencern geplant

**Presse*** Derzeit viele Anfragen von Bürgern, aber auch von Presse zu „falsch-positiven PCR-Tests“
* FAQ wird erarbeitet (*Anfrage an BMG und Parlament zu Material, Info der KBV an AG Diagnostik,* *Reminder an Herrn Mielke*)
 | BZgAPresse |
| **6** | **Neues aus dem BMG**Zusammenfassung Krisenstabssitzung vom 04.08.2020* TOP Politische Einordnung der Demonstrationen am Wochenende: Eingreifen als maßvoll bewertet, keine grundlegende Besorgnis bezgl. innerer Sicherheit, bspw. durch steuernde Wirkung der Initiatoren.
* Konsequenz: deutlicher Bedarf an kommunikativer Öffentlichkeitsarbeit (v.a. Sensibilisierung hinsichtlich Krankheit und Maßnahmen)
* Testung nach § 36 IfSG für Einreisende – Verordnung geht in Ressortabstimmung. Pilottest für einreisende Spätaussiedler: zeigt zeitliche und logistische Schwierigkeiten bei Routinetestung an Flughäfen auf, Problembewusstsein vorhanden.
* IT Projekt im BMI zur Digitalisierung der Aussteige-Karten und Testung auch ggü. Gesundheitsamt. Konkretisierung steht noch aus, RKI kann sich mit Hinweisen einbringen.
* Städtetag Gesundheitsausschuss stellt Mangel an Information bei Reisenden fest. Ursache: Verbesserungsbedarf bei Zurverfügungstellung der BMG Informationen (Flugverkehrsträger sollten mehr in Verantwortung genommen werden) sowie teils unterschiedliche Informationen auf BMI Homepage (Problem muss angegangen werden) > Konkretisierung mit neuer Verordnung. Anordnungen sollen Freitag im Bundesanzeiger erscheinen. Beförderer sollen Informationsmaterial und Aussteigekarten verteilen Cave: Beachtung länderspezifischer Regelungen
 | BMG-Liaison |
| **7** | **Strategie Fragen****RKI-intern**"Partizipation in der COVID-19 Pandemiebekämpfung" Kurzpräsentation der IG Partizipation * IG Partizipation – seit 10/2019 als selbstorganisierte Initiative am RKI
* Ziel: Erweiterung des Methodenspektrums am RKI um partizipative Ansätze. Methodik: aktive Einbeziehung von Zielgruppen -> Rollentausch -> Empowerment, nachhaltige und adressat\*innengerechte Lösungen
* Kommunikative Herausforderung in der Pandemie schwer-erreichbarer Zielgruppen, Lösungsansatz: aktive Forschungsansätze zur Analyse der Zielgruppe (photovoice, inquiry), Maßnahmen zur Einbindung bestimmter Gruppen, Risikokommunikation als aktiver Dialog (RCCE) -> entsprechende Überarbeitung des Pandemieplans auch nach der Krise. Stimme der Zivilgesellschaft fehlt. Angebot von IG einer Beratungsfunktion im Krisenstab
* Nichteinbeziehung kann zu Nichtverständnis oder Protesten führen (Göttingen, Gütersloh) > Teilnahme der IG an Ausbruchsteam von Vorteil
* Anregung: Auswertung der Direktanfragen von Einzelpersonen an das RKI (bspw. via Presse) zwecks Rückspieglung in die Gesellschaft
* Partizipative Umsetzung durch Gesundheitsämter gewünscht, ebenfalls hinsichtlich serologischer Studien. > Bei Ausbuchsbekämpfung und Studienplanung soll Partizipation berücksichtigt werden

*To do: Kontaktherstellung Frau Haderer - BZgA***Allgemein**Konzept „marginalisierte Gruppen“ ([Folien hier – Sinti und Roma](20200805_Krisenstab%20%28ID1372_SintiRoma%29.pptx))* Fokus sollte auf marginalisierte Populationen erweitert werden, um Stigmatisierung zu vermeiden
* Gezielte Ansätze nötig, Effektivität von AHA-Regeln maßgeblich von Mitwirkung marginalisierter Gruppen bestimmt
* Identifikation von Herausforderungen in Ausbruchsgeschehen: Sprachbarriere, Informationsdefizit, bilaterales Misstrauen (Community *versus* Behörde), sozioökonomische (beengte Wohnverhältnisse, informelle Beschäftigungstätigkeit) und religiöse Faktoren.
* Zwei Konzeptaspekte: effektive Kommunikation und Berücksichtigung der Lebenssituation, dazu Analyse
* Konkrete Handlungsvorschläge: Überwindung Informationsdefizit und Sprachbarriere, Selbstorganisation, antidiskriminierende Berichterstattung -> Schlüsselkomponenten in Pandemieeindämmung
* Handlung: Umsetzung des erweiterten Fokus, Veröffentlichung einer konzertierten Fassung des Konzeptpapiers (Entwurf bis Ende der Woche) nach Abstimmung mit AGI, BMG und BZgA
* Erweiterung wird auch beim BMG promotet
 | F. HadererN. Sarma |
| **8** | **Dokumente*** Nicht besprochen
 |  |
| **9** | **Informationen zu Arbeitsschutz**Aktualisierte Infografik ([Folien hier – Einsatzkräfte](Einsatzkraefte_V2.pdf)) * vollständige Überarbeitung der Empfehlung für nicht-medizinisches Personal, auch hinsichtl. Aerosolen -> Empfehlungen grundsätzlich gleich, zusätzl. Hinweis Belüftung im Freien und MNS ohne Ausatemventil. Unkalkulierbare Situation: alternativ Vollmaske bei Einsatzkräften statt FFPE

*To do: Unstimmigkeit hinsichtlich Einfluss des Ausatemventils muss geklärt werden (kein Fremdschutz durch Fehlende Filterfunktion versus gewisser Abscheidungseffekt des Ventils).* *To do: Icon unten rechts auf Flyer soll ggf. überarbeitet werden (suggeriert Augen-Nasen-Schutz statt Nasen-Mund-Schutz)* | IBBS |
| **10** | **Labordiagnostik*** Paper zur Definition von Reinfektionen an Lage zugearbeitet, Ergänzung zu T-Zell-Immunität folgt
* Hintergrund: Fälle wurden nach nicht unerheblichem Zeitraum erneut AK-positiv getestet: Reinfektion *versus* Persistenz.
* Zu zweiter Welle muss der cutoff zum Anlegen eines zweiten Falls geklärt werden (Meldewesen nicht personen-, sondern fallbezogen)
* Klärung über Herrn Mielke, ob molekularbiologische Unterscheidung mittels Rückstellproben zwischen Persistenz oder Neuinfektion möglich (Evidenzgrundlage erweitern, bei ZBS bei Probeneinsendung darauf hinweisen) > im Krisenstab zu diskutieren, derzeit seltenes Ereignis
* Datenlage zu Reinfektion derzeit dürftig (Anm.: anhaltende Positivität in PCR vermutlich auf Reste genetischen Materials der Primärinfektion in zellulären Vesikeln zurückzuführen)
* Nachweise von Rhinoviren rückläufig (siehe oben)
 | FG17  |
| **11** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement*** Nicht besprochen
 | FG36/IBBS |
| **12** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz*** Nicht besprochen
 | FG32 |
| **13** | **Surveillance*** Stand zum DEMIS-Rollout. Von 378 Kreisen ca. 50 % aktuelle Software UND Zertifikat vorhanden (= grün, Voraussetzung, um elektronische Meldung von positiven Nachweisen zu erhalten), Teile nur Software (gelb), nur Zertifikat (= blau) oder weder noch (= grau, Anm.: Berlin grau, da Aufteilung nach Bezirken in dieser Auswertung mit Regiograph nicht möglich).
* Derzeit fehlen bei 20% der Gesundheitsämter Ansprechpartner für Bestellung und Zertifikaterhalt (Urlaubszeit).
* Labore: 226, davon 87 angeschlossen. Weitere folgen.
* Flächendeckende Funktion laut DEMIS Geschäftsstelle in kommenden Wochen. Meldung auch des Testungsgrundes möglich (auf Basis von Einreise oder Corona-Warn-App)
 | FG32 |
| **14** | **Transport und Grenzübergangsstellen** * Geplante VO zur verpflichtenden Testung ausgesprochen.
* Aussteigekarten: Digitalisierung unbedingt erforderlich, derzeit in Papierform, Zuordnung zu Gesundheitsamt erschwert, wird in Kritik geraten.
 |  |
| **15** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)*** Derzeit erhebliche Engpässe bei Besetzung, vermehrte Unterstützung anderer Abteilungen nötig
* Verstärkte Automatisierung und Reduktion täglicher Inhalte des Lageberichts nötig
* Ausführlichkeit und Frequenz dem BMG wichtig
* Aktuelle Lösung: ausführlicher Bericht 1x/Woche; hingegen Reduktion der täglichen Inhalte, bei Redundanz Verweis auf Dashboard ausreichend und Auslassen des Berichts am Sonntag (Konzept ist vorzulegen)
* Langfristige Lösung: alle Inhalte sollen automatisiert erstellt werden (siehe Konzept RKI 2025)
* Komplette Auslagerung auf das Dashboard aus Datenschutzgründen nicht möglich
 |  |
| **16** | **Wichtige Termine*** Nicht besprochen
 | alle |
| **17** | **Andere Themen*** Nächste Sitzung: Freitag, 07.08.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero
 |  |