# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

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

***Datum:*** *02.09.2020, 11:00 Uhr*

***Sitzungsort:*** Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade (VPräs)

**Teilnehmende:**

* Abt. 1
	+ Martin Mielke
* Abt. 3
	+ Osamah Hamouda
* FG14
	+ Melanie Brunke
* FG17
	+ Ralf Dürrwald
* FG 24
	+ Thomas Ziese
* FG 32
	+ Ute Rexroth
	+ Maria an der Heiden
* FG34
	+ Viviane Bremer
* FG36
	+ Silke Buda
	+ Walter Haas
* FG37
	+ Tim Eckmanns
* Presse
	+ Susanne Glasmacher
	+ Ronja Wenchel
* P1
	+ Mirjam Jenny
* BZgA
	+ Heidrun Thaiss
* ZIG
	+ Johanna Hanefeld
	+ Sandra Beermann
* ZIG (INIG)
	+ Eugenia Romo Ventura
* ZBS1
	+ Eva Krause
* MF3
	+ Nancy Erickson (Protokoll)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TOP** | **Beitrag/Thema** | **eingebracht von** |
| **1** | **Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-09-02_Lage-AG%5CCOVID-19_International_Lage_2020-09-01.pptx))* 25.509.135 Fälle gemeldet (Stand: 01.09.2020), davon 3,3 % Verstorbene
* Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen: Indien, vereinigte Staaten, Brasilien, Argentinien, Kolumbien, Spanien, Peru, Frankreich, Mexiko, Russ. Föderation
* 40 Länder/Territorien mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 Fälle / 100.000 Ew.: neu: Französisch Polynesien, Belize, Brit. Jungferninseln, Honduras, Montenegro, San Marino, Monaco; nicht mehr gelistet: Kosovo, Färöer Inseln, Luxemburg
* Zusammenfassung der Europäischen Subregionen: Subregionen in der EU/EEA/UK-Region plus Albanien, Bosnien und Herzegowina, Kosovo, Montenegro, Nordmazedonien, Schweiz , Serbien mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 EW; Länder: Albanien (1), Andorra, Belgien (1), Bosnien und Herzegowina (6), Frankreich (3), Kosovo, Kroatien (7), Montenegro, Nordmazedonien (2), Rumänien (11), Schweiz (2), Spanien (18), Tschechische Republik(1), Vereinigtes Königreich (1) (Datenstand 01.09.2020)

**National** Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-09-02_Lage-AG%5CLage-National_2020-09-02.pptx)) * 1.256 neue Fälle und +11 Verstorbene im Vergleich zum Vortag; insgesamt ist der Anteil Verstorbener rückläufig
* R-Wert und 7-Tage-R unter 1
* ITS im Vergleich zu den Vorwochen weiterhin um die 250 Fälle (aktuell 235)
* 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer: seit in etwa dem 22.08.2020 zeichnet sich eine gewissen Umkehr ab – leichte Rückläufigkeit in nahezu allen BuLä
* Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz: kein LK mit 7-Tages-Inzidenz >50-100 Fälle/100.000 Einw.; 12 LK mit 7-Tages-Inzidenz >25-50 Fälle/100.000 Einw. (davon ausschl. LK Trier-Saarburg > 40 und 4 weitere LK > 30 Fälle/100.000 Einw.)
* Im Wochenvergleich KW 34 und KW45: in mehr als 50 % der BuLä rückläufige Inzidenz
* Anteil der Altersgruppen an Hospitalisierten: rote Linie = Gesamtzahl; Höchststand in KW 14, dann rückläufig und ab ca. KW 22 in etwa konstant
* Anteil Hospitalisierter je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: rückläufiger Trend KW34/35 aufgrund des Zeitverzuges der Diagnosestellung mit Vorsicht zu interpretieren, insgesamt recht konstant
* Anteil der Altersgruppen der Verstorbenen über die Zeit (nach Meldewoche): insgesamt größter Anteil bei der Altersgruppe der über 80-Jährigen, jedoch gewisse Veränderung des Anteils jüngerer Altersgruppen über die Zeit zu verzeichnen
* Anteil Verstorbener je Altersgruppe an COVID-19 Fällen: Anteil der Altersgruppe der über 80-Jährigen von 35 % auf derzeit unter 10 % zurückgegangen, ähnlicher Trend bei der Altersgruppe der 60- bis 79-Jähigen
* Deutlicher Hinweis, dass sich der Anteil an Verstorbenen über die Zeit verändert hat, Rückläufigkeit sehr interessant:
	+ Vermehrte Testung nicht ursächlich, da in dieser Altersgruppe im Vergleich nicht zunehmend getestet wird
	+ Dezidierte Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen nötig, auch hinsichtlich möglicher Ursache dieser Abnahme
	+ Hierbei ggf. relevante Parameter: Meldedaten, Positivraten, syndromische Daten, Anzahl der Tests, absolute Fallzahlen, therapeut. Regime, klinische Verläufe und outcome, Setting, Hospitalisierung j/n, Geburtscohorten
	+ Dezidierte Aufschlüsselung auch hinsichtlich Kommunikation hochrelevant
	+ Weiterhin Analyse hinsichtl. Stratifizierung der Anzahl der Verstobenen im Ländervergleich von Interesse, ebenso der jeweilige Anteil der Verstorbenen nach Altersgruppe
	+ Gesamtbetrachtung nötig

*To do: Bitte um Schärfung der Fragestellung und dementsprechende, gezielte Auswertung*  * 7-Tages-Inzidenz von COVID-19 in Abhängigkeit vom Ende der Ferien (Folie [hier](Dokument1.docx))
	+ Hochrelevant und höchstwahrscheinlich Gegenstand zukünftiger Kommunikation/Diskussion
	+ Folie „Ferienende/Schulstart“ kommunikatorisch möglichst neutral fassen: „wird weiter beobachtet“ bzw. hinsichtlich Reiserückkehrer: „diese haben im Zusammenhang mit dem Reiseende zu keinem wesentlichen Anstieg der Inzidenz in Bevölkerung zu diesem Zeitpunkt beigetragen“
	+ Cave: sehr vorsichtige und zurückhaltende Interpretation nötig, bestenfalls ausschließlich hinsichtlich der Reiserückkehrer formulieren, zumal zeitlicher Verzug der Meldedaten wahrscheinlich
	+ Wäre auch für das BMG in abgerundeter Narrative von Interesse

*To do: Einbettung in den Lagebericht gewünscht*Laborbasierte Surveillance (Folien [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-09-02_Lage-AG%5CSARS-CoV-2%20in%20ARS_20200902_Krisenstabssitzung.pptx))* Anzahl Testungen pro 100.00 Ew. nach Altersgruppe und KW: Mutmaßlich sinkende Mortalität innerhalb der Altersgruppe der über 80-Jährigen (s.o.) muss an anderem Setting liegen, da Anzahl an Testungen seit mehreren Wochen nahezu konstant
* Ursache sollte, auch im internationalen Vergleich, eruiert werden
* Mittlere Altersgruppen insgesamt Zunahme an Tests, ebenfalls an Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag – bundesweit sichtbar
* Anzahl Pers. mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Ew. nach Altersgruppe und KW: alle Altersgruppen rel. ähnlich, Altersgruppe der 15- bis 14-Jährigen um 34. KW erhöht und nachfolgender Abnahme (ggf. durch Reisetätigkeit - hierzu Abgleich mit anderen Datensätzen nötig)
* Testverzug: relativ stabil, Zunahme der Vorwoche wird sich höchstwahrscheinlich aufgrund der Datenübermittlungszeit nivellieren
* Cave: die verschiedenen Eingriffe von Entscheidungsträgern auf die Auswahl der zu testenden Personenkreise erschwert die Interpretation

*To do: Bitte an Herrn Eckmanns um Bereitstellung einer Datentabelle zu Positivraten nach Altersgruppe für die AG Diagnostik zur Justierung von Teststrategien.*Syndromische Surveillance (Folien [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-09-02_Lage-AG%5Csyndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW35_2020_f%C3%BCr-Krisenstab.pptx))* Grippeweb: bevölkerungsbasierte ARE-Raten ansteigend bis 35. KW (noch im Rahmen der Vorjahres vergleichbar, bei Kindern jedoch auffällig);
* Arbeitsgemeinschaft Influenza - ARE-Konsultationen, bis zur 35. KW: von KW 13/14 bis KW 23 „Allzeittief“, Anstieg bis zur KW 29, konsekutive Ab- und derzeit erneute Zunahme;
* Konsultationsinzidenz nach Altersgruppe und BuLä:
	+ Bayern, BaWü: niedrige ARE-Raten
	+ Berlin/BB: starker Anstieg in Vorwoche, derzeit wieder absteigend
	+ NRW: Anstieg unabhängig der Ferien
* ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle:
	+ Covid19 spielt für Aktivität als Einzelerreger in der Bevölkerung keine Rolle (hier bei ca. 1 %; unter den SARI-Fällen (=hospitalisiert) konstant unter 3 %)
	+ Nutzung als sensitives Instrument der zeitnahen Erfassung, wann Covid19 hier eine entscheidende Rolle spielt, möglich?
	+ 2 Faktoren:
		- Syndromisch meldende Praxen (Zunahme ihrer Anzahl = Abnahme der Unsicherheit, die mit der Berechnung der Konsultationsinzidenz einhergeht)
		- Virologische Surveillance (derzeit ca. 100 Praxen, Stichprobennahme muss geographisch, technisch und der Fachrichtung der Praxen entsprechend repräsentativ korrekt gewählt werden)
		- Sentinelvorgehen gern ausweitbar, BMG hat Unterstützung bereits zugesagt, ITZ Bund Priorisierung derzeit zur Klärung

Falldefinitionen und Testzahlen, Anfrage von Prof. Krüger (u.a. Wiss. Beirat PEI) (Kommunikation [hier](AW_%20Falldefinition%20und%20Testzahlen.pdf))* Derzeitige Ausdrucksweise in Kommunikation mit der Öffentlichkeit scheinbar missverständlich bis zu abstrakt
* Kernaspekte des derzeitigen öffentlichen Interesses: 1. Sind die erhöhten Fallzahlen durch vermehrte Tests bedingt? (Erläuterung Testzahlen [hier](Erl%C3%A4uterung_Testzahlen.docx)) 2. Sinkt die Todesrate pro gemeldeter Fälle? (FAQ dazu von Presse geplant)
* Einfache Botschaft an prominenter Stelle nötig
* Lagebericht kann technisch bleiben, aber Trendwenden oder Kernpunkte des öffentlichen/pressetechnischen Interesses sollten im Lagebericht auf der zweiten Seite („Allgemeine Situation“) in verständlicher und ausführlicher Weise angeführt und als vereinfachte Sprachregelung auf der Website veröffentlicht werden

*To do: Mirjam Jenny (P1) und Abt. 3 (jew. Lageberichtsautor\*innen) schließen sich dazu kurz, Implementierung erst ab nächster Woche** Begrifflichkeit und Falldefinition „Covid-19 Erkrankung *versus* Infektion“ – klare begriffliche Trennung hinsichtlich Allgemeinverständlichkeit nötig, Falldefinition gibt Anlass zum Missverständnis
* Cave: Falldefinition selbst sollte ggf. nicht geändert werden

*To do: Als TOP einer der nächsten Sitzungen* | ZIG1FG32FG36 |
| **2** | **Internationales (nur freitags)*** Nicht besprochen
 |  |
| **3** | **Update digitale Projekte (nur diese Woche am Mittwoch)**Anbindung der CoronaWarnApp an die Labore (Folien [hier](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-09-02_Lage-AG%5CVortrag_Krisenstab_2020-09-01.pptx) )* Problematik mit QR Code: Nutzer installiert Warnapp, kann positives Testergebnis eingeben, wird durch QR Code oder Verifikationshotline via Tele-TAN verifiziert, dann entscheidet Nutzer aktiv, ob Ergebnis an Personen innerhalb der Risiko-Definition mitgeteilt werden darf (im Sinne der Mitteilung „Risikobegegnung erfolgt“)
* Risikoermittlung: niedrig (keine Begegnung), niedrig mit Risikobegegnung (die aber nicht als erhöhtes Risiko eingeschätzt wird - Abstand zu groß oder zeitlich zu kurz), hoch (längerer Kontakt, kurze Distanz; nur hier Textempfehlung zum weiteren Vorgehen)
* Laboranbindung: Muster geht ans Labor, QR Code zum Nutzer 🡪 Labor gibt nicht-personenbezogene Daten auf Server ein 🡪 Abgleich mit App (wenn Lab nicht angeschlossen 🡪 App-Nutzer muss via Hotline Tele-TAN erbitten); Arzt muss vor Probe-nahme Einverständnis von Patienten zur elektron. Übermittlung über WarnApp einholen;
* Problematiken:
* Angeschlossene Labore
	+ Priorisierung auf niedergelassene Labore; Krankenhäuser und Unikliniken noch kaum angeschlossen
	+ 183 Labore für SARS-CoV-2-Testungen
	+ 120 Labore sind technisch angeschlossen
	+ 70 % der Testkapazitäten in D
	+ 103 Labore E2E (end 2 end), Eurofins ist nicht angeschlossen
* Häufigste Fehlerquellen:
	+ Labore sind nicht an CWA angebunden
	+ Verwechslung mit anderen Labor-Apps
	+ Änderung der CWA-Funktion
	+ Verifikation positiver Ergebnisse vs. personalisierte Befundmitteilung
* Häufigste Fehlerquellen Muster 10C, Muster ÖGD
	+ Dokument wurde kopiert und für mehrere Nutzer verwendet
	+ Der individuelle Abschnitt wird den Nutzern nicht ausgehändigt
	+ Einverständniserklärung fehlt
	+ Kontaktdaten nicht leserlich
	+ QR-Code wurde in sehr schlechter Qualität gedruckt
	+ Verwechslungsgefahr:
		- QR-Code kann auch von anderen Apps genutzt werden, die mit anderen Laboren verbunden sind
		- Eigene Laborcodes werden ausgegeben
* Häufigste Nutzungsfehler: QR-Code wird vorzeitig gelöscht oder mehrfach eingescannt
* Lösungsansätze:
	+ Diskussion über Veröffentlichung einer Liste mit allen an die CWA angeschlossenen Laboren
	+ Texte in der App werden überarbeitet (z.B. Fehlerhinweise, Anleitung für QR-Codes)
	+ Information an Teststellen und Hausärzte zum richtigen Umgang mit Muster 10C
	+ Einbeziehung und Sensibilisierung der GÄ durch die AG Infektionsschutz
	+ BMG und RKI haben eine Liste mit Kontaktadressen für Teststellen an Grenzübergängen und Flughäfen erstellt, um Rückfragen aus der Bevölkerung besser beantworten zu können
	+ Priorisierung der Laboranbindung bei Grenzübergangen und Flughäfen
 | Beermann/ Schmich |
| **4** | **Aktuelle Risikobewertung*** Deeskalierendes Wording im Lagebericht angepasst an die aktuelle Situation – und daran angeschlossen angepasst an die Risikobewertung
* Da Fallzahlen derzeit stabil soll wording entsprechend angepasst werden

*To do: Vorschlag dazu soll im Anschluss im Krisenstab-Verteiler verschickt werden (Vorschlag hier: „muss weiter intensiv beobachtet werden“)* | alle |
| **5** | **Kommunikation****BZgA**Bundesgesundheitsblatt: Themenheft "Erkennen, bewerten, handeln – die Reaktion des ÖGD auf COVID-19"* Neu eingestellt und downloadbar: grafische Aufbereitung „Einreisen aus Risikogebiet *versus* aus Nicht-Risikogebiet“ (Anpassung am 15.09./ 01.10. nötig)
* Bei terminologischer Unschärfe - Vorschlag: an entsprechenden Stellen aufeinander verlinken
* Rückmeldung aus Telefonberatung: große Verunsicherung zum Umgang mit Infektanzeichen (Erkältungssymptome)
* Fieber als Einschätzungsparameter: wird in Schulen sehr unterschiedlich gehandhabt (Temperaturprotokoll, Risiko der Falschpositivität), Papier und Links werden an LageAG gesendet

**Presse*** Englischsprachige Website zu COVID-19 im Aufbau
* Begrifflichkeiten „Isolierung“ (von Erkrankten) versus „Quarantäne“ (von Kontaktpersonen) werden weiterhin vermischt

*To do: Bitte an Presse um ersten Aufschlag hinsichtlich einer Erklärung Isolierung versus Quarantäne* **Allgemein*** Antigen-Test als Vortest: prinzipiell denkbar in Abhängigkeit des Testmaterials, der Verwendung (als Screening?), Warnung vor Empfehlung von Tests unklarer Spezifität, bleibt zur Diskussion
	+ Heute und Montag Telefonkonferenzen mit BMG und BfArM geplant
	+ Klares Signal von Länderseite zur differenzierten Umsetzung nötig aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse der Praxen (Pädiatrie weitaus höhere Anzahl potentiell infektiöser Patienten als Internisten bspw.)
	+ Ggf. Zusammenarbeit mit KBV/KV hinsichtlich gemeinsamer Lösung / Empfehlung denkbar?
	+ Wird bei Tagung der beim BMG diesbezüglich angesiedelten AG am Donnerstag thematisiert
* Bundesgesundheitsblatt - Konzept wurde weitgehend zugestimmt
* Vorschläge zu Verbesserungen wurden eingereicht
* Artikel zu Schulen oder zu Deutschland im internationalen Vergleich mit Einreichungs-Deadline 01.10. sehr willkommen
 | BZgAPresseBremer/ Schaade  |
| **6** | **Neues aus dem BMG*** Nicht besprochen
 | BMG-Liaison |
| **7** | **Strategie Fragen****Allgemein**Diskussion zur Verkürzung der Quarantänezeit: * Bereits thematisiert in EU Ministerkonferenz und ECDC
* Ohne Test Quarantänezeit nicht verkürzbar, im Rahmen von Contacttracing ggf. auf 10 Tage verkürzbar
* Bericht auf Basis der Arbeit von Herrn von Kleist und Kolleg\*innen wird dazu verfasst
* Cave: Compliance sollte berücksichtigt werden
* Erlass muss noch bearbeitet werden
* Diskussion wird vertagt

**RKI-intern**Strategiepapier „COVID-19: Die Pandemie in Deutschland in den nächsten Monaten“ (Dokument [hier](Strategiepapier%20RKI%20mit%20Kommentaren_sept1.DOCX))* Wurde im Krisenstab vormittags in aktueller Version (in Positionierung erneut angepasst) verbreitet
* Zur Vorlage bei Herrn Wieler am Montag
* Ggf. bei Bedarf Diskussion der Zielstellung am Freitag (ggf. inkl. ppt in Abhängigkeit des Umfanges der Änderungs-vorschläge)

*To do: Bitte von Frau Hanefeld an den Krisenstab um Durchsicht hinsichtlich der jeweiligen Expertise und Signal bis Donnerstag hinsichtlich zu überarbeitender Punkte* | Hanefeld |
| **8** | **Dokumente*** Dokument „Marginalisierte Gruppen“ finalisiert
* Wurde BMG bereits vorgelegt, Rückmeldung dazu ausstehend
* Erneute Zusendung an das BMG in finalisierter Form zur Kenntnisnahme („Veröffentlichung heute in nochmals überarbeiteter Form auf der Website“)
 |  |
| **9** | **Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)*** Arbeitsschutzstandards der stationären Altenpflege der BGW nicht besprochen
 | FG37 |
| **10** | **Labordiagnostik*** Weiterhin ca. 10 Einsendungen pro Tag
* Davon 70 bis 80 % positiv auf Rhinoviren
* Andere respiratorische Viren unterhalb der Nachweisgrenze
 | FG17/ZBS1 |
| **11** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement*** Nicht besprochen
 | FG36/IBBS |
| **12** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz*** Nicht besprochen
 |  |
| **13** | **Surveillance*** DEMIS – Versand von falsch positiven Daten an Gesundheitsämter seitens Labor (Häkchen bei „positiv“, jedoch aus Meldung selbst ersichtlich, dass „negativ“)
* Übermittlung dieser Daten als sicherheitsrelevanter Vorfall deklariert (kein Versand von Negativdaten an Gesundheitsamt laut IfSG)
* Falsch positive Daten sind jedoch derzeit höchstwahrscheinlich nicht in der Statistik erfasst
* Labor bereits gesperrt
* Derzeit Erhebung der genauen Faktenlage
* Presse soll informiert werden, Bitte dazu um Sprachregelung, wenn Faktenlage ausreichend eruiert
 | FG32 |
| **14** | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)*** Aussteigekarte – Amtshilfe durch RKI-Beauftragung der Deutschen Post: Scanlösung bei der Post durch BMG angestrebt, Amtshilfe erbeten, RKI hierbei lediglich als Mittler, Auftrag soll per Mail rausgeschickt werden
 | FG32 |
| **15** | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)*** Nicht besprochen
 |  |
| **16** | **Wichtige Termine*** Nicht besprochen
 | alle |
| **17** | **Andere Themen*** Nächste Sitzung: Freitag, 04.09.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr, via Vitero
 |  |