# 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:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2020-09-02_Lage-AG\COVID-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:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2020-09-02_Lage-AG\Lage-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:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2020-09-02_Lage-AG\SARS-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:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2020-09-02_Lage-AG\syndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW35_2020_für-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](Erläuterung_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* | ZIG1  FG32  FG36 |
| **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:\Wissdaten\RKI_nCoV-Lage\1.Lagemanagement\1.3.Besprechungen_TKs\1.Lage_AG\2020-09-02_Lage-AG\Vortrag_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 | BZgA  Presse  Bremer/ 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 |  |