# Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

*(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)*

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

***Datum:*** *28.10.2020, 11-13 Uhr*

***Sitzungsort:*** Webexkonferenz

**Moderation: Lars Schaade**

**Teilnehmende:**

Dürrwald

* Institutsleitung
	+ Lothar Wieler
	+ Lars Schaade
* Abt. 1 Leitung
	+ Martin Mielke
* Abt. 3
	+ Tanja Jung-Sendzik
* ZIG Leitung
	+ Johanna Hanefeld
* FG12
	+ Annette Mankertz
* FG14
	+ Melanie Brunke
* FG17
	+ Ralf Dürrwald
* FG24
	+ Thomas Ziese
* FG32/38
	+ Maria an der Heiden
	+ Ute Rexroth
	+ Michaela Diercke
* FG33/ZIG
	+ Luisa Denkel
* FG34
	+ Viviane Bremer
* FG36
	+ Silke Buda
	+ Stefan Kröger
* FG37
	+ Tim Eckmanns
* IBBS
	+ Claudia Schulz-Weidhaas
* Presse
	+ Susanne Glasmacher
	+ Ronja Wenchel
* P1
	+ Mirjam Jenny
* BZgA
	+ Heidrun Thaiss
* 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%5C2020-10-28_Lage-AG%5CCOVID-19_Internationale_Lage_2020-10-28.pptx))* 43,6 Mio Fälle, 1,1 Mio Verstorbene (2,7%)
* Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle in den letzten 7 Tagen:
	+ USA an erster Stelle, alle Länder steigender Trend außer Indien
* 7-Tages-Inzidenz pro 100.000 Einwohner
	+ Statt 77 Ländern am Montag heute 81 Länder > 50; neu: Kanada, Malediven, Aserbaidschan und Serbien
	+ EU/EWR/UK/CH: alle Länder > 50 außer Norwegen, Schweden, Finnland, Estland > 25 – 50
* Australien: im gesamten Land sehr geringe Inzidenz (7T-Inzidenz/100.000 Ew: 0,5) Testrate/100.000 Ew/Woche: 1.043 (20. - 26.10.), Testpositivität: 0,1%
* Anstieg der Fälle Ende Juni / Anfang Juli in Melbourne, Victoria ausgehend vermutlich von „Quarantäne-Hotel“ -- > über Sicherheitspersonal in Bevölkerung getragen -- > dort Weiterverbreitung via Familienfeiern
* Maximale Anzahl der Fälle in Victoria: 687 neue Fälle / Tag (August 2020)
* Anstieg der Fälle in NSW, lokal begrenzte Cluster in NSW
* Seit 24.07. Restriktionen in NSW verschärft (v.a. Gastronomie)
* Eintrag der Fälle in Alten- und Pflegeheime
* Starke Reisebeschränkungen
* 14-Tage-Quarantäne (bei Einreise) in Quarantäne-Hotels
* Weiterer Verlauf:
	+ “Testing blitz” in Melbourne (1 Woche: 100.000 Personen getestet)
	+ Ausgangssperren in 10 Bezirken
	+ Lockdown Großraum Melbourne 08.07.2020; Verlassen der Wohnung nur aus 4 Gründen möglich (Arbeit im med./pflegerischen Dienst, Sport, Einkauf, Arbeit/Studium sofern nicht von zu Hause aus möglich)
	+ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Victoria
	+ Maskenpflicht im öffentlichen Raum (Melbourne / Shire of Mitchell) Ende Juli
	+ Lockdown für Victoria Anfang August
	+ Katastrophenzustand (bspw. nur 1 Pers. pro HH erlaubt einzukaufen, Arbeitsweg nur mit working permit von Arbeitgeber, bei Nichteinhaltung empfindliche Strafen) in Melbourne, Stage 4 (02.08. – 13.09.) und Victoria (02.08. – 11.10.), Stage 3 (stay at home);
	+ Schließung der Grenzen zwischen NSW und Queensland
	+ Allgemeine Maskenpflicht in Victoria
* Mitte September:
	+ Lockerung der Maßnahmen, z.B. Kita-, Outdoor-Pool- Öffnung Ende September
	+ Weitere Lockerungen in Victoria und Melbourne (stay home, stay safe)
	+ Weitere Lockerungen geplant den Fallzahlen entsprechend
* Zusammenfassung:
	+ Weiterhin drastische Zunahme neuer Fälle in Europa (ca. 50 % der Fälle weltweit)
	+ Innerhalb der EU/EWR/GB/CH: nur noch Schweden, Norwegen, Estland und Finnland 7-Tages-Inzidenzen < 50 Neuinfektionen / 100.000 Einwohner
	+ Langsame Rückkehr zur Normalität in Melbourne und Victoria, Australien nach wochenlangem Lockdown („Steps to COVID-19 normal“)
	+ Am 24.10.: 137 lokal erworbene asymptomatische Fälle in der Region Xinjiang, China
* Diskussion zu Australien:
	+ Berichte zu Schwierigkeiten mit Compliance in Australien vorerst nicht ersichtlich, jedoch empfindlich hohe Bußgelder bei Non-Compliance
	+ Trotz Lockdown und scharfen Maßnahmen sehr langwieriger Prozess bis Fallzahlrückgang, Gründe dafür vorerst nicht ersichtlich
	+ Sehr klare Kommunikation bezüglich Einschränkungen und empfindliche Strafen

**National****Fallzahlen, Todesfälle, Trend** (Folien [**hier**](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-10-28_Lage-AG%5CLage-National_2020-10-28.pptx))* SurvNet übermittelt: 464.239 bestätigte Fälle (+14.964), davon 10.183 (2,2 %) Todesfälle (+85), 7-Tage-Inzidenz 93,6 /100.000 Ew
* ITS Fälle steigen stetig, aktuell 1.470 (+108)
* R zwischen 1,2-1,4 (vom 27. und 26.10.); Zahlen vom 28.10. aufgrund eines Serverupdates heute erst später lieferbar
* Anstieg der 7 Tage Inzidenz in jedem Bundesland deutlich, Abflachung bei einzelnen Ländern (bspw. Sachsen) höchstwahrscheinlich kein langfristiger Trend
* 132 LK mit 7 Tage Inzidenz >100 Fällen/100.000 Ew; 166 LK >50-100 Fällen/100.000 Ew; 86 LK mit >25-50 Fälle/100.000 Ew
* Inzidenz nach Altersgruppen und Meldewoche: weiterhin Altersgruppe (AG) von 15- bis 34-Jährigen höchste Fallzahl, gefolgt von AG der 35- bis 59-Jährigen, dritthöchste: AG der 80+ Jährigen, geringste Fallzahl bei den 0-4-Jährigen
* Übermittelte Fälle nach Geschlecht sowie Anteil Hospitalisierung und Verstorbener: in KW 37 knapp 10.000 Fälle, in KW 43 über 73.000 (binnen 6 Wochen versiebenfacht), Alter der Fälle im Mittel leicht ansteigend (32 vs. 40), Männer und Frauen gleichermaßen betroffen, Anteil asymptomatischer Personen nimmt ab (mögliche Ursache: knappe Testkapazitäten -> vornehmlich erkrankte Personen oder ältere AG getestet), Anzahl hospitalisierter Personen angestiegen, Anteil Verstorbener ebenfalls
* Current Mobility Monitor (<https://www.covid-19-mobility.org/mobility-monitor/>): nach Lockdown Rückgang um 39 %; Juni/Juli wieder bei 100 %, im Sept/Okt über dem Durchschnitt; aktuell erneuter Rückgang zu verzeichnen; vor allem im Nordosten aktuell noch starke Mobilität ersichtlich; ob ggf. saisonal bedingte Schwankungen im Modell berück-sichtigt wurden unklar
* Diskussion:
	+ Anteil Verstorbener auf erster Seite im Bericht ggf. mitaufzunehmen, aber: möglicherweise recht unklare Indikatorfunktion im Sinne der Kommunikation nach außen
	+ Derzeit liegt zur Mitaufnahme der Inzidenz der AG der über 60-Jährigen Zustimmung seitens BMG vor
	+ Indikator für Bevölkerungsgruppe mittleren Alters sinnvoller (da Risikobewusstsein hinsichtl. Erkrankungswahrscheinlichkeit bei älteren AG gegeben)
	+ Vorschlag: Aufnahme der Anzahl schwer erkrankter Personen pro AG und Woche

*To Do: Mitaufnahme des bereits zugestimmten Parameters (Inz. der AG 60+) in Lagebericht auf erste Seite, Mitaufnahme weiterer Parameter zur weiteren Abstimmung*  **Syndromische Surveillance** (Folien [**hier**](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-10-28_Lage-AG%5Csyndrom-ARE-SARI-COVID_bis_KW43_2020_f%C3%BCr-Krisenstab.pptx)):* Grippeweb: bei Kindern ARE-Raten deutlich zurückgegangen, vermutlich aufgrund zweiwöchiger Herbstferien, bei Erwachsenen deutlich unter den letzten zwei Jahresmittel, Übertragungshemmung durch allgemeine Maßnahmen schlägt sich hier nieder
* Konsultationsinzidenz ARE: anderes Bild, ab AG der 15-34-Jährigen Anstieg der Arztbesuche, bei 0-4-Jährigen eher Rückgang der ARE-Arztbesuche
* ARE-Konsultationsinzidenz (gesamt): 43. KW 2020 ca. 1.500 Arztkonsultationen pro 100.000 Ew (auf Bevölkerung in Deutschland bezogen: Gesamtzahl von mehr als 1,2 Mio. ARE-Arztbesuchen)
* Überblick über Bundesländer BB, NRW, Bayern, BaWü: (COVID-Meldeinzidenz rechts und ARE-Arztbesuche links, jeweils pro 100.000 Einwohner; ARE Konsultations-Inzidenz gestrichelte, COVID Meldedaten durchgezogene Linien): insgesamt stark ansteigend, 15-34-Jährige weiter höchste Infektionen/Konsultationen
* ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose: Anteil der COVID-Patienten an SARI weiter ansteigend, 42. KW bei 20 %
* Nach Altersgruppen: in 42. KW Anteil der COVID-Fälle an SARI: höhe Anzahl SARI-Fälle bei Kindern, hoher Anteil an COVID-Fällen bei 15-34-Jährigen

*To Do: vorletzte Folie (SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 42. KW - nach Altersgruppen) ggf. in Lagebericht mitaufnehmen, dazu visuell allgemein verständlichere Darstellung mit Mirjam Jenny besprechen* **Testkapazitäten und Testungen** (Folien [**hier**](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-10-28_Lage-AG%5CSARS-CoV-2%20in%20ARS_20201028_Krisenstabssitzung.pptx))* Anzahl der Testungen und Positivenanteilepro Woche – bundesweit: letzte 12 Wochen dargestellt, Positivenanteil (gestrichelt) bereits über 5 %, Testzahl geringe Abnahme; höchstes Niveau in Woche 41 erreicht
* Anzahl Testungen pro 100.00 Ew nach AG und KW: Vergleich KW 32 bis 43: Testzahl angestiegen v.a. in unteren AG, in älteren AG relativ konstant; derzeit v.a. > 80-Jährige und 15-34-Jährige getestet
* Positivenanteil nach AG und KW: am höchsten bei 15-bis 34-Jährigen, gefolgt von 35-59-Jährigen, paralleler Anstieg im Positivenanteil über alle AG hinweg (bis auf 0-4-Jährige)
* Aufschlüsselung Positivenanteil nach AG, Abnahmeort und KW: insgesamt steiler Anstieg zu verzeichnen, am stärksten in Arztpraxen, am wenigsten in Krankenhäusern (mutmaßliche Ursache: sehr hohe Testrate aufgrund der Vorgaben, ggf. „Ausdünnungseffekt“), „Andere“ = alle anderen Testzentren (Flughäfen, Zentren in Innenstädten, Altenheimen)
* Testverzug: Anzahl Tag(e) zwischen Abnahme und Test: derzeit keine maßgebliche Verzögerung, aber in Einzelfällen teils großer Verzug, Wartezeiten bis 5 Tage
* Diskussion: welche Bedeutung hat die Positivrate für das Gesundheitssystem? Erhalt der Testindikation als weiteren Parameter möglich? Testindikation über ARS schwierig zu erhalten, ggf. symptomatische Erfassung („symptomatisch“ vs. „andere Indikation“), Laborinformationssystem: Daten nicht hinterlegt

*To Do: Herr Mielke stellt hierzu weitere Nachforschungen an, ggf. Besprechung mit Herrn Müller* **Ausbreitung in DE und erste Auswertungen zum Infektionsumfeld bei Fällen** (Dokument [**hier**](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-10-28_Lage-AG%5CTOP1_Testzahlbericht.docx))* Schreiben zu Limitationen der wöchentlich erfassten SARS-COV-2-Testzahlen (keine Vollerfassung vorliegend aufgrund der Freiwilligkeit der Angabe)
* Kritischer Schlusssatz „Dies kann, vorbehaltlich der datenschutzrechtlichen Prüfung, durch eine bundesweite elektronische Übermittlung der Daten über DEMIS ermöglicht werden.“ muss gestrichen werden, da entsprechender Passus des § 4 IfSG am heutigen Tage gestrichen wurde
 | ZIG / LuisaDenkelFG32 / MichaelaDierckeFG36 / Silke BudaFG 37 / Tim EckmannsFG32/38 /Ute Rexroth |
| 2 | **Internationales (nur freitags)*** Nicht besprochen
 | ZIG |
| 3 | **Update Digitale Projekte (nur montags)*** Verschobener Bericht von Montag
* Weiterhin verschoben
 | FG 21/ Patrick Schmich |
| **3** | **Aktuelle Risikobewertung*** Am Montag aktualisiert, kein Bedarf
 | Alle |
| **4** | **Kommunikation**BZgA:* Gezieltere Adressierung bestimmter Altersgruppen, Anschlussfähigkeit zu bereits vorhandenen Programmen, Adressierung von Multiplikatorennetzwerken
* Viele fremdsprachige Materialien bereits verfügbar, dennoch weiterhin häufig Unverständnis, Kontakt zu Ethnomedizinischem Zentrum Hannover bezgl. weiterer Streuung von Informationsmaterialien
* Erklärvideo aus Initialvideo „Zuhausebleiben“ soll erneut platziert werden
* Non-digitale KONA für best. Bevölkerungsgruppen als Lösungsmöglichkeit weiterhin von Bedeutung (Notizen zu Tagesende via Papier)
* Gesundheitsportal: Veröffentlichungen nur in Schnittmengen mit Fachbereichen abgestimmt, Problemaspekt bspw. der fehlenden spezifischen Korrelationsmöglichkeit von Symptomen mit bestimmter Infektionserkrankung
* Zur Symptomatik „Schnupfen“ bereits Vorlage vorhanden

*To Do: Bitte an BzGA, sich mit dem Gesundheitsportal in Verbindung zu setzen, fachlich-wissenschaftlich mit dem RKI abgestimmte Aspekte sollten korrekt übernommen werden**To Do: Bitte an Frau Buda und Herrn Haas, einen diesbezüglichen Text an Frau Thaiss weiterzuleiten* Pressestelle:* Keine Anmerkungen
 | BZgA /Heidrun ThaissPresse |
| 6 | **Neues aus dem BMG*** Nicht besprochen
 |  |
| 7 | **Strategie Fragen**1. **Allgemein**

**Kontaktpersonennachverfolgung*** Wie kann KONA noch differenzierbarer dargestellt werden?
* Cluster Priorität vor Einzelfällen; Häufung in vulnerablen Gruppen Priorität vor anderen Settings
* Berlin: seit gestern Allgemeinverfügung zu alternativer Vorgehensweise der KONA erlassen: hat eine Person Kenntnis ihrer Positivität, soll sich diese a) umgehend in Isolation begeben und b) selbstständig – ohne Anweisung des Gesundheitsamtes - mögliche KP informieren; Gesundheitsamt muss lediglich zwecks Erstattung hinsichtlich Erwerbsfähigkeit kontaktiert werden
* Allgemeinverfügung ebenfalls für Arbeitgeber relevant: sobald er von Positivität des Mitarbeitenden Kenntnis erlangt, sollte er zudem auch die in dessen räumlicher Nähe befindlichen Mitarbeitenden in Quarantäne schicken (hoch relevant für IBBS zur *in house* Umsetzung RKI)

🡪 viel Verantwortung auf privaten bzw. Arbeitgeber-Bereich verlagert* Fachgebiet arbeitet derzeit an einer für Laien verständlichen Aufbereitung der KONA

*To Do: Bitte an Frau Schulz-Weidhaas, die neu erlassene Allgemeinverfügung – fachlich-organisatorisch im Haus zu berücksichtigen** KONA-Papier soll laut Minister Spahn angepasst werden

*To Do: Seitens RKI fachlich hochrelevante Aspekte sollten proaktiv unter Zusammenarbeit der betreffenden FGs erarbeitet und bereits vorab herausgestellt werden, deadline möglichst Ende der Woche**Vorschläge: als Grundvereinfachung Management des Medizinpersonals extrahieren und getrennt pflegen, Priorisierungskriterien grafisch um-/ausarbeiten, Kernaussagen auf einer Seite darstellen, EpiBull-Artikel kann mitaufgenommen werden (Entlastung für Familien und Arbeitgeber, klarere Strukturen bezüglich Prioritäten)***Herausforderung fehlender Meldepflicht für Antigen-Tests*** Antigen-Tests: keine Meldepflicht durch die Länder eingeführt, Gefahr des Verlustes an Information und Überblick, praxisnahe Lösung dringend benötigt
* Zu klärende Fragen: ab welchem konkreten Zeitpunkt und anhand welcher Modalität sollen die Antigen-Tests in der Meldestatistik erfasst werden?
* Mögliche Lösungsvorschläge
	+ Antigen-Tests als Methode in der VO zu ergänzen (siehe BaWü)
	+ Auflage, positive Antigen-Tests durch PCR-Tests bestätigen lassen zu müssen
	+ Anpassung der Falldefinitionen („Verdachtsfall“)

*To Do: Lösungsvorschläge müssen zeitnah diskutiert werden, die Zahlen werden jedoch höchstwahrscheinlich mit Einführung der Antigen-Tests an Vergleichbarkeit und Aussagekraft verlieren***Votum der AG Labor / Testen zum effizienten Einsatz der der PCR-Testung auf SARS-CoV-2** (27.10.2020) (Dokument [**hier**](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-10-28_Lage-AG%5CTOP7_Votum%20Ag%20Labor_Testen%20zur%20Priorisierung%20der%20Testkapazit%C3%A4ten.docx) Markup [**hier**](file:///S%3A%5CWissdaten%5CRKI_nCoV-Lage%5C1.Lagemanagement%5C1.3.Besprechungen_TKs%5C1.Lage_AG%5C2020-10-28_Lage-AG%5CTOP7_Votum%20Ag%20Labor_Testen%20zur%20Priorisierung%20der%20Testkapazita%CC%88ten_MARKUP%20MMUE.docx))* Hinweis seitens Laboratorien zu den Limits der Testkapazität an Minister Spahn erfolgt
* Auf Priorisierung innerhalb der nationalen Teststrategie soll hingewiesen werden
* Änderung der Testkriterien ausgesprochen heikel, Differen-zierung/Fokussierung von COVID-19 zu Symptomatik sehr bedacht vorzunehmen
* Am 30.09. wurde abgestimmter Vorschlag ans Ministerium geschickt
* Muss als klare Grundlage für Ärzte zur Durchführung der Tests und ihrer Priorisierung ins Flussschema übersetzt werden

*To Do: Vorstellung des Flussschemas und der Testkriterien am Freitag durch Stefan Krüger, Bitte um Zusendung vorab als Arbeitsversion an Martin Mielke zu Donnerstag**Zielgruppe: Ärzte, ÖGD, Politiker – Testkriterien zu unterscheiden ggü. der allgemeinen Bevölkerung, klare Trennung nötig** Verhalten im Herbst/Winter – Papier dazu: noch keine Rückmeldung seitens Ministerium, ob dies publizierbar ist, Infopaket liegt bereits vor, seit Montag zudem Minister Spahn vorliegend, ist demnach noch nicht freizugeben

*To Do: Herr Schaade wird dazu Herrn Holthausen ansprechen* **RKI-intern*** Nicht besprochen
 | FG32/38 /Ute RexrothFG32/38 /Michaela DierckeFG32/38 /Ute Rexroth |
| 8 | **Dokumente*** Nicht besprochen
 |  |
| 9 | **Update Impfen (nur freitags)** |  |
| 10 | **Labordiagnostik*** Erläuterung zur Bedeutung der Antigen-Tests und ihrer Interpretierbarkeit in Kooperation mit Mirjam Jenny erstellt, wird in der betreffenden AG des BMG vorgestellt
* Dr. Carsten (Kinderarzt, Mitglied der Mikrobiologischen Gesellschaft) verfügt über ein gutes Sentinelkonzept, hat diverse Antigen-Test bereits miteinander verglichen und mit Verläufen korreliert (Roche-Antigentest hierbei am vielversprechendsten)
 | FG17/ZBS1 Martin Mielke |
| **11** | **Klinisches Management/Entlassungsmanagement*** Nicht besprochen
 |  |
| **12** | **Maßnahmen zum Infektionsschutz*** Nicht besprochen
 |  |
| 13 | **Surveillance*** Besprochen (siehe oben)
 | FG32 |
| 14 | **Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)*** Am Freitag, FG38 ggf. vertreten durch Osamah Hamouda
 | FG38 |
| 15 | **Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)*** Im November/Dezember 2 bis 4 LÜKEX (Länder- und Ressortübergreifende Krisenmanagementübung)-Mitarbeitende für zwei Monate zu erwarten
 | FG38 / Maria an der Heiden |
| 16 | **Wichtige Termine** |  |
| 17 | **Andere Themen*** Nächste Sitzung: Freitag, 30.10.2020, 11:00 Uhr
 |  |