



## Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

### Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

<b>Anlass:</b>	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
<b>Datum:</b>	02.05.2020, 11:00 Uhr
<b>Sitzungsort:</b>	Viterokonferenz

**Moderation:** Lars Schaade

#### Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - o Lothar Wieler
  - o Lars Schaade
- Abt.1
  - o Martin Mielke
- Abt.3
  - o Osamah Hamouda
- ZIG
  - o Johanna Hanefeld
- FG12
  - o Annette Mankertz
- FG14
  - o Melanie Brunke
- FG17
  - o Thorsten Wolff
- FG 32
  - o Ute Rexroth
  - o Maria an der Heiden
  - o Michaela Diercke
  - o Nadine Litzba (Protokoll)
- FG36
  - o Walter Haas
- FG37
  - o Tim Eckmanns
- IBBS
  - o Christian Herzog
- Presse
  - o Jamela Seedat
- ZBS1
  - o Eva Krause
- ZIG1
  - o Andreas Jansen
- BZGA
  - o Heidrun Thaiss





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p><b>Aktuelle Lage</b></p> <p><b>International</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien <a href="#">hier</a>)             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Länder mit &gt;70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 1,1 Mio Fälle, keine großen Änderungen, stabiles Level, leicht abfallende Tendenz, in den einzelnen Bundesstaaten weiterhin heterogenes Bild, NY abfallender Trend</li> </ul> </li> <li>o Länder mit 7.000 – 70.000 neuen Fällen/letzte 7 Tage                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Trends haben sich fortgesetzt, Maßnahmen in Brasilien erst vor einer Woche eingeführt, Mitte nächster Woche sieht man frühestens Effekt</li> </ul> </li> <li>o Länder mit 1.400-7.000 neuen Fällen/Tag                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kein auffallendes Signal, Peak in der Kurve Serbiens beruht auf Meldeartefakt (Serbien in den 5 Tagen zuvor nichts gemeldet)</li> </ul> </li> <li>o R eff. Trend für Länder mit &gt;7.000 Fällen/letzte 7 Tage                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Russland geht auf R eff = 1 zu, Effekte der deutlichen Verstärkung der Maßnahmen</li> </ul> </li> <li>o R eff Trend für Länder mit 1.400-7.000 Fällen/letzte 7 Tage                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Anstieg in Serbien zeigt, dass man den R-Wert nicht ohne absolute Zahlen diskutieren kann</li> </ul> </li> <li>o Länder mit &gt;100 Fällen und einem R eff. &gt;1                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Guinea-Bissau R eff=15, da Anstieg von 70 auf 250 Fälle, aufgrund von Clustern in Regierung, Premier und drei weitere Minister + Entourage infiziert</li> </ul> </li> <li>o Studie zu Schulen in New South Wales, Australien:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schulen weiterhin geöffnet, Studie von März bis Mitte April</li> <li>▪ 18 Fälle (9 Schüler, 9 Mitarbeiter), 735 Schülerinnen und Schüler und 128 Lehrkräfte waren Kontaktpersonen, keine Sekundärfälle unter den Lehrkräften, nur zwei Übertragungen auf Schüler berichtet (ggf. hier auch Kontakt außerhalb der Schule)</li> <li>▪ Australische Studie ist in Übersicht für BMG vom 29.04.2020 drin, nicht alle Kontaktpersonen wurden abgestrichen, sondern nur 288 symptomatische Personen</li> </ul> </li> <li>o Science Studie: Changes in contact patterns shape the dynamics of the COVID-19 outbreak in China                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kontakt und Transmissionsstudie in Wuhan und Shanghai, tägliche Kontakt während des Lockdowns wurden um das 7-8-fache reduziert</li> <li>▪ Proaktive Schulschließungen können die Spitzeninzidenz um 40-60% senken und die Epidemie verzögern</li> </ul> </li> <li>o Schweizer Review im Preprint:                 <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 120 Studien angeschaut, 8 verwendet, publication bias, da asymptomat. Übertragung medienwirksamer, ggf.</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>	ZIG1/alle



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>mehr veröffentlicht</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Obergrenze für den Anteil asymptomatischer SARS-CoV-2-Infektionen von 29% (95% KI 23 bis 37%), eine Modellierungsstudie ebenfalls angeschaut, dabei 18% (95% KI 16 bis 20%) – Wert wahrsch. zw. 20 – 30%</li> <li>▪ In Modellierungsstudien ca. 50% durch präsymptomatische, Anteil der asympt. Personen ist deutlich geringer</li> </ul> <p>o Eindeutige Schlussfolgerung zu dem Unterschied der Infektiösität bei unterschiedl. Symptomatik (Husten vs. asymptomat.) ist noch nicht möglich, komplexes Thema da es viele Einflussfaktoren gibt.</p> <p><b>National</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien <a href="#">hier</a>) <ul style="list-style-type: none"> <li>o SurvNet übermittelt: 161.703 (+945), davon 6.575 (1,5%) Todesfälle (+94), Inzidenz 195/100.000 Einw., ca. 129.000 Genesene, Reproduktionszahl = 0,78 (95% KI 0,66-0,88, Stand 02.05.2020)</li> <li>o Geringerer Anstieg wahrscheinlich weniger Diagnostik und Meldung am Feiertag</li> <li>o Der Satz zur Interpretation des R im Lagebericht soll gestrichen werden, da die regelmäßige Anpassung aufgrund des schwankenden Rs in der Öffentlichkeit Verwirrung stiften kann.</li> <li>o Ggf. könnte man beim nächsten Pressebriefing darstellen, dass sich das Gesamtinfektionsgeschehen i.d.R. deutschlandweit nicht von einem Tag auf den anderen ändert, sondern i.d.R. andere Effekte und einzelne regionale Ausbrüche für die Schwankungen sorgen</li> <li>o Ein nicht arbeitstägliches Berichten des R wäre besser gewesen, da damit die Schwankungen, die in der Interpretation komplex sind, hätten vermieden werden können, kann aber nicht mehr verändert werden, da sonst falsche Schlussfolgerungen gezogen würden.</li> <li>o Zusätzlich könnte ein Mittel des R der letzten Woche berichtet werden, das wäre ein stabilerer Wert. Das sollte allerdings zunächst getestet werden, bevor es berichtet wird.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. an der Heiden berechnet die Mittelwerte des R und stellt diese zur internen Diskussion</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o DIVI: 1219 Kliniken/Abteilungen beteiligt <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Derzeit 2105 Patienten in intensivmed. Behandlung</li> <li>▪ Aufnahme der pädiatrischen Intensivbetten wäre wichtig und sollte während der Öffnungen der Schulen und Kitas beobachtet werden</li> <li>▪ Es gibt eine Studie im PH Journal wonach selbst bei moderaten Szenarien pädiatr. Intensivbetten überlastet werden könnten</li> <li>▪ Derzeit kann der Wert noch nicht ausgewiesen werden, Vorarbeit nötig, dazu ist Unterstützung notwendig</li> </ul> </li> </ul>	FG32/alle
--	--	-----------



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>To Do: Präs spricht Hr. Grabenhenrich an, er soll den Unterstützungbedarf formulieren (externe Zuarbeit auf Honorarbasis wenn möglich)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Überlastungsanzeigen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Überlastungen der GÄ werden erfasst, wird als Folie mit Karte eingefügt.</li> <li>▪ Derzeit haben 10-11 BL gemeldet.</li> <li>▪ Bedarf der Unterstützung in Thüringen und Sachsen-Anhalt: Ilmkreis, SK Weimar, SK Gera und LK Harz, es muss aber noch geklärt werden, ob die Unterstützung durch das Land oder das RKI kommen soll.</li> <li>▪ Ein offizielles Amtshilfeersuchen ist aus Berlin eingegangen zu einem Ausbruch in einem Alten- und Pflegeheim und ein weiteres aus Sachsen zu einem Ausbruch in einer geriatrischen Einrichtung.</li> <li>▪ FG37 versucht in der Regel telefonisch zu unterstützen, bei der derzeitigen Anzahl zu leisten, bei erhöhter Anzahl könnte es problematisch werden.</li> <li>▪ Die meisten Containment Scouts wurden auf die Länder verteilt, muss an AGI nochmal kommuniziert werden, dass der Großteil der Mitarbeiter verteilt worden ist.</li> <li>▪ Eine Reserve für das RKI von 5 Teams ist geplant, allerdings sollten das ursprünglich die Mitarbeiter aus der gern-Studie sein, die damit zwischenfinanziert werden sollten und als Containment Scouts zur Verfügung stehen sollten. Es wurden daher keine neuen Mitarbeiter für das RKI eingestellt. Inzwischen werden die gern-Mitarbeiter aber aus Mitteln der Serostudie bezahlt und müssen dort unterstützen.</li> <li>▪ Es müssen noch weitere Containment Scouts eingestellt werden, die zu Ausbrüchen gesendet werden können (ggf. als Aushilfe ohne Senior). Wird von Fr. Schuckert geklärt.</li> </ul> </li> </ul>	
2	<p><b>Erkenntnisse über Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• FG36 schlägt vor die Geruchs- und Geschmacksstörung auch in weitere Dokumente aufzunehmen</li> </ul> <p><i>ToDo: FG36 erarbeitet einen Entwurf und bringt ihn als Vorschlag in Krisenstab ein.</i></p>	
3	<p><b>Aktuelle Risikobewertung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht besprochen</li> </ul>	
4	<p><b>Kommunikation</b></p> <p><b>BZgA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kollateralschäden: Insbesondere alte und hochalte Personen in häuslicher Pflege oder entsprechenden Einrichtungen formulieren, dass sie die Kollateralschäden der sozialen und physischen Distanzierung als schlimmer empfinden als ihre Angst vor einem möglichen Tod an COVID-19.</li> </ul>	BZgA/ VPräs/FG36

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

Seite 6 von 12



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>machen und strategisch denken. Jede wissenschaftliche Studie des Hauses sollte möglichst mit einem inländ. und ausländ. Partner durchgeführt werden, um diese Vernetzung zu zeigen.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Die Äußerung von Hr. Lauterbach zur Evidenzlage und zur politischen Umsetzung der Infos aus der Wissenschaft sollten genau betrachtet werden. Das RKI sollte klar stellen: was ist die wissenschaftl. Evidenz und was die politische Auslegung der Fakten, die das RKI umsetzt.</li> <li>o Es gab einen Vorwurf von Hr. Kräuslich, dass wir uns nicht mit anderen Wissenschaftlern abstimmen würden. Die Abstimmungen im Bereich Virologie auf nationaler Ebene haben v.a. mit Hr. Drosten stattgefunden. Aber es gibt viele Abstimmungen auf nationaler Ebene mit anderen Fachgesellschaften, mit KH, mit den Ländern und stark auch auf internationaler Ebene (ECDC, STAG, viele informelle Anfragen bei der ZIG etc.). Sollte transparenter dargestellt werden.</li> <li>o Das Pressepanel sollte anders besetzt und gestaltet werden, um Hr. Wieler aus der Schusslinie zu nehmen.</li> <li>o Es sollte mehr über Positives berichtet werden, im internat. Kreis gibt es derzeit nur pos. Feedback.</li> <li>o Ein Thinktank sollte gebildet werden, Unterstützung von außen notwendig.</li> <li>o Eine Kritik am RKI war zu erwarten, Teil des Zyklus der Krise, es kann allerdings sein, dass das in der derzeitigen Lage politisch instrumentalisiert wird. Politiker können das nutzen, um ihre eigenen Agenden zu verschleiern.</li> <li>o Kritik kommt in Phase einer wahrgenommenen Entspannung, aber das RKI sollte sich schon jetzt auf die Situation vorbereiten wenn sich die epidemiolog. Lage spätestens im Herbst wieder verändert, da das Gewicht des RKIs dann wieder größer wird.</li> <li>o Da Punkte von denen man es gar nicht erwartet hätte, plötzlich eine politische Bedeutung bekommen, sollte alles im Vorfeld darauf geprüft und bestmöglich kommuniziert werden.</li> </ul>	
5	<p><b>RKI-Strategie Fragen</b></p> <p><b>a) Allgemein</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beschluss des Verfassungsgerichts Saarland zur verhängten Ausgangsbeschränkung (2 Dokumente) <ul style="list-style-type: none"> <li>o Eine am gleichen Tag wie die Schweizer Studie publizierte Science-Studie hat genau das Gegenteil gezeigt</li> <li>o Derzeit gibt es noch keine gesicherte Evidenzlage</li> <li>o Problematik der Kausalität der Sterbefälle – das ist nicht möglich in den Einzelfällen zu belegen oder widerlegen, da es sich immer um ein Multikomponentengeschehen handelt</li> <li>o Grundsätzlich wird infrage gestellt, ob COVID-19 überhaupt relevant ist, sollte juristisch überprüft werden, welche fachlichen Fragen sich draus ergeben.</li> </ul> </li> </ul>	VPräs/FG37/ FG36



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p><i>ToDo: Das LZ sendet das Urteil an L1 zur Kenntnis und Bewertung.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinnhaftigkeit Einkauf von 40 Mio. serologische Testkits von Roche             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Es kam eine Anfrage vom BMG (Hr. Holtherm) ohne Frist zur Bewertung des Einkauf von 40 Mio. serologische Testkits von Roche. Das Ziel von Hr. Spahn ist für DE genügend Testkits zu kaufen.</li> <li>o Roche Test basiert auf Gesamt-Ig-Nachweis, soll sehr hohe Sensitivität haben, ggf. geringere Spezifität</li> <li>o Insgesamt über 200 verschiedene Tests auf dem Markt – nach Medizinprodukterecht kann das BfARM nicht viel ausrichten wenn CE-Zertifizierung vorhanden ist.</li> <li>o Das PEI betreibt ein akkreditiertes Testlabor und beschäftigt sich mit den Fragen der Qualität der Tests (Hr. Nübling), bevor solche Investitionen gemacht werden, sollte mit dem PEI und dem BfARM Rücksprache gehalten werden. Zusätzlich sollte im Besten Fall noch die Expertise der Fachgesellschaften (Hr. Drosten, Hr. Schmitt-Chanasit etc.) eingebunden werden.</li> <li>o RKI kann sich nur zu epidemiologischen Aspekten äußern.</li> </ul> </li> </ul> <p><i>ToDo: Hr. Wieler wird Hr. Holtherm um einen Erlass zu dieser Frage an das RKI, das PEI und das BfARM bitten.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Solch eine umfangreiche Beschaffung von Tests ist nur sinnvoll, wenn im großen Maße der immunolog. Status getestet werden soll, dafür ist aber derzeit nicht genügend Kenntnis über die Immunitätsdauer vorhanden, zusätzlich ist die Rolle der Schleimhäute und des respirator. Epithel nicht geklärt, genauso wenig wie die T-Zell-Immunität. Man müsste sehr klar definieren, was mit den Tests gemacht werden soll.</li> <li>o Roche Test ist, wie auch alle anderen vorhandenen Tests an Erkrankten validiert, es liegen keine Daten zur Serokonversion bei asymptomatisch Infizierten vor.</li> <li>o RKI hat &gt;1,6 Mio Tests von EUROIMMUN gekauft, ca. 560.000 werden für die Sero-Studie benötigt, werden nach und nach geliefert. FG37 kann für serologische Studien mit Hr. Lampert Kontakt aufnehmen.</li> </ul> <p><b>b) RKI-intern</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anfrage ZIG2 (Charbel El Bcheraoui) zu Analyse von Timeliness</li> </ul> <p>Hat sich erledigt.</p>	Präs/alle
6	<p><b>Dokumente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Flussdiagramm für Bevölkerung und Orientierungshilfe für Ärzte             <ul style="list-style-type: none"> <li>o Das Flussdiagramm für die Bevölkerung wird Anfang der Woche mit BZgA abgestimmt sein und wird spätestens Dienstag publiziert.</li> <li>o Die Orientierungshilfe für Ärzte benötigt eine stärkere Überarbeitung, damit es längere Zeit verwendet werden kann.</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG32</p> <p>VPräs/ IBBS/alle</p>





## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Vorschlag einer Abstimmung am Montag außerhalb des Krisenstabs.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Falldefinitionen sollen abgebildet werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: Die Orientierungshilfe für Ärzte sollte prioritär behandelt und abgestimmt werden (IBBS, FG32, FG36, FG37, Abt.1).</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Hr. Mielke ist fortlaufend mit der KBV im Gespräch. Das Flussdiagramm sollte gut abgestimmt sein, da auch die KBV davon sehr abhängig ist. Konsequenzen der Änderungen sollten im Vorfeld durchdacht werden. KBV ist ein wichtiger Partner und sollten auch fair behandelt werden und Informationen rechtzeitig erhalten.</li> <li>o Minister hat sehr großes Tempo bzgl. Testen, Sorge, dass er sonst ohne die RKI-Beratung entscheidet und das RKI dann dazu eine Position finden muss.</li> <li>• In der Empfehlung zum Maskentragen in der Öffentlichkeit der BZgA ist aufgefallen, dass die RKI-Empfehlungen nicht vollständig umgesetzt wurden. Wenn so etwas auffällt, sollte die BZgA nochmal direkt angesprochen werden.</li> </ul> <p><i>ToDo: In der nächsten Krisenstabssitzung soll mit der BZgA besprochen werden, dass die Themen der Bürgerkommunikation während der Krisenstabssitzungen stärker im Fokus sein sollte.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokument für Erstaufnahmeeinrichtung/ Gemeinschaftsunterkünfte <ul style="list-style-type: none"> <li>o Das Dokument wurde mit der AGI geteilt, nicht alle BL teilen die Vorschläge, z.B. die Unterbringung in Einzelzimmer ist z.T. politisch nicht gewollt</li> <li>o Das BMI, AG Migration möchte auch involviert werden</li> <li>o Zunächst Abstimmung mit Ländern und BMG, danach BMI</li> <li>o Aber das RKI sollte noch hinter dem Papier stehen können, ansonsten sollte es nicht publiziert werden.</li> </ul> </li> <li>• Dokument „Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen“ ist am Donnerstag veröffentlicht worden.</li> <li>• Reeskalation: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Heute Abend muss das Dokument an Hr. Spahn gehen. Dank an alle FGs, die sich eingebracht haben.</li> <li>o Es sollten max. 6 Parameter benannt werden – Vorschlag für Minister, anders formuliert als Papier, das veröffentlicht werden soll, Versuch relativ klar zu sein und den politischen Entscheidungsträgern „was an die Hand zu geben“</li> <li>o Testdaten auf lokaler Ebene und Informationen zu Fällen (Kontakte, familiärer Umkreis, KH etc.) sind wichtig.</li> <li>o Testdaten liegen nicht auf lokaler Ebene vor - es wurde entschieden nur Parameter zu nehmen für die Daten vorhanden sind und übermittelt werden können.</li> <li>o Grds. sollte Reeskalation primär auf lokaler Ebene stattfinden,</li> </ul> </li> </ul>	<p>FG36</p> <p>FG32/VPräs</p> <p>FG37</p> <p>ZIG</p>
--	--	--



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Überprüfung/Überblick auf nationaler Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Implizit sind im Papier für die lokale Ebene die Indikatoren beschrieben.</li> <li>o Einordnung im Gesamtbild sollte noch gestärkt werden (Indikatoren und Maßnahmen auf LK Ebene etc.)</li> <li>o Die Tabelle sollte ggf. gestrichen werden</li> <li>o Zu R sollte ergänzt werden, dass R immer im Zusammenhang mit der absoluten Fallzahl beurteilt werden muss.</li> <li>o Sind 30% freie ITS Betten als statischer oder dynamischer Wert dargestellt, sollte man entsprechend des Geschehens beurteilen.</li> <li>o Verwendung der 14-Tages Inzidenz? Im Lagebericht und Dashboard wird 7-Tages-Inzidenz angegeben.</li> <li>o Antikörper- oder Antigenteste nicht einzeln, sondern besser Hinweis/Diagnostik auf akute Infektion.</li> <li>o Es ist nicht empfehlenswert in diesem Papier jetzt abschließend zu regeln, dass die Daten und Werte nur für Analyse auf Bundesebene verwendet werden.</li> <li>o Klinische Gesamtschwere (Prinzip im Pandemie- und COVID-19-Rahmenplan) sollte klar kommuniziert werden, nicht disease burden, sondern Transmission, Parameter klinisch individueller Schwere, Impact auf Gesundheitssystem (inkl. KH)</li> <li>o Die (kleinräumigen) Meldedaten sind tagesaktuell nicht so valide, da Daten nachgetragen werden, ggf. Pufferintervall. Meldedaten allerdings für jegliche De- oder Reeskalation notwendig. Durch die Unterstützung der Containment Scouts könnte nun die (zeitgerechte) Qualität/Validität der Daten eingefordert werden.</li> <li>• Gemeinsamer Artikel der AG der IGV benannten Flughäfen zu Temperaturmessung als Entry Screening <ul style="list-style-type: none"> <li>o Die AG der IGV benannten Flughäfen besteht aus GÄ und Landesbehörden der IGV Flughäfen, BMVI, BMG und dem RKI</li> <li>o Im Rahmen der Diskussionen zur Wiederaufnahme des Flugverkehrs gibt es Diskussion um Temperaturmessung, v.a. durch ein Dokument der EASA, dazu Stellungnahme des RKI, dass Temperaturmessung nach vorliegender Evidenz als nicht sinnvoll betrachtet wird</li> <li>o Das ECDC bereitet eine Stellungnahme für Europa vor</li> <li>o Die AG würde als einheitliche Empfehlung für DE gerne einen Artikel auf Deutsch (EpiBul) formulieren in der von der Temperaturmessung Abstand genommen wird.</li> <li>o Im Falle von Temperaturmessung geht es um den Einsatz der Ressourcen des ÖGD – sehr, sehr wenige Fälle werden identifiziert, Einsatz in anderen Gebieten wichtiger und sinnvoller</li> <li>o Es gibt keine Einwände gegen eine Publikation.</li> </ul> </li> </ul>	FG32
7	<p><b>Labordiagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZBS1: Probenstatistik seit Montag: 493 Proben, 9,13% pos</li> <li>• FG17: Fallzahlen für SARS-CoV-2-Nachweis gehen runter, keine</li> </ul>	ZBS1 FG17

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

Seite 11 von 12



## Lagezentrum des RKI

## Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

<b>15</b>	<b>Wichtige Termine</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• AGI TK</li><li>• HSC TK (Montag)</li></ul>	
<b>16</b>	<b>Andere Themen</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Nächste Sitzung: Montag, 04.05.2020, 13:00 Uhr, via Vitero</li></ul>	