



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass: Neuartiges Coronavirus (COVID-19)

Datum: 25.03.2020, 11:00 Uhr

Sitzungsort: Viterokonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1
 - Martin Mielke
- Abt. 2
 - Thomas Lampert
- Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- ZIG
 - Johanna Hanefeld
- FG14
 - Melanie Brunke
- FG17
 - Thorsten Wolff
- FG21
 - Patrick Schmich
- FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Linus Grabenhenrich
 - Nadine Litzba (Protokoll)
- FG36
 - Walter Haas
 - Silke Buda
- FG37
 - Tim Eckmanns
- IBBS
 - Christian Herzog
 - Julia Sasse
- Presse
 - Ronja Wenchel
- ZIG1
 - Andreas Jansen
- INIG
 - Basel Karo
- BZGA
 - Frau Thaiss



Lagezentrum des RKI

- Bundeswehr
 - Fr. Roßmann

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

TO P	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	<p>Aktuelle Lage</p> <p>International</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fälle, Inzidenzen(Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ◦ Stark betroffene Länder (>7.000 Fälle/letzte 7 Tage): Frankreich, Deutschland, Iran, Italien, Spanien, Schweiz, USA ◦ USA verzeichnen einen sehr starken Anstieg. ◦ Weniger stark betroffene Länder (1.400-7.000 Fälle / letzte 7 Tage): Australien, Österreich, Belgien, Brasilien, Kanada, Israel, Niederlande, Portugal, Türkei und Schweiz ◦ Israel ist neu in der Gruppe der weniger stark betroffenen Gebiete • Einzelne Länder <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>Frankreich</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Weiterhin Region Grand Est am stärksten betroffen mit einer Inzidenz von 83 ▪ Inzidenz in Ile-de-France 55 und in der Bourgogne-Franche-Comté bei 56 ▪ In Hongkong müssen Franzosen aus Grand Est und Bourgogne-Franche- Comte 14 Tage in zentrale Quarantäne ▪ Französisches Risikogebiet wird nicht verändert ◦ <u>Österreich</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Höchste Inzidenz in Tirol ▪ Voralberg wird aufgrund der niedrigen Fallzahlen(ca. 400 Fälle) nicht zum Risikogebiet erklärt ◦ <u>China</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hubei: seit Tagen keine neuen Fälle • Vorstellung Paper zu Viral Shedding (s. TOP Erkenntnisse über Erreger) • Risikogebiete <ul style="list-style-type: none"> ◦ Das BMG hat der Ausweitung der Risikogebiete in der Schweiz (Kantone Tessin, Genf, Waadt) und in Spanien (La Rioja, Navarra, Pais Vasco), sowie dem Wegfall von Hubei als Risikogebiet zugestimmt. <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ◦ SurvNet übermittelt: 31.554 (+4118), davon 149 (0,5 %) Todesfälle (+35), national 38/100.000 Einw. ◦ Die Epicurve mit Darstellung von Melde datum- und Erkrankungsbeginn soll in den Lagebericht aufgenommen werden und auf das Dashboard ◦ Man sieht, dass die Epicurve sich langsam abflacht, das sollte aber in der Außenkommunikation wegen der Compliance zu den Maßnahmen noch nicht so kommuniziert werden ◦ Höchste Inzidenzen 	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesland-Ebene: Hamburg, Baden-Württemberg, Bayern ▪ SK oder LK: <ul style="list-style-type: none"> • 3-/5-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: Tirschenreuth, Miesbach, Hohenlohekreis • 7-Tages-Inzidenz mit autochthonen Fällen: Tirschenreuth, Hohenlohekreis, Miesbach, Rosenheim ○ 7-Tages-Inzidenz informativer und stabiler z.B. bzgl. Wochenendsymptomatik ○ Freising nicht mehr so auffällig, dafür Hohenlohekreis höhere Inzidenz ○ Trendanalyse der Bundesländer: NRW geringere Fallzahlen, BY zeigt starken Anstieg, BW und B Kurve abgeflacht ○ Trendanalyse der Kreise: Düsseldorf und Köln haben viele Fälle, diese werden aber nicht gut übermittelt, SK München und LK Rosenheim zeigen sehr hohen Anstieg, Heinsberg abfallend ● Expositionsorte gemeldeter Fälle, besonders betroffene Gebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ National: <ul style="list-style-type: none"> ▪ NRW: Heinsberg, Aachen (geben sich selbst als Expositionsort an), Essen, Borken ▪ BY: Rosenheim ▪ RP: Koblenz ○ International: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Österreich: Tirol ○ Es gab Nachfrage an BL zu Hohenlohekreis, Tischenreuth danach wie viele Fälle ohne Epilink sind und was für Maßnahmen ergriffen wurden – noch keine Rückmeldung ○ Hohenlohekreis und Tischenreuth sollten in engere Auswahl kommen. ○ Problem wenn es lange benötigt, um besonders betroffenes Gebiet zu definieren, dann oft zu spät. ● Genesene: in Absprache mit allen BL geschätzt nach angegebenen Kriterien und auf 100er gerundet ● Alters- und Geschlechtsverteilung: Die Altersverteilung verändert sich zu älteren Infizierten ● Todesfälle: Derzeit 68% der Todesfälle über 80 Jahre alt, aber nur 3% der Fälle sind 80+, der jüngste Verstorbene war 42J. alt. ● Boxplot: In BL mit vielen Fällen sieht man, dass die betroffene Population von Woche zu Woche immer älter wird. ● Das Durchschnittsalter der Todesfälle könnte proaktiver kommuniziert werden. Das könnte zur Compliance bei der Kontaktreduktion beitragen. ● Herr Wieler hat im Pressebriefing darauf hingewiesen, es sollte auch im Steckbrief angepasst werden. ● Zudem wäre der Verlauf über die Zeit in den Altersgruppen interessant. Eine Zunahme kann als Warnparameter dienen. ● Es ist geplant, dass die Altersgruppen und vorbestehende Grunderkrankungen bei Todesfällen im Lagebericht ausgewiesen 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>werden. Der Verlauf nach Altersgruppe könnte auch gezeigt werden: Zu Beginn waren es v.a. jüngere Reiserückkehrer, jetzt ändert sich das.</p> <p><i>To Do: Fr. Buda wird Vorschlag für Darstellung morgen im Krisenstab vorstellen.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachfrage, ob es Daten zur Exposition bei jüngeren gibt – handelt es sich v.a. um nosokomiale Infektionen? • Die Prozentrate der Genesenen dem Anteil Verstorbener gegen überzustellen wird als schwierig erachtet, da die Daten der Genesenen sehr verzögert vorliegen. • Es ist bekannt, dass der Bedarf besteht: Es hat sich eine AG zu dem Thema gebildet: Udo Buchholz, Matthias an der Heiden und weitere, z.B. könnten die Zahlen der aus dem ECOSARI (?) System entlassen verwendet werden • Frage nach Geschlechtsabhängigkeit: grds. zeigen Männer eine frühere Immunsensenz. Aber die Frage der Geschlechtsabhängigkeit ist anfällig für Confounding durch andere Risikofaktoren. <p><u>Bewegungsmuster:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Laut Daten von Hr. Brockmann (Telekom, Telefonica) geht die Mobilität um bis zu 40% zurück • Großes Interesse des Krisenstabs an den Analysen von Hr. Brockmann <p><i>To Do: Fr. Rexroth schickt die weiteren Daten der Analyse von Hr. Brockmann an den Verteiler</i></p> <p><i>To Do: Hr. Schmich stellt Ende der Woche noch ein weiteres System vor.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Grundsätzlich sind zunehmend Gesundheitseinrichtungen betroffen, z.B. in Jena. In Jena war der COVID-19 Patient lange im Krankenhaus und wurde nicht als COVID-19 identifiziert – Als Maßnahme wurde das Tragen der PSA im KH verstärkt. • Wichtig, dass die Zeit jetzt genutzt wird, um alle PSA-Produktionskapazitäten hochzufahren. • Es gibt eine Empfehlung des ABAS und des BfArm zur Aufbereitung von MNS in trockener Hitze • Hinweis dazu im Webinar aus Italien: PSA-Aufarbeitung ist für KH keine Option, da stundenlang getragen und durchnässt – für Bevölkerung aber möglich • Alle Repatriierten bekommen einen Handzettel, der vom BMG auf Empfehlung des RKI erstellt wurde, mit der Empfehlung sich selbst abzusondern. • Auf der RKI Internetseite fehlt eine klare Botschaft zu den Repatriierten, daher soll der BMG-Handzettel auf unsere Webseite <p><u>AGI – Syndromische Surveillance</u> (Influenza Wochenbericht hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> • AGI - Syndromische Surveillance: Der Praxisindex ist weiter angestiegen, ist derzeit im Bereich stark erhöhter Aktivität. Es zeigt sich jedoch ein verfälschtes Bild, da die Bezugsgröße, die Zahl der Praxiskontakte zurückgeht. 	
--	--	--



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<ul style="list-style-type: none"> • Der Konsultationsinzidenz bei Kindern ist zwei Wochen nacheinander abgefallen – hier machen sich die Schulschließungen bemerkbar. Bei 35-59-jährigen steigt die Konsultationsinzidenz an. Insgesamt steigt sie leicht an, aber nicht auf Niveau des Praxisindexes. • Bei GrippeWeb gehen die Raten von ARE und ILI runter. GrippeWeb ist häufig eine Woche vor AGI. • Krankenhaus sentinel: es gibt weniger Fälle bei Jüngeren (trotz Zirkulation von H1N1) – Positivenrate ist auch deutlich nach unten gegangen • Bevölkerungsbezogene Maßnahmen zeigen Effekt bei ARE. • Die Ergebnisse zu ARE sollten in den Lagebericht und auch an Herrn Wieler für das nächste Pressebriefing gegeben werden: Man sieht für COVID-Daten keinen Rückgang, aber ARE-Daten geben Hinweise, dass die Strategien in die richtige Richtung gehen. Aber vorsichtig formulieren! • EUROMomo: Bei Italien kann man eine Veränderung nach oben sehen. <p><u>DIVI-Notaufnahmeregister:</u> (Folien hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tagesaktuelle Erfassung der realen Kapazitäten von Intensivbetten und der intensivpflichtigen Fälle • 1 Woche aktiv, 634 Kliniken nehmen derzeit schon teil (2/3 aller Betten), manche Länder komplett. Jeden Tag kommen ca. 80 Kliniken dazu. • 3 disjunkte Kategorien: low care, high care (invasive Beatmung), ECMO • Derzeit liegen 769 COVID-Patienten in den teilnehmenden Kliniken. Die Hälfte der Patienten ist beatmet. • Derzeit die Anzahl freie Betten/belegte Betten etwa gleich groß, d.h. viele Betten sind schon frei gemacht worden (normalerweise Anteil freier Betten <10%) • Zusätzlich Info wieviel Betten in den nächsten 24 Stunden neu belegbar sind/mobilisiert werden können • Ggf. könnten auch andere Erkrankungen mit erfasst werden. • Ist die Altersgruppe der derzeit Beatmeten bekannt, das könnte eine interessante Botschaft an die Bevölkerung bzgl. Der Betroffenheit der jüngeren Generation sein • Das derzeitige Tool erfasst nur Struktur- und Aggregatdaten – keine Einzelfälle wg. Datenschutz. In der 2. Projektphase sollen zusätzlich in der gleichen IT-Infrastruktur auch weitere Daten erfasst werden – das hängt aber daran, ob die Mediziner die Kap. haben die Daten bereitzustellen • Es soll gemeinsam mit der DGI ein System für einzelne klinische Fälle entwickelt werden, LEOS (?) Tool für klinischen Verlauf der Pat.; Abschätzung anhand der Modellierung für zukünftigen Bedarf – Systeme sollen zusammengeführt werden • Modellierung laut Matthias an der Heiden schwierig • Es gibt zudem eine Surveillance mit Webcas (?) – Es geht um nosokomiale Infektionen, inkl. Erfassung personenbezogener Daten, soll zur Entlastung der Ärzte durch Hygienefachkräfte 	FG36
		FG32, FG37, IBBS



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>geschehen</p> <p><i>To Do: Austausch zu den verschiedenen Systemen durch Hr. Eckmanns, Hr. Grabenhenrich, Hr. Herzog</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Frage ob man den Anstieg der ICU Betten über die Zeit darstellen kann – um zu sehen wie der Verlauf ist 	
2	<p>Erkenntnisse über Erreger</p> <p>Paper zu Viral Shedding (Folien hier):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung eines Papers mit einer Modellierung zu viral shedding im Hinblick auf Inkubationszeit und Übertragbarkeit vom WHO Collaborating Centre for Infectious Disease Epidemiology and Control, University of Hong Kong • Bei Paaren von Infizierten und Sekundärinfizierten wurde die Inkubationszeit mit dem seriellen Intervall verglichen. • Ergebnis der Untersuchungen – gab es bei 44% gehen die Autoren 2 Tage vor Symptomen von Übertragbarkeit aus • Daher rechtzeitige Isolierung der Kontaktpersonen wichtig • Es sollen sich in China 10% der KPI infiziert haben, auch bei Webasto wurden 10% der KPI positiv getestet. Im Mission Report war die Anzahl etwas geringer: ca. 5% • Es könnte sein, dass erst Fieber als Symptom gewertet wurde, aber nicht leichte erste Symptome (Schnupfen, Halskratzen). Das würde großen Unterschied in der Modellierung machen. • Das Paper wurde im Anschluss von Hr. Jansen nochmal an den Verteiler Corona gesendet und das Thema sollte ggf. nochmal in der Runde diskutiert werden. • Die Strategie (Soziale Distanzierung) sollte nicht verändert werden. 	ZIG1, alle
3	<p>Aktuelle Risikobewertung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kein Handlungsbedarf 	
4	<p>Kommunikation</p> <p>BZgA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Trends sollten besser erstmal nicht formuliert werden, da es sonst schwierig sein kann weitere Maßnahmen zu begründen. • Der Infektionsbeginn vor Symptombeginn ist eine wichtige Info für das Dokument zum Abstandthalten: Dieses Dokument ist bald in 7 Sprachen verfügbar. Die Information wird auch in die anderen Dokumente aufgenommen. • Es gibt eine Telefonaktion der BZgA, die bis Ostern weitergeführt werden soll. Damit werden ältere, vulnerable Personen erreicht, die z.B. das Internet nicht nutzen (können). • Daten zu Obdachlosen wären gut, da sie zu einer Hochrisikogruppe gehören. Eine Weiterverbreitung von good practices wäre hilfreich. Aber grundsätzlich schwierig das Klientel zu erreichen. • Grundsätzliche Infos zum Ablauf der Kampagne: zunächst Hygieneregeln kommuniziert. In der 2. Phase wird nun auf die Emotionalität (sozialer Frieden – Bedarfe) eingegangen. Multiplikatoren sind nah an den unterschiedlichen Zielgruppen 	BZgA

**Lagezentrum des RKI****Protokoll des COVID-19-Krisenstabs**

	<p>dran – Versuch des Anschlusses unter BMG-Kampagne „Zusammen gegen Corona“</p> <ul style="list-style-type: none"> • BBK ist bzgl. Krisenkommunikation schon eingebunden • Anfrage, ob die BZgA Übersetzungen der Dokumente zum Patientenmanagement übernehmen könnte – es ist ein Pool von Übersetzern vorhanden und die Dokumente können übersetzt werden. • Es gibt auch auf der Seite der Bundesintegrationsbeauftragten viele Infos zu COVID-19 in verschiedenen Sprachen. <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Strategie ist gerade sehr reaktiv, aber derzeit soviele Anfragen, dass es nicht anders bewältigt werden kann. • Twitter-Account wurde heute früh gehackt, Tweet mit rechtem Inhalt abgesetzt, 7:15 Uhr ist der Vorfall aufgefallen. Es wurde eine Erklärung getwittert und das Passwort geändert. • Es gab auch eine Drohung am WE, dass die Webseite würde gehackt, wenn die Fallzahlen nicht niedriger dargestellt würden. • Bitte, dass alle Dinge, die entwickelt werden (Dok., Ergebnisse) auch in Verteiler Krisenstab kommuniziert werden. 	
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Nicht-Abschaffung der Risikogebiete bis 5.4. (BMG), RKI-Sprachentwurf liegt vor:</p> <ul style="list-style-type: none"> • BL haben darauf gedrängt, dass Risikogebiete bestehen bleiben – Es gibt Frist bis 05.04., dann wird Konzept der Risikogebiete verlassen. <p>Nowcast:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Ergebnisse sollten vorsichtig kommuniziert bzw. noch nicht kommunizieren werden. Das könnte den derzeitigen Maßnahmen widersprechen. <p>Echtzeiterfassung der Laborergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ARS ist ein Tool, das mittlerweile 40 Labore beinhaltet. Es umfasst auf täglicher Basis Informationen zu pos/neg Testergebnis, und ob der Patient ambulant, auf einer normalen Station oder auf einer Intensivstation behandelt wird. • Es können auch gerne Daten für den Lagebericht geliefert werden. • Die Labore der VOXCO-Umfrage sollen langfristig auf ARS umsteigen, aber derzeit noch nicht alle Labore eingebunden. • Die VOXCO Umfrage erfasst zusätzlich auch Kapazitäten. Das kann man in ARS nicht abbilden. • Es gibt eine Idee ein Tool zu entwickeln, ähnlich wie die DIVI-Intensivbettenabfrage, welches genutzt werden könnte, um die Kapazitäten der Labore zu erfassen und ggf. Proben an andere Labore zu verteilen. • Die Deutsche Krankenhausgesellschaft wird regelmäßig von der Presse nach diesen Zahlen gefragt und wäre froh, wenn das RKI solch ein Tool entwickeln würde. • Eine solche Abfrage wäre hilfreich, aber ist wahrscheinlich 	Presse FG32/ FG34/ FG36/alle

**Lagezentrum des RKI****Protokoll des COVID-19-Krisenstabs**

	<p>schwer aktuell zu halten.</p> <ul style="list-style-type: none"> Die Abstimmung, ob wir ein Instrument benötigen, um die Kapazitäten der Labore zu ermitteln und die Proben zu verteilen, gab kein klares Ergebnis. <p>Grundsätzliches zu Entscheidungskompetenzen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Verschoben auf nächsten Termin <p>Weiteres - Gesamtstrategie für Öffentlichkeitsarbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine Gesamtstrategie zur Kommunikation mit der Öffentlichkeit wäre, gerade bei Projekten im Bereich Digitalisierung, wichtig – hier sollte nachgesteuert werden. 	
6	<p>Dokumente</p> <p>Sachstand Patienten-Flussschema</p> <ul style="list-style-type: none"> Ein Patientenflussschema wird von IBBS entwickelt, es hat eine Überlappung mit der Charité App und wendet sich an die Bevölkerung (für den Zeitpunkt wenn auf Risikogebiete verzichtet wird) FG21 arbeitet mit Charité und BZgA zusammen, BMG macht großen Druck bezüglich der App Bei Patientenflussschema sollten sich IBBS und FG21 mit Hr. Benzler abstimmen. <p>Kontaktpersonen-Management-Flyer</p> <ul style="list-style-type: none"> Eine finale Infografik zum Kontaktpersonenmanagement heute Nachmittag erstellt und geteilt – bitte nochmal anschauen. <p>Videodarstellung zu PSA-An/Ablegen</p> <ul style="list-style-type: none"> IBBS bereitet kleine Filme vor zur Verwendung und auch zur Wiederverwendung von PSA <p>Weiteres</p> <ul style="list-style-type: none"> Es gibt einen Brief an DIVI und DKG bezüglich der getrennten Unterbringung von infizierten/nicht infizierten Patienten. Der Brief soll breiter gestreut werden, u.a. Bundesärztekammer und weitere Fachgesellschaften. Es gab von der KBV eine Rückmeldung zum Flussschema Verdachtsabklärung/Maßnahmen – Es gibt Probleme bezüglich Diagnostik von ARE – da Testindikation an Testkapazitäten gekoppelt ist – Daten zu Testkapazitäten sollten daher zur Verfügung gestellt werden (s.o. Echtzeiterfassung der Laborergebnisse). 	IBBS/ FG37/AL1/ alle
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>Thema Selbstabstriche</p> <ul style="list-style-type: none"> Ergebnisse der Studie zum Selbstabstreichen von 9 Testungen aus den DRK Kliniken: Das Ergebnis des Nasenabstrichs korreliert gut mit ärztlichen Abstrichen und auch der Rachenabstrich zeigt eine gute Korrelation, der Gaumenabstrich scheint weniger sensitiv zu sein. Vermutlich ist der Nasenabstrich leichter durchzuführen. Es kommen aber noch Ergebnisse von 30 Testungen aus der Charité dazu. Die Proben werden gerade herausgesucht, die Ergebnisse 	FG36

**Lagezentrum des RKI****Protokoll des COVID-19-Krisenstabs**

	liegen nächste Woche vor, ggf. auch früher. Es gibt eine gute Zusammenarbeit von FG36 (Hr. Buchholz), FG37 (Fr. Abu Sin) und ZBS1 (Hr. Nitsche).	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Bericht vom ABAS</p> <ul style="list-style-type: none"> Der ABAS hat eine ad hoc Arbeitsgruppe gebildet (mit vielen Vertretern aus versch. Bereichen). Sie halten 2 TK jede Woche und arbeiten dafür, dass die Mitglieder noch viele andere Aufgaben haben, sehr schnell. Generell müssen viele Abstriche beim Arbeitsschutz gemacht werden, was nicht immer leicht ist. Anfragen vom RKI werden immer vorgezogen. Der resourcenschonende Einsatz von Masken war hoch diskutiert – inzw. Hat sich der ABAS darauf geeinigt, dass die Masken nicht mehr patientenbezogen, sondern krankheitsbezogenen eingesetzt werden sollen. Außerdem ist das Dokument zum Umgang mit Verstorbenen mit dem ABAS abgestimmt worden. 	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <ul style="list-style-type: none"> Es gab eine Anfrage von Herrn Wieler zu der von der WHO empfohlenen Anzahl an Infektionsepidemiologen: 0,5 Epidemiologen/100.000 Einwohner Hintergrund dazu ist eine TK des Bundeskanzleramts mit den Staatskanzleien. Jedes GA soll demnach Unterstützung bekommen. Zunächst waren Teams à 5 Personen geplant, das soll jetzt ggf. nach Einwohnerzahl bemessen werden. Angesichts der derzeitigen Situation wurden 5 Personen/100.000 empfohlen. Im Iran waren es sogar pro 500 – 1000 Personen zwei Personen als Unterstützung Da die GÄ immer weiter abgebaut wurden, sollte die Unterstützung nicht zu knapp bemessen werden und die GÄ haben auch noch viele andere Aufgaben haben. Ggf. sollte man auch Südkorea als Bsp heranziehen Diese Information wurde zunächst schnell benötigt, aber eine fundiertere Analyse wird nachgeliefert 	AL3
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> s.o. 	
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> nicht besprochen 	
12	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> nicht besprochen 	
13	<p>Studien</p> <p>Update zu digitalen tools:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Tool mit Charité (Abstimmung mit Hr. Benzler), sehr starker Druck vom BMG, 	FG21

**Lagezentrum des RKI****Protokoll des COVID-19-Krisenstabs**

	<p>2. Datenspende App, die über Fitnesstracker die Ausbreitung besser vorhersagen kann.</p> <p>3. CGA (Corona contact tracing Gesundheitsapp) Projekt mit Heinrich-Hertz-Institut zur Verfolgung von Kontakt Personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es gibt auch weitere Apps: GoData (WHO) und SORMAS (Hr. Benzler kennt alle Diskussionen und sollte dazu kontaktiert werden) • Es gibt eine große Eigendynamik: 15 internat. Player in Europa, und es ist dringend ein Überblick nötig. <p><i>To Do: Es sollte möglichst bald mit Hr. Brockmann ein Termin für den Krisenstab ausgemacht werden, um zu klären wo der Stand ist und was die nächsten Schritte sind. – Hr. Schmich.</i></p>	
14	Information aus dem Lagezentrum <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
15	Andere Themen <ul style="list-style-type: none"> • Nächste Sitzung: Donnerstag, 26.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	