



Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass: Neuartiges Coronavirus (COVID-19)

Datum: 24.03.2020, 11:00 Uhr

Sitzungsort: RKI, Lagezentrum Besprechungsraum

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
 - Lars Schaade
- Abt. 1
 - Martin Mielke
- Abt. 3
 - Osamah Hamouda
- FG14
 - Melanie Brunke
- FG17
 - Thorsten Wolff
- FG 32
 - Ute Rexroth
 - Maria an der Heiden
 - Ariane Halm (Protokoll)
- FG36
 - Silke Buda
- FG37
 - Tim Eckmanns
- IBBS
 - Christian Herzog
- Presse
 - Ronja Wenchel
- INIG
 - Basel Karo
- BZGA : Frau Thaiss
- Bundeswehr: -



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, USA ◦ Weniger stark betroffene Länder (1.400-7.000 Fälle/letzte 7 Tage): Österreich, Belgien, Brasilien, Kanada, Niederlande, Portugal, Schweiz, UK und neu Türkei ◦ Tageweise Entwicklung kumulativer Fallzahlen in Ländern seit dem 100. Fall (ECDC Daten), Südkorea anfangs sehr stark dann Abflachung; Italien und Spanien stark ansteigende Entwicklung; Singapur, Japan sehr früh starke Maßnahmen mit Impact • Einzelne Länder <ul style="list-style-type: none"> ◦ <u>Spanien</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Madrid als Risikogebiet definiert ▪ 3 andere Regionen haben auch Inzidenzen >100/100.000 Einwohner ▪ Ausgangssperre geltend ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil sehr hoch (6,6%) ◦ <u>Schweiz</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tessin als Risikogebiet definiert ▪ 2 weitere Gebiete sehr betroffen ◦ <u>Österreich und Frankreich</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aktuell Bundesland Tirol und Region Grand Est als Risikogebiete definiert ▪ Ggf. Anpassung, INIG bereitet dies für morgen vor ◦ <u>Türkei</u>: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Stark ansteigende Entwicklung, lediglich Information zu gesamt-Inzidenz und Regionen mit bestätigten oder Verdachtsfällen verfügbar, mögliche besonders betroffene Regionen unklar • LSHTM Modellierung (hier): Anteil gemeldeter symptomatischer Fälle basierend auf Fall-Verstorbenen-Anteil und Zeit zwischen Hospitalisierung und Tod; Deutschland steht nach Südkorea am besten da (Erfassung zwischen 50-95% aller Fälle); Italien, Spanien und UK erfassen geschätzt nur ca. 10%; schwierig, wenn Risikogebiets-Definition von möglichen Testkapazitäten abhängt • Risikogebiete <ul style="list-style-type: none"> ◦ Entscheidung Minister: Risikogebiete und besonders betroffene Gebiete (national) werden nicht vor 5. April abgeschafft, alle aktuellen Verordnungen beziehen sich auf diese und sollen nicht ins Leere laufen ◦ Vorschlag an BMG, folgende zusätzliche Risikogebiete zu definieren: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Spanien: La Rioja, Pais Vasco, Navarra ▪ Schweiz: Waadt, Genf ◦ Morgen Bewertung möglicher Erweiterung der 	ZIG1



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Risikogebiete in Österreich und Frankreich</p> <p><i>To Do: Vorschlag an BMG zusätzliche Gebiete in Spanien und Schweiz als Risikogebiete zu definieren</i></p> <p><i>To Do: INIG bereitet Bewertung möglicher Risikogebietserweiterung für Österreich und Frankreich vor</i></p> <p>National</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) <ul style="list-style-type: none"> ○ SurvNet übermittelt: 27.436 (+4.764), davon 114 (0,4%) Todesfälle (+28), national 33/100.000 Einw. ○ Epikurve aufgrund des bestehenden Meldeverzugs nicht gut zu interpretieren ○ Höchste Inzidenzen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bundesland-Ebene: HH, BW, BY ▪ SK oder LK (3- bzw. 5-Tages): Tirschenreuth, Miesbach, Rosenheim, Hohenlohekreis ○ Trendanalyse der Bundesländer: hauptsächlich durch betroffene SK/LK, Heinsberg absteigend, generell gute und recht komplett Übermittlung ○ 5-Tages-Inzidenzen sind aktuell auch im Dashboard und im Lagebericht, von mehr Bedeutung spätestens wenn Risikogebiete abgeschafft werden, demnächst werden /-Tages-Inzidenzen genutzt ○ Genesene Fälle: geschätzt ca. 3.200, auch in EpiLag besprochen, Bundesländer bestätigen Wichtigkeit/ Notwendigkeit dieser Schätzung ○ Fälle werden in den meisten Bundesländern langsam älter (Entwicklung Altersverteilung) • Expositionsorte gemeldeter Fälle, besonders betroffene Gebiete <ul style="list-style-type: none"> ○ National: Heinsberg, Aachen (Artefakt?), Rosen-heim, Essen, Borken, Freising, Tirschenreuth sind besonders häufig genannte Expositionsorte ○ Freising: viele Expositionsorte und hohe Inzidenz ○ International: Österreich, Italien, Spanien ○ Urban vs. Rural <ul style="list-style-type: none"> ▪ Andere Dynamik in Großstädten, Menschen sind näher beieinander, dies könnte ein zusätzlicher Indikator sein; z.B. Hamburg: hohe Fallzahl, niedrige Inzidenz ▪ Definition „besonders betroffener Gebiete“ kann eventuell Fallanstieg in diesen reduzieren ▪ Ziel der Definition ist die Entscheidung, Gebiete mit community transmission auszuzeichnen; HH geht nicht von einer solchen aus, es waren primär Reisrückkehrer ▪ Bei Einrichtung besonders betroffener Gebiete muss Überlegung mit aufgenommen werden „glauben wir, dass dort community transmission 	
--	--	--

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

	<p>stattfindet?"</p> <ul style="list-style-type: none"> o Erweiterung besonders betroffener Gebiete <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorherige Abstimmung mit den jeweiligen SK/LK ▪ LKs Freising, Tirschenreuth, Hohenlohekreis <p><i>ToDo: Kontakt zu Freising, Tirschenreuth, Hohenlohekreis um Definition als besonders betroffene Gebiete abzustimmen (AGI?, FG32)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Berichterstattung: weiter nur laborbestätigte Fälle, oder bald auch klinisch-epidemiologische Fälle? <ul style="list-style-type: none"> o Primäres Ziel jetzt ist weiterer Ausbau von Testkapazitäten, es ist wichtig zu wissen, ob Fälle positiv waren, z.B. Personen die in Altenheimen arbeiten o Laborbestätigung auch wichtig wegen Konsequenzen auf Bestimmung von Kontaktpersonen, Laborkapazitäten lassen dies aktuell zu o Validierung der auf Antikörper-Testung beruhenden Labor-Methoden läuft noch o Gibt es ein Kriterium, um zu entscheiden wann der Zeitpunkt einer Anpassung erreicht ist? Nein, vor allem nicht auf bundesweiter Ebene o Eine Erweiterung der Berichterstattung von nicht laborbestätigten Fällen mag irgendwann notwendig werden, aktuell ist es noch zu früh, dazu überzugehen • Internationale Kommunikation/KoNa <ul style="list-style-type: none"> o 421 Aktivitäten o Sehr viele Reisecluster, dies wird abnehmen, aktuell auch im Zusammenhang mit Rückführung von im Ausland gestrandeten Deutschen o Zunehmend Gesundheitseinrichtungen betroffen (Krankenhäuser, Pflegeheime, Reha-Klinik) • BMI: hat verstanden, dass GA-Entlastung notwendig ist, Plan ist, dass für Flughäfen zuständige GA Generalverfügung kriegen, dass Heimkehrer in Heimquarantäne ohne Monitoring geschickt werden können, wird aktuell noch durch BMI geprüft 	
2	Erkenntnisse über Erreger <ul style="list-style-type: none"> • Nichts neues seit gestern, zu Thesen bezüglich Imprinting sind mehr Information und Forschung notwendig 	FG17/FG36
3	Aktuelle Risikobewertung <ul style="list-style-type: none"> • Einstufung der Bewertung als hoch noch zutreffend, FG32 soll täglich überprüfen, ob weitere Textänderungen notwendig sind 	FG32/alle
4	Kommunikation BZgA <ul style="list-style-type: none"> • Gestern Video mehrerer Botschaften auf Webseite 	

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

	<ul style="list-style-type: none"> • Anschluss an bestehende Themen, z.B. „Alkohol kenn dein Limit“, auf bestimmten Kanäle, Erspüren der Bedarfe der Bevölkerung • Austausch mit BMG um parallele Produkte zu meiden <p>Presse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Problem der Zahlen-Diskrepanz <ul style="list-style-type: none"> ◦ Viele Anfragen/z.T. Angriffe da Fallzahlen und Kurven in Lagebericht und Dashboard verschieden sind ◦ Zwei Probleme <ul style="list-style-type: none"> ▪ Meldeverzug ▪ Unterschied des benutzten Datums (Melde- vs. Erkrankungsdatum) ◦ Meldewesen Dateneingang soll kurz erklärt werden, und Kurve in Lagebericht und Dashboard gleich sein ◦ Im Lagebericht sind vorne in der Tabelle tägliche Meldungen basierend auf Übermittlungsdatum, hinten erscheinen Fälle angepasst nach Erkrankungsdatum ◦ Ein grauer Balken am rechten Ende der Kurve soll Meldeverzug-Bereich auszeichnen, der unsicher und noch nicht zu interpretieren ist; aktuell scheint die Dashboardkurve zu sinken, dies ist missverständlich → Etablierung des grauen Balkens wichtig ◦ Priorität jetzt: Standardisierung der Kurven • FAQ wurden überarbeitet und an neue Falldefinition angepasst <p>Fallzahlen RKI vs. Johns Hopkins</p> <ul style="list-style-type: none"> • Viele Nachfragen bezüglich der Validität dieser Daten, die u.a. von der Tagesschau verwendet werden, und des Unterschieds zu RKI-Daten, Tagesspiegel und manch andere Medien haben es bereits erklärt, dennoch wird es noch nicht gut verstanden • Gelegenheit zur Erklärung des Meldesystems und Wichtigkeit dieser Daten, die viel verlässlicher und aussagekräftiger sind • Auch bei der EpiLag ausdrücklich von Bundesländern erwünscht • Wird zunächst laiengerecht auf unserer Homepage in den FAQ erklärt, woher kommen die jeweiligen Daten, warum unterscheiden sie sich, Qualität der Daten des Meldesystems • Wird erneut auf RKI-PK Sprechzettel aufgenommen (Presse) • Könnte anschließend auch im DÄB erklärt werden, ggf. Entwicklung eines Statements von IANPHI executive board Mitgliedern? • Referenz von Sylvie Briand und Neil M Ferguson, acute numeritis(?) ggf. auch nützlich hierbei <p><i>To Do: FG32 entwirft Text der allgemeinverständlich ist und auf RKI-Webseite platziert wird, anschließend ggf. Abstimmung mit IANPHI</i></p>	Presse
5	<p>RKI-Strategie Fragen</p> <p>Now-Casting (Entwurf hier)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Basierend auf Meldedaten von Matthias an der Heiden erstellt • Gewisse Datumswerte werden noch geprüft, z.B. wie lange 	Alle

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

	<p>dauert es, bis Arzt an GA, und GA an RKI übermittelt</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abbildung Nr. 6 zeigt wie Now-Casting sich im Laufe der Tage verändert, verschiedene Linienarten zeigen das Datum des Castings und Veränderungen gegenüber der zuvor kalkulierten Schätzungen • Die geschätzten Fallzahlen liegen nun höher und sind wahrscheinlich realistischer, möglicherweise sind schon erste Konsequenzen der Maßnahmen sichtbar • Abbildung verschiedener BL legt ähnliche Tendenz überall nahe • Now-Casting kann aufgrund der vergangenen Meldungen nachträglich Fallzahlen, vergangenes Meldeverhalten und -verzögerungen auf heute/nächste Zukunft projizieren, gilt nur, wenn sich die Parameter nicht grundlegend ändern • Kurven steigen nicht (mehr) steil an, dennoch ist dies aufgrund des Meldeverzugs (der zunehmend ist) noch mit Vorsicht zu interpretieren • Vorerst noch keine externe Verwendung 	FG34/ FG36/alle
6	<p>Dokumente</p> <p>Umgang mit Leichen</p> <ul style="list-style-type: none"> • IBBS hat in Abstimmung mit FG14 ein Dokument hierzu erstellt, es wird heute mit der AGI besprochen • Behandelt auch Mindestschutz bei aerosol-produzierenden Maßnahmen, bei Autopsien volle PSA anzulegen • Nach AGI Zustimmung wird es geteilt und veröffentlicht <p>Flussdiagramm, Meldungen, Erklärungen zu Meldungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neue Versionen sind online 	FG14/alle
7	<p>Labordiagnostik</p> <p>AGI Sentinel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestern 1 positive Probe von 40 • Virologische Ergebnisse legen nahe, dass SARS-CoV-2 nicht breit zirkuliert <p>Voxco Umfrage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnisse von Voxco, ARS, RespVir, ALM Abfragen, Stand KW12 <ul style="list-style-type: none"> ○ Zahlen noch unter Vorbehalt ○ 368.000 Tests durchgeführt, 26.590 positiv (passt zu Meldezahlen) ○ Viele Labore melden aufgestockte Testkapazitäten, 127 Labore melden gesamt-Kapazität von 70.875 Tests pro Tag ○ 40 Labore melden Rückstau von 26.538 abzuarbeiten-den Proben aus KW 12 ○ Kapazitäten noch nicht gut verteilt, Steuerungs-mechanismus notwendig ○ Viele Labore berichten von Lieferengpässe, vor allem von Roche, Details hierzu wurden aufgelistet, alle 	FG17 AL3

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

	<p>Bestandteile der Testung sind betroffen, inkl. Tupfer</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verhältnis Testungen/positive Ergebnisse passt zu Meldedaten, Zeichen für guten Testeinsatz und dass Empfehlungen gut befolgt werden (nicht zu viele Tests asymptomatischer Personen) • Testkapazität von 70.000 klingt groß, ist jedoch wahrscheinlich eine theoretische Kapazität ohne (aktuell bestehende) Engpässe, bei 4000 Fällen pro Tag erscheint sie wiederum nicht so groß <p>Kommunikation zu Testungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Absprache zu verschiedenen laborbasierten Aktivitäten zwischen den involvierten OEs (FG15, FG17, FG36, etc.) ist sehr wichtig, z.B. ist die Positivenrate zwischen Netzwerken nicht zu vergleichen, Zielsetzung und Struktur der Ansätze anders (wer wird warum getestet) • Virologische Surveillance AGI übermittelt dem Eindruck, dass es keine relevante SARS-CoV-2 Zirkulation gibt, während über die Labornetzwerke eine beeindruckende wöchentliche Positivenrate sichtbar ist, dies ist schwer zu kommunizieren, einheitliche Absprache wäre gut auch hinsichtlich der anschließenden externen Kommunikation • Kommunikation zur Anzahl von Testungen häufig von extern gewünscht, Testkapazität sollte nicht nach außen kommuniziert werden, Zahl der durchgeführten Tests durchaus möglich, wichtig in welchen Kontext man dies stellt • International wird Deutschland unterstellt, dass wir etwas nicht mitbekommen, es bestehen Zweifel an der berichteten Lage; deswegen wäre es gut die Anzahl der Testungen transparent zu kommunizieren, auch, um zu belegen dass uns nicht(s) viel entgeht • Möglicherweise kommende staatliche Maßnahmen und Beschlagnahmungen sind noch nicht beschlossen • AL3 und Janna Seifried bereiten Einseiter-Kommunikation vor, Testungen in Deutschland (Anzahl, Positivenrate) und wie sie sich im internationalen Kontext einordnen <p><i>To Do: Auftrag Janna und AL3 Einseiter zur Kommunikation der Testungen in Deutschland zu entwerfen</i></p> <p>Minister Gespräch zu Zusammenführen von Testkapazitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefonat zwischen Müller, Holtherm, AL1 mit Minister • Grund Tenor <ul style="list-style-type: none"> ◦ Testanzahl auch im internationalen Kontext sehr gut ◦ Kapazitäten insbesondere in Großlabors gut angelegt ◦ Nicht viele Labore mit nur wenig Testungen die Testreagenzien blockieren • Nur wenige Anbieter bieten in großer Dimension und international zum gleichen Preis an, z.B. Roche, Großabnehmer sind eventuell besser platziert, Laborlogistik Kollaboration sinnvoll • Stellschrauben von KBV um Engpässe zu vermeiden: sorgsamer Umgang mit Testindikation, deswegen großes Interesse an RKI- 	AL1
--	--	-----

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

	<p>Flussdiagramm, Testkapazität ist hoch aber dennoch begrenzt, Priorisierung von Fällen, die medizinisch von Testergebnis profitieren können (Quarantäne depriorisiert); Schärfung der Testindikation, optimale Nutzung der Labore und Netzwerke, auf optimale Auslastung zuarbeiten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testkapazitäten insgesamt gut, bei einzelnen Reagenzien gibt es Engpässen, Erhebung der Vorräte in den Labors wäre sinnvoll • Umorientierung von aufgestauten Proben an Labore mit freien Kapazitäten <ul style="list-style-type: none"> ○ Könnte vielleicht in DIVI Plattform eingegliedert werden, jedes Labor gibt freie Testkapazitäten an ○ Vielleicht handelt es sich um Vertragskapazitäten, die nicht abgegeben werden können ○ AL1 erkundigt sich, Vertragskapazitäten eher kein zentraler Faktor, es besteht gute Kommunikation zwischen Laboratorien, und wenn sie voneinander wissen können sie sich gegenseitig helfen • Weitere Treffen auch mit BMG vorgesehen zur zentralen Ansiedelung des Themas, eventuell besprechen ob kleinere Labore Test Kapazitäten/Reagenzien binden sollten • Es gibt hohe Kapazitäten trotz der Engpässe, ggf. muss Überlegung der Priorisierung stattfinden: wer soll am besten getestet werden, wo ist Ergebnis am aussagekräftigsten? • Testkapazität sollte weiter ausgedehnt werden, vor allem wenn mehr Viruszirkulation in der Allgemeinbevölkerung, Strategie der Ausbreitung der Testkapazitäten notwendig • Einbindung von Veterinärlaboratorien <ul style="list-style-type: none"> ○ Soll stattfinden, haben oft enorm hohe Kapazitäten ○ Klärung der rechtlichen Grundlagen für Einbindung ○ Soll anschließend auch mit AGI besprochen werden <p><i>To Do: LZ soll Aufgabe für Frau Kleymann-Hilmes erstellen, dass sie die rechtlichen Grundlagen der Einbindung von Veterinärlaboratorien untersucht</i></p>	
8	<p>Klinisches Management/Entlassungsmanagement</p> <p>Abschätzung Bettenbedarf der kommenden Woche</p> <ul style="list-style-type: none"> • Krankenhäuser bereiten sich vor, z.B. setzt Schwabing elektive Maßnahmen aus, schließen ganze Stationen, stellen sich nur auf COVID-19 ein, aber es fehlt ein Lückenschluss für die kommenden 2-3 Wochen • Wie ist der Umfang des zu erwartenden intensivmedizinischen Bedarfs, dies würde helfen, möglich zusätzliche Kapazitäten abzuschätzen (z.B. zur Aufnahme internationaler Patienten, die wohl stattfinden und nicht von RKI zu entscheiden sind) • Betrifft ganzes Bundesgebiet, welche Auslastung ist grob zu erwarten um Kapazitätenbedarf der kommenden Wochen abzuschätzen und auf regionaler Ebene zu planen • Dies ist nicht auf Krankenhaus-Ebene möglich sondern für ein Einzugsgebiet abschätzbar, bzw. Städteweise auf Einwohner 	IBBS/FG37

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

	<p>bezogen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es tauchen zusehends Modelle von Drittanbietern auf, die ggf nicht belastbar und nicht seriös sind • FG37 Planungstool <ul style="list-style-type: none"> ◦ Ist aktuell inaktiv und wurde nicht weiterentwickelt um Dopplungen zu vermeiden ◦ Ursprünglich wurden Daten zur Schwereeinteilung aus der Literatur genommen und in Modell gesteckt ◦ Eventuell reaktivierbar, v.l. im Zusammenhang mit Now-Casting, um Modellierung region-spezifisch zu erreichen und konkretere Zahlen zu erhalten ◦ Tim übernimmt Aktivität und führt Leute zusammen, Rücksprache mit IBBS, Matthias an der Heiden • Vielleicht ist Schätzung auch durch das DIVI Intensivregister erhältlich, über das regionale Koordinatorennetzwerke entstehen werden • Generell: Wunsch ist, getrennte COVID-19 und nicht-COVID Institutionen zu haben <p>IBBS Netzwerke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsam mit Fachgesellschaften wurden zwei Netzwerke angeregt: (1) Intensivmediziner und (2) Infektiologen, es werden Kerngruppen ab nächster Woche gebildet, über die anschließend Abstimmungen laufen können • Es besteht Informationsbedarf von Krankenhäusern zu spezifischen Behandlungsfragen, diese sollen über Netzwerke abgedeckt werden • Weitere Fragen werden auch über ÖGD angetragen, Wunsch nach einem Webinar für Kliniken, indem das, was in den Netzwerken nicht adressiert wird behandelt werden kann, z.B. ressourcenschonender Einsatz PSA, Kohortierung, Kontakt bei medizinischem Personal, Kontaktpersonen Management, usw. • Bei FG14, FG36, FG37 besteht Bereitschaft, diese Themen zu übernehmen Bereitschaft und 1h lang Fragen zu beantworten, IBBS organisiert dies <p>Studie Marseille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wunsch nach Einschätzung der Didier Studie aus Marseille zur Therapie Nutzung von Hydroxychloroquin in Kombination mit anderem Medikament • Viele laufende klinische Studien, IBBS ist in Kontakt mit STAKOB und auch BfArM bezüglich Übersicht zu öffentlich einsehbaren Studien auch um Bewertungen abzugeben, Anfragen zu experimentellen Therapeutika nehmen zu, Erstbewertung von STAKOB wird im Laufe der Woche öffentlich gemacht • Chloroquin Studie wurde stark kritisiert, da Kontrollgruppe nicht angemessen schien (Treatmentgruppe mit Todesfällen, keine Todesfälle in Kontrollgruppe), diese Studie alleine befähigt keine Empfehlungen/Entscheidungen • Es bleibt eine Einzelfallentscheidung und verfügbare Evidenz noch nicht richtungsweisend 	IBBS
		VPräs/ IBBS/FG17
		IBBS



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

	<p>Entlasskriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Häufiger Rückmeldung von PCR positiven, mild verlaufenden Fällen auch nach 14 Tagen, in der Charité gibt es mehrere Fälle dieser Art, die aus sozialen Gründen hospitalisiert waren obwohl es medizinisch nicht notwendig war • Proben mit sehr hohem CT, RNA ist noch drin, aber in der Zellkultur ist es nicht mehr infektiös • Zur Bestätigung, dass bei diesen CT-Werten kein infektiöses Virus mehr ausgeschieden wird wäre es sinnvoll, dass das RKI (ZBS1) diese Proben zur Anzucht erhält • Antikörperteste <ul style="list-style-type: none"> ◦ Werden demnächst, wenn die Seren kommen, evaluiert ◦ sollte Antikörpertest auch in Entlasskriterien eine Rolle spielen? ◦ Wäre hilfreich, da Frage des Einsatzes von Krankenhauspersonal zunehmend von Bedeutung sein wird ◦ Seren werden jetzt gesammelt, nicht nur Abstrich-Anzüchtung sondern auch Serum-Sammlung • IBBS spricht mit ZBS1, IBBS unterstützt gerne Probenbeschaffung, jedoch Laborexpertise notwendig • Vorerst keine Änderung der Entlasskriterien, nach Drostend-Studie geht keine Infektiösität mehr von dieserart Proben aus 	
9	<p>Maßnahmen zum Infektionsschutz</p> <p>Thema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	
10	<p>Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anpassung Darstellung Lagebericht und Dashboard, s. oben • Morgen werden DIVI Ergebnisse mit in die Darstellung der nationalen Lage aufgenommen, auch wenn noch nicht vollständig/ interpretierbar <p><i>To Do: Anpassung Dashboard und Lagebericht, Erklärung der benutzten Daten, Balken für ungewissen Teil der Kurve, gleich Kurve in Dashboard und in Lagebericht</i></p>	FG32/FG36
11	<p>Transport und Grenzübergangsstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	FG32
12	<p>Internationales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht besprochen 	ZIG



Lagezentrum des RKI

Protokoll des COVID-19-Krisenstabs

13	<p>Studien</p> <p>Update digitale Tools</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertagt 	FG21
14	<p>Information aus dem Lagezentrum</p> <p>Thinktank</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorschlag eines zusätzlichen Verteilers für kreativen Austausch • Wir laufen auf eine Phase zu, wo schwer abzusehen ist, was auf uns zu kommt • Für Leute, die nicht durch das Tagesgeschäft überlaufen aber doch fachlich involviert sind, müssen dicht genug an der Lage sein um alles mitbekommen zu haben, aber nicht so intensiv eingebunden sein, wird angestoßen • Als gute Idee erachtet, 4 Leute, die sich zusammensetzen <p>Externe Berater</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wurde in der Vergangenheit mal von AL3 genutzt • Außenstehende Experten, die als Berater zur Verfügung stehen, fachliche Beratung auch von international • Müsste vorab mit Präs besprochen werden, dieser hat täglichen Austausch mit IANPHI, STAG-IH usw., nicht sicher, ob mehr externe Beratung erwünscht/notwendig ist <p>Anfragen zu Lagedaten-Auszügen an LZ-Position Lagebericht</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bombardierung mit Kleinanfragen aus LZ zu Lagedaten, würden sich gerne eindenken und einbringen aber Kapazitäten sind (zu) begrenzt und diese Anfragen nicht immer Priorität • Position Lagebericht im LZ gibt diverse Meldedaten an anfragende heraus, dies sollte jedoch durch FG36/FG32 bewertet und getan werden, Position Lagebericht sollte nicht eigenständig Lagedaten herausgeben 	FG32/IBBS
15	<p>Andere Themen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nächste Sitzung: Mittwoch, 25.03.2020, 11:00 Uhr, via Vitero 	FG36