	▪ In 10 BL ist der Anteil freier betreibbarer Intensivbetten unter die kritische 15%-Marke (Puffer für Reaktionsfähigkeit) gesunken. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Deutschland: Stabilisation der Lage ▪ BL bei denen sich die Lage verschlechtern könnten: TH, ST, HE, BE, BB ▪ Keine Verschlechterung in Sachsen prognostiziert. Warum? Anzahl der Verlegung aus Sachsen erklären den Rückgang nicht, gemeldete Fallzahlen sind in Sachsen zurückgegangen.	
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Nach wie vor sinkende Zahlen, ARE Aktivität wurde gedrückt. Das zeigt, Bevölkerung hält sich an Maßnahmen. o ARE-Konsultationen ▪ Konsultationsinzidenz ist im Vergleich zur letzten Woche wieder gestiegen, jedoch niedrigster Wert in letzten 20 Jahren. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Relativ stabile Werte bei 35-59 Jährigen. ▪ Bei 60+ Jährigen steigen SARI-Fälle wieder an. ▪ In KW 52 und 53 ist die Zahl der hospitalisierten SARI-Fälle etwas gesunken, der Anteil der COVID-Fälle ist nach wie vor hoch. ▪ Betrachtet man alle Fälle, auch die noch liegenden, könnte sich eine Stabilisierung auch bei den älteren Altersgruppen auf hohem Niveau andeuten, jüngere Altersgruppen sind kaum betroffen.	FG36 [redacted]
	• **Mobilität zum Jahresende 2020** (Folien hier) o Vollständiger Report online: https://www.covid-19-mobility.org/de/reports/report-christmas-2020/ o Mobilität im Gesamtjahres-Überblick ▪ Vergleich mit 2019: Reduktion um ca. 40% auf dem Höhepunkt des 1. Lockdowns. ▪ Zum Jahresende erneute Mobilitätsreduktion um ca. 40% im Vergleich zum Jahresdurchschnitt, setzt sich zusammen aus Effekt des Lockdowns und der üblichen Mobilitätsreduktion zu Weihnachten. o Mobilität während der zweiten Welle ▪ Lockdown light (2.11.) und Erweiterung der Maßnahmen (16.12.) haben Mobilität stufenweise reduziert. Effekt ist schwächer als im 1. Lockdown, 17% Reduktion gegenüber dem Vorjahr. o Mobilität an Weihnachten ▪ Mobilität an Weihnachten war etwas geringer als im Vorjahr: 24.-26.12.: -11%, -14%, -19%. ▪ An Weihnachten üblicherweise reduzierte Mobilität, Effekt von Lockdown ist nicht additiv. 2020 stieg die Mobilität nach Weihnachten nicht mehr so stark an.	P4 [redacted]

	o Langdistanz-Reiseverkehr zum Jahresende (ab 100 km) ▪ Deutlich weniger Reiseverkehr als 2019, spricht für Einschränkung beim Reiseverhalten. ▪ Weniger Reiseverkehr nach Feiertagen, an Sonntagen und um Weihnachten o Ausflugstourismus ▪ Zum Jahreswechsel verstärkt Mobilität in touristische Ausflugsregionen, z.B. Vorpommern-Rügen, Harz, Garmisch-Partenkirchen. o Mobilität wird beim Pressebriefing am Donnerstag in den Mittelpunkt gestellt. o Die Aussage, dass wenn Mobilität reduziert wird, immer auch Risikoverhalten reduziert wird, kann so nicht gemacht werden. Mobilität ist Sekundärmaß, je größer der Radius desto geringer die Korrelation zum Risikoverhalten. o Bei einer Verringerung der Mobilität auf 5 km, würde die Mobilität um 90% reduziert werden. Die Mobilitätsmodi unterscheiden sich dann, z.B. keine Benutzung von öffentlichem Nahverkehr mehr. o Die Zahl 5 km ist beliebig, ein 15 km Radius ist aber relativ groß. • Dashboard Differenzen o Bei mehreren BL gab es Differenzen zwischen RKI-Meldezahlen und Zahlen auf Landesebene. Nach den Feiertagen wurden viele Fälle nachgemeldet, dadurch entstehen jetzt hohe 7-Tages-Inzidenzen. Die Zahlen können nachträglich nicht angepasst werden. o Liegt in der Verantwortung der Länder. Für Landes-verordnungen sollten nicht vom RKI ausgewiesene Daten verwendet werden, sondern die auf Landesebene. o Es gibt wohl einen Passus im IfSG, in dem steht, dass RKI Zahlen maßgeblich sind. • Amtshilfeersuchen aus Brandenburg: ca. 4.000 Fälle sind nicht eingegeben. Offizielle Stellungnahme von Brandenburg mit der Bitte um 1-2 Containment Scouts für Unterstützung der Erfassung der Meldezahlen. Wird geprüft, es handelt sich um mehrere GA, die 1-2 Containment Scouts benötigen.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Neues Merkblatt für ältere Menschen erstellt.	BZgA [redacted]

	• Hotlines und Webseiten zur Impfung sind überlastet, sehr viel Informationsbedarf.
	• Zum Teil kommen fehlgeleitete Labormeldungen bei BZgA an. Vorgehen: Rücksendung, Absender informieren.
	• Beobachtungen von Missständen bei der Notbetreuung von Schülern. AP sind lokale Behörden, evtl. über Träger oder Elternverbände einwirken.
	• Wäre es eine Möglichkeit jedem Haushalt eine Broschüre zum Impfen zuzuschicken? Ist im Moment nicht angedacht, da sehr heterogene Adressatenlage und auch noch nicht genug Impfstoff für alle. Gezieltere Ansprache, z.B. von Pflegepersonal oder älteren Menschen scheint sinnvoller.
	
	Presse
	• Briefentwurf an Bund der Arbeitgeber, Bund der Industrie (hier)
	  o Verschiedene Anmerkungen zu Hygienekonzepten und Nutzung von Homeoffice, Eingehen auf Aerosole
	  o Erkrankte sollen zuhause bleiben, Homeoffice soll genutzt werden, Besprechungen virtuell, Verzicht auf Dienstreisen
	  o Ziel: Selbstverpflichtung von Arbeitgeberseite
	ToDo: Weiterleitung der kommentierten Version an Hr. Wieler, FF Lagezentrum
	• Anfrage vom Spiegel, halten dieses Wochenende Rückschau auf Pandemie, Fragen sind sehr RKI kritisch, Strategien werden besprochen.
		FG36
		[redacted]
		
		Presse
		[redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente**
	• Wiederaufnahme Kontaktpersonennachverfolgung Flugverkehr aus UK und Südafrika (hier)
	  o im Moment Fokus auf Rückreisenden aus UK und Südafrika
	  o 1.1 Allgemeine Hinweise
	  ▪ „vorübergehende Wiederaufnahme der Empfehlung“: vorübergehend wird gestrichen.
	  ▪ Prospektive Nachverfolgung, „je nach Bewertung der Behörden vor Ort auch retrospektiv“ bleibt.
	  o Der Kreis der betroffenen Länder wird sich bald ausweiten, es gibt bereits eine weitere Variante aus Brasilien. -> Wird sukzessive nach Faktenlage entschieden. Zunächst Entscheidung für pragmatisches Vorgehen.
	  o 3.1 Kontaktpersonen der Kategorie 1
	  ▪ Personen, die in den 2 Reihen vor und hinter dem Fall gesessen haben
	  ▪ andere Personen und Crew-Mitglieder, sofern eines der anderen Kriterien zutrifft
	  ▪ Retrospektiv auf 28 Tage ausgedehnt
	  ▪ Ausnahmen für kontinuierliches Tragen einer Maske werden gestrichen.
	ToDo: Anpassen der Infografik, FF IBBS?
		FG38
		[redacted]

	o Ziel der morgigen Pressekonferenz: Leute sollen motiviert werden, nicht mehr zu reisen.	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance o 128 Proben in 1. KW, sehr heterogen, was eingeschickt wird. o Nach wie vor hohe Nachweisquoten (in KW 1: 14,8%) o Diese Woche 21 Eingänge, davon 2 Proben pos. für SARS-CoV-2 o Rhinoviren sind rückläufig, Positivenrate < 10%. Ist ein Zeichen dafür, dass der Lockdown greift o keine Nachweise von weiteren Erregern o Auch Meldezahlen für Influenza sind gering.	FG17 (Dürrwald)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Auf Freitag verschoben	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • FFP-2-Masken o In Bayern ist eine FFP-2 Maskenpflicht ab Montag geplant. o Es gibt keine neuen Daten zum Eigenschutz von FFP-2 Masken, der über MNS hinausgeht. o Gestern Abend waren FFP-2 Masken im Großraum München bereits ausverkauft, bereits erste Beschaffungsprobleme. o Aus fachlicher Sicht es nicht unproblematisch generell FFP-2 Masken zu empfehlen. Dies kann bei Personen mit Vorerkrankungen zu gesundheitlichen Problemen führen und sollte deshalb eine individuelle Entscheidung bleiben. o Eine generelle FFP-2 Maskenpflicht wird als nicht sinnvoll erachtet. Ist ausreichend, was in FAQ steht oder sollte diese Position deutlicher kommuniziert werden? o Hr. Wieler denkt darüber nach. *ToDo: Erstellen einer Folie für Pressekonferenz morgen mit nüchternen Hintergrundinformationen zu Masken, FF FG14*	FG14 [redacted] FG36 [redacted]
12	**Surveillance** • Ergebnis WHO -TK v. 12.01. zu neuen Varianten o Gibt es zwischenzeitlich eine eindeutige Nomenklatur? o Es gibt 3 Verschiedene, noch ist nicht klar, welche international favorisiert wird. • Molekulare Surveillance wird ausgeweitet. Am Freitag findet eine TK mit einem Netzwerk von Laboren statt, die sich mit respiratorischen Viren beschäftigen. Hr. Wieler wird dafür werben, dass Sequenzen hochgeladen werden.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Veranstaltung zur „coronafreien internationalen Mobilität“ der OECD am 14. Januar 2021 o Bitte um Teilnahme von BMG o Initiative zur Wiederbelebung des internationalen Flugverkehrs, Themen: u.a. Teststrategien, die eine baldige Wiederaufnahme des Flugverkehrs ermöglichen sollen o Steht in Widerspruch zur aktuellen Empfehlung auf Reisen soweit möglich zu verzichten, Antigentests erzeugen falsche Sicherheit o Aufgabe des RKI ist Schutz der Bevölkerung vor Infektionen, Mobilität trägt zur Verbreitung von Varianten bei. o Entscheidung: RKI wird nicht teilnehmen	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 15.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*15.01., 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Überprüfung Maskenempfehlung (Bayern Pflicht FFP2-Masken im ÖPNV & Einzelhandel) • Modellierungsstudie (Mittwoch) • **b) RKI-intern** •	 Alle FG14 P4 [redacted]
7	**Dokumente** • Kriterien für Sequenzierung	Alle FG36

	• KP-Management-Papier. Quarantänepflicht Genesene, Reinfektionen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • Molekulare Surveillance: Entwicklung einer Empfehlung, was extern sequenziert werden soll (ID2543)	FG17/ZBS1 [redacted] (FG36)
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Heim-/Selbsttestsungen • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	 FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Einreiseverordnung	 FG38/ZIG
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 1 Jahr operativ!	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 18.01.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.01.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	***Aktuelle Lage*** ***International (nur freitags)*** o Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 89,8 Mio. Fälle weltweit, >1,9 Mio. Todesfälle (2,2%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage für KW 1, da wöchentliche Fallzahlmeldung durch ECDC ▪ USA/UK/Russland/Spanien/Deutschland/ Südafrika/ Frankreich/Indien/ Kolumbien ▪ Abnehmender Trend nur in Russland und Indien ▪ Spanien berichtet viele Nachmeldungen auf Grund von Feiertagen o 7-Tage-Inzidenz > 50 pro 100.000 Einwohner ▪ 91 Länder/Territorien (Stand 11.01.2021) ▪ V.a. in Afrika nimmt die Anzahl der Neuinfektionen zu ▪ Amerika: Peru, Ekuador, Venezuela mit Inzidenz <100/100.000, ▪ Asia: wenig Veränderung ▪ EU: unverändert ▪ Ozeanien: Guam wieder auf der Liste o 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner – EU/EWR/GB/CH ▪ Unverändert ▪ Über 500/100 000: UK, Irland Tschechien, Slowenien und Portugal ▪ Länder <50/100.000: Griechenland, Finnland, Island SARS-CoV-2-Varianten o GB VOC 202012/01 Variante ▪ in >50 Länder nachgewiesen; davon 22 Länder innerhalb EU ▪ Dabei sollte berücksichtigt werden, dass die Verteilung von Sequenzierkapazitäten unklar ist ▪ Es wurde Import von UK Variante aus Nicht-UK beschrieben o Südafrika 501Y.V2 Variante ▪ Steigender Trend mit > 20 Ländern ▪ Betroffene Länder: v.a. EU und Grenzgebiete Südafrika o Variante Brasilien (P1 (descendent of B.1.1.28)): ▪ Erstbeschreibung im Dezember in Manaus/Nordbrasilien ▪ Publikation: lokale Ausbreitung angenommen; ▪ 13/31 Isolate trugen die Virusvariante; mehrere Mutationen wie E484K, K417T und N501Y, die auch bei brasilianischen Reisenden gefunden wurden, wurden in Japan sequenziert ▪ Annahmen, dass die Maßnahmen nicht ausreichend sind, die Compliance gering ist. Es gibt es Meldungen über O2-Reservenknappheit ▪ UK: alle Flüge aus Südamerika, Panama, Cape Verde, Portugal (enge Verbindung mit Brasilien) ab heute eingestellt ▪ Heute wird entschieden, ob Brasilien als Virusvariantengebiet aufgenommen wird	ZIG1

	o Frage nach Saisonalität in Bezug auf die Ausbreitung von Virusvarianten, aktuell ist in Brasilien/Südafrika Sommer und das Virus breitet sich dennoch rasch aus, konnte nicht abschließend geklärt werden. Es gibt Hinweise in der Presse, dass Maßnahmen in Brasilien nicht eingehalten werden. Es muss davon ausgegangen werden, dass es eine Mischung aus Faktoren wie Maßnahmen, Compliance, möglicher Saisonalität bestehen. *ToDo: ZIG klärt die Frage nach Maßnahmen und Einhaltung in Brasilien;* *FG17 klärt die Frage nach wissenschaftlichem Stand möglicher Saisonalität*	FG38/ZIG/alle
	National o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ▪ SurvNet übermittelt: > 2 mio (+22 368), davon 44.994 (2,2%) Todesfälle (+1.113), 7-Tage-Inzidenz 146/100.000 Einw., Reff=0,84; 7-Tage Reff=1,02 ▪ Anzahl der Geimpften: 842.445 ▪ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber hohes Niveau ▪ 7-Tage-Inzidenzen: leichter Rückgang bzw. hohes Plateau; abnehmender Trend in TH und SN, BB und ST hohes Niveau ▪ Geografische Verteilung: In SA und TH viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), insgesamt über 300 LK mit >100/100.000; 2 KL mit > 500/100 000 ▪ Sterbefallzahlen: Datenstand 50 KW, mit Verzug von 4 Wochen ist eine deutliche Übersterblichkeit von 20% sichtbar ▪ Meldeverzug Fallzahlen (Bildet den Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn (EB) der Fälle bis Eingang der Meldung am RKI /Auswertung [redacted] in Absprache [redacted]) In 50% der Fälle vergehen 2-3 Tage zwischen EB und Eingang am RKI; Verzug im Sommer geringer im Vergleich zu KW 53 ▪ Übermittlungsverzug Fälle (Zeitraum zwischen Meldedatum im GA bis am RKI als Fall ausgewiesen) Über 80% der Fälle kommen innerhalb eines Tages an. Über Weihnachten gab es etwas mehr Verzögerung, hat jedoch keinen Einfluss auf die Fallzahlen. ▪ Meldeverzug Sterbefälle (Zeitraum zwischen Sterbedatum und Meldung des Todesfalls am RKI) Große Bandbreite, 20-25% der gemeldeten Todesfälle sind bereits vor 14 Tagen verstorben; 20-25% werden innerhalb eines Tags übermittelt. o Aktuell sind CS im Rahmen eines Amtshilfeersuchens in BB um bei der Falleingabe zu unterstützen. Das müsste retrospektiv die Fallzahlen für BB beeinflussen. o Die nachträglich übermittelten Fallzahlen werden als Fälle/Differenz zum Vortag gezählt, aber die 7-Tages-Inzidenz	FG32

	wird nicht nachträglich korrigiert. In BB handelt es sich am ehesten um Daten aus 2020. Landesbehörde in BB möchte das BL-weite Rollout von Survnet unterstützen um eine Homogenität in der Softwarenutzung zu fördern. Es wurde von Problemen im Zusammenhang mit SORMAS berichtet. o Das systematische „Liegenlassen“ /nachträgliche Eingabe von Fällen bietet eine Möglichkeit die 7-Tage-Inzidenz zu manipulieren. Es sind zahlreiche Maßnahmen daran geknüpft. Abbildung Übermittlungsverzug (Folie 7) weißt aktuell nicht auf systematisches Handeln hin. Am Mittwoch wurde das aktuelle Vorgehen und dieser Aspekt mit Hr. Wieler diskutiert und eine Korrektur/Anpassung der 7-Tagesinzidenz Abbildung (mit den nachgemeldeten Fällen) im Lagebericht zunächst abgelehnt. Beide Darstellungen sollten erneut nebeneinander betrachtet werden. [redacted] bereitet es für Montag vor und es sollt Hr. Wieler diskutiert werden. *ToDo: FG32 Vorstellung der 7-Tages-Inzidenzen (mit/ohne Nachübermittlungen) und Entscheidung über die mögliche Aufnahme in den Lagebericht am 25.01.2020.* o Probleme im Zusammenhang mit SORMAS sind fehlende Rückkopplung zu SurvNet, was in Zukunft (wieder) zu Untererfassung auf Grund von technischen Problemen oder Ablehnung seitens der GAs die Fälle doppelt einzugeben führen könnte. Das sollte ans BMG gespiegelt werden. o SORMAS ist sehr offensiv mit ihrem Angebot an GA angetreten ohne sicherzustellen, dass eine Schnittstelle zum Meldesystem besteht. RKI hat seinen Beitrag zur Entwicklung einer Schnittstelle zu DEMIS (SORMAS @DEMIS) bereits geleistet, so dass eine Verzögerung seitens des RKIs nicht besteht. Die initiale Einschätzung des Zeitraums, die als sehr konservativ eingestuft wurde, scheint sich zu bestätigen. Auf Grund des hohen öffentlichen Drucks und Interessen werden gleichzeitig parallel Schnittstellen zu kommerziellen Produkten entwickelt.	FG37/FG32/ FG38/alle
2	***Internationales*** ***(nur freitags)*** o Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) beschäftigt aktuell viel die INIG o Sonntag startet eine kleinere Folgemission in den Kosovo zu Labordiagnostikkapazitäten ▪ AA legt aktuell einen Fokus auf Westbalkan und ist an die ZIG ran getreten. Die Botschaft in Pristina berichtet, dass ca. 50 000 Personen, die in Deutschland ihren Lebensmittelpunkt haben, nach den orthodoxen Weihnachtsfeiertagen im Kosovo sich demnächst die Rückreise aufmachen werden. Es	ZIGL

	besteht die Sorge um möglichen vermehrten Eintrag. Die Mission wurde erweitert um einen weiteren Laborbesuch. Das Team wird ein großes Privatlabor am Flughafen besichtigen um den Stand und die Möglichkeiten einzuschätzen. Die Inzidenz im Kosovo ist aktuell geringer als in Deutschland und ein möglicher Eintrag kann über die Meldedaten überwacht werden. Daten zu Exposition im Ausland werden demnächst vorgestellt werden. o Testzentren an deutschen Flughäfen: ▪ Es gibt Informationen, dass beispielsweise am BER (Betreiber Malteser/CENTOGENE (privat/zahlreiche Testzentren in ganz Dt.) Tests nicht korrekt durchgeführt werden. Die aktuelle Vorgehensweise bei der Probeentnahme ermögliche kaum positive Befunde zu generieren. Einzelne MA berichten, dass man von vielen falsch negativen Befunde ausgehen müsse. Brandenburg ist informiert und kümmert sich. Die Verantwortung liegt bei den Bundeländern und diese sollten natürlich über solche Vorfälle entsprechen informiert werden.	FG38
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** o Anfragen zu Grenzverkehr sowohl von Arbeitnehmenden wie Arbeitgebenden: Es wird berichtet, dass Auflagen wie Quarantäne oder Testung auf Grund von wirtschaftlichen Bedenken nicht eingehalten werden. o Neue Produkte zielgruppenspezifische Materialien werden entwickelt (Ältere/ Informationen in leichter Sprache/ emotionale Belastung und Umgang mit Sterbefällen für Pflege), dabei wird ein Modellprojekt aus BY betrachtet und ggf. national ausgerollt. **Presse** o Intensivierte Kommunikation und Aufklärung zum Verhalten bei Fällen in der Häuslichkeit (Arbeit/Großraumbüro/Quarantänisierung) sollte verstärkt werden. Es wird nicht verstanden, dass Maßnahmen (Kontaktreduktion/Quarantäne etc) auch ohne Kontakt des GA ergriffen werden sollen. Es ist unklar, ob die VO der einzelne BL verstanden werden.	BZgA Presse/VPräs /alle

	o Könnten unter dem Aspekt: „Wann muss ich zuhause bleiben?“ zusammengefasst und kommuniziert werden. Dabei können mehrere Aspekte zusammenfassend adressiert werden. o Insgesamt muss die Kommunikation intensiviert werden, da wichtige Aspekte in der Bevölkerung nicht verstanden werden und die Kommunikation nicht sichtbar zu sein scheint. Dabei muss die Information an den Bürger gebracht werden statt zu erwarten, dass die Information aktiv gesucht werden. Es sollte eine Übersetzung der Fachempfehlung an den Bürgern mit einer Ansprache über Massenmedien erfolgen. o Das Verständnis der Übertragung ist essentiell und würde viele weitere Komponenten beeinflussen. Die Kommunikation verändert sich und ist herausfordernd über die vielen Phasen der Pandemie. o Der Aspekt des niedrigschwelligen Home Office mit Appell an Arbeitgeber wurde bereits umgesetzt. Das Verständnis zum Verhalten am Arbeitsplatz kann aufgenommen werden. o Aktivitäten zu Kommunikation werden am BMG gesteuert. *ToDo: [redacted] stellt die Punkte aus dem gestrigen Briefing zusammen und [redacted] verfasst die Anregungen zusammen. Hr. Schaade bring es in die Steuerungsgruppe „Kommunikation“ (an [redacted]?) am BMG ein.*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** o Überprüfung Maskenempfehlung (Bayern Pflicht FFP2-Masken im ÖPNV & Einzelhandel) ▪ Es gibt keine Änderung der bereist bekannten Evidenz zum Tragen von FF2 in der Allgemeinbevölkerung (Folie) ▪ Die Passform/der Dichtsitz um eine Eindämmung zirkulierender respiratorische Erreger zu gewährleisten muss sichergestellt werden. Bei nicht korrekter Anwendung ist ein Eigenschutz, der über einen Effekt eines korrekt getragenen MNS hinausgeht nicht vorhanden. ▪ Internationale Empfehlungen sehen das Tragen von FFP2 in der Allgemeinbevölkerung nicht vor bzw. sprechen sich explizit dagegen aus (CDC). WHO: Überarbeitung der Empfehlung z.Zt. nicht vorgesehen. ▪ Erste Anfragen zu Mangel aus Gesundheitseinrichtungen in Bayern, ob ressourcenschonender Einsatz bei med. Personal möglich. ▪ Es kommen Fragen aus der Bevölkerung (soziale Medien), ob die Quarantäne entfällt / ob gleiche Handhabung des KM wie bei med. Personal möglich. o Das Tragen von FFP2 benötigt eine arbeitsmedizinische Einschätzung (gesundheitsmedizinische Risikoprüfung) und kann mit Risiken (Dermatosen etc) einhergehen. o Studien zu Schutzwirkung von nicht angepassten FFP2 bei Influenza zeigen einen vergleichbaren Schutz zu MNS, jedoch	FG14/ [redacted]

	besser als MNB. Anregung zur besseren Kommunikation/Erklärung des Fachwissens (FF2 vs. MNS) wie oben angeregt an BZgA o Die Kommunikation dieser Einschätzung ist herausfordernd da Bereiche mit Vorbildfunktion (z.B. Politik) FFP2-Masken nutzen. o DGKH und DGHM äußern sich derzeit kritisch zur Nutzung von FFP2 Masken in der Allgemeinbevölkerung. o Die aktuelle öffentliche Diskussion und bestehende (regionale) Empfehlung/Nutzung könnte als Unsicherheit über zusätzlich mögliche Maßnahmen und aktuelle Entwicklung gewertet werden. Dabei wäre es wichtig die Ursache und Kontext für Übertragungen (Non-Compliance vs. Versagen der Maßnahmen) zu klären um diese Situation aktiv zu beeinflussen (Bsp. Übertragung in der Häuslichkeit). Meldedaten geben leider wenig Informationen dazu her. Eine Fall-Kontrollstudie (FG35) zu Risikofaktoren läuft aktuell noch (große Herausforderungen Teilnehmer:innen zu rekrutieren). o Insgesamt hat das RKI eine beratende Rolle. Die Kommunikation und Aufklärung fördert Compliance und sollte gestärkt werden. Empfehlung zur konsequenten Einhaltung der Basishygiene (Händewaschen) sollte weiterhin gestärkt werden. Das RKI empfiehlt weiterhin FFP2 prioritär für medizinisches Personal. Keine explizite Empfehlung/Verbot für das Tragen in anderen Bevölkerungsgruppen. Dieses Thema ist in den FAQ adressiert. o Diskutierte Aspekte sollten in das nächste Pressebriefing eingebracht werden. *ToDo:* [redacted] *bespricht eine mögliche Kontaktaufnahme mit DGHM/DGKH (Schulterschluss mit den Fachgesellschaften) mit Hr. Wieler und nimmt Kontakt mit Hr. Hecker (DGHM) auf.* *FG14 Kritische Revision der Informationen zu Masken (FAQ) auf der Homepage (Änderungen zur Verbesserung des Verständnisses, keine inhaltliche Änderung)* o Modellierungsstudie (Mittwoch) Nicht besprochen **b) RKI-intern** o Nicht besprochen	VPräs/FG36/ alle
7	**Dokumente** o Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten sowie Reinfektionen: Zunehmende Infektionszahlen in der Bevölkerung werfen die Frage nach Maßnahmen nach Kontakt zu einem Fall von Genesenen oder Geimpften. Das Ergebnis der vorhergehenden Diskussion ist noch unklar geblieben. Geimpfte sollten weiterhin	FG36/VPräs/ alle

	in Quarantäne bei engem Kontakt. Dazu wurde ein Bericht von [redacted] erstellt. Es gab kritische Nachfragen aus den Ländern und BMG zum Einfluss auf die VO und es wurde ein Bedarf an einer Übersicht (EpiBull Artikel) geäußert. ZIG hat zusammen mit Cochrane Südafrika eine Systematic Review zu Auswirkungen unterschiedlicher Einreisbestimmungen erstellt und kann diese nächste Woche vorstellen. *ToDo:* *LZ: Aktualisierten Bericht von [redacted] mit FG37 und FG 36 teilen. (erledigt, siehe E-Mail [redacted] Freitag, 15. Januar 2021 15:22)* *LZ: Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten" am 22.01.2021 auf die Agenda nehmen* *[redacted] (ZIGL): Prüfung möglicher Erstellung einer Übersicht zu „Re-Infektion bei Geimpften und Genesenen " dazu durch ZIG2; Rückmeldung an LZ*	
8	**Update Impfung (nur freitags)** Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** o Molekulare Surveillance: Entwicklung einer Empfehlung, was extern sequenziert werden soll (ID2543) ▪ A) Anlassbezogene Indikationen zur Sequenzierung - Es gibt Laborergebnisse, die auf Vorliegen einer Variant of Concern hindeuten oder andere auffällige Ergebnisse oder Probleme beim labordiagnostischen Nachweis, Hinweise auf eine Exposition gegenüber neuartigen Varianten ▪ B) Reise-assoziierte Indikationen (z.B. Proben aus der Untersuchung Einreisender) ▪ C) Zur Information: Inländische "Zufallsstichproben" -Proben im Rahmen der Aktivitäten zur integrierten molekularen Surveillance für die Genomsequenzierung an das RKI gesendet (IMSSC2-Netzwerk). ▪ In der Empfehlung soll der Probe an RKI/Konsiliarlabor eine Skizze des Ablaufs und Fragebogen für GA beigelegt werden um die Einsendung besser einzuordnen und Sinn/Notwendigkeit einer Sequenzierung besser einzuordnen. Es wird in einem Papier für den ÖGD zusammengestellt o Es besteht bereits ein hohes Interesse bei nosokomialen Geschehen. Dabei soll einerseits zur Aufklärung komplexer Geschehen beigetragen werden, aber auch die Beschreibung von neuen und beriets zirkulierenden Varianten gestärkt werden.	FG36

	o Konzept sollte sämtliche Labore umfassen und Kriterien für die Auswahl von Zufallsstichproben vorschlagen (Bsp. Bestimmter % Anteil). Die Ergebnisse sollten mit den Daten im GA zusammengeführt und ausgewertet werden. o Die Definition von Re-Infektionen (hier 90 Tage nach Infektion) sollte herausgenommen werden und zunächst von FG32 und FG36 diskutiert werden, da bisher nicht definiert und im SurvNet erfasst. o Weiteres Vorgehen: Darstellung Gesamtkonzept Handlungsanleitung für GA (1-2 Seiten) Handlungsanleitung für Labore *ToDo:* *FG36: Bis Mitte nächster Woche die Erstellung eines ersten Entwurfs*	FG17
	o FG17: AG Influenza 454 eingegangen Proben; 44/400 (11%) analysierten Proben sind positive auf SARS-CoV-2 ▪ 46 Proben mit Nachweis von Rhinoviren; 1 Nachweis von Parainfluenza; weiterhin kein Nachweis von Influenza i ▪ PCR Schmelzkurvenanalysen werden eingesetzt um deletion von N501Y in positive Proben nachzuweisen (Mutation aus in der UK/Brasilien/Südafrika) o ZBS1 o Bitte ergänzen	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Strategische Patientenverlegung** o 200 000 Dosen monoklonaler AK (Roche/Lilly) können ab nächste Woche bereitgestellt werden. Priorisierung der Verteilung wurde vom BMG abgelehnt. Ausgabe wird über Apothekennetzwerk mit Anschluss STAKOB beobachtet. Die Information zu Produkten kommt auf die Homepage. Zweck der frühzeitigen Gabe im ambulanten Bereich ist die Verhinderung von schweren Verläufen (Gabe benötigt eine engmaschige Überwachung). BMG sieht die Gabe im Krankenhaus und teilstationären Bereichen, das könnte die Arbeitslast erhöhen. o Strategische Patientenverlegung: In allen 5 Kleeblätter hat sich die Lage (auch Ost) entspannt, keine Verlegung für die nächste Zeit vorgesehen. Über das BMG kam eine Anfrage aus Slowenien für Verlegung von Patienten nach Deutschland. Die Anfrage wird über EWRS offiziell kommuniziert und RKI koordiniert nach bereist bekanntem Vorgehen.	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	FG37/FG38

	o Ausbruch in einem KH in Ludwigshafen (Vorstellung diese Woche in der EpiLag) ▪ 550 Fälle gesamt (150 Pat/ 400 MA), 35 Todesfälle ▪ Beginn KW 45; Ein Unterstützungsangebot seitens des RKIs in KW 46/47 wurde ablehnt. Gestern erfolgte ein Telefonat als Unterstützung, da das Geschehen noch nicht ganz unter Kontrolle zu sein scheint und die Ausbreitung relativ schnell erfolgte. o Aktuell viele Nachmeldung zu Fällen und Ausbrüchen in Kitas und Schulen	FG36
12	**Surveillance** o Meldepflicht und -weg von Heimtest/Selbsttest/private Testpraxen Ein Positionspapier zu diesem Thema wurde im November an das BMG gesandt. Die Meldung von positiven Befunden ist weiter vom BMG empfohlen und es gibt Bestrebungen einer Ausweitung der Testmöglichkeiten. Es scheint weiterhin unklar wie und wo die Befunde übermittelt werden sollen und geniereit viele Anfragen seitens der Länder. Ein Meldeportal in DEMIS ist schwer zeitnah/schnell umsetzbar. RKI braucht Haltung und die Meldewege müssen geklärt werden. Mit Selbstanzeigen von Bürgern werden die GA überfordern. In einigen BL liegt die Testung in der Selbstverantwortung der MA der Pflegeeinrichtungen. o Eine Möglichkeit wäre die Abgabe über Apotheken mit Aufklärungspflicht. Ein positives Ergebnis sollte den Wunsch nach Bestätigung mittels PCR auslösen, da ein bestätigtes pos. Ergebnis mit Maßnahmen (Isolierung) einhergeht. o Der Vorschlag Heimtests bei leichter Symptomatik durchzuführen wurde nicht mehr diskutiert und Papier/Vorschlag liegt beim BMG. Aktuell dazu keine Haltung seitens BMG. o Dieser Punkt muss weiterdiskutiert werden. o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32/alle
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Coronavirus-Einreiseverordnung (CoronaEinreiseV) Ist gestern in Kraft getreten und ersetzt/fasst zusammen die Allgemeinverfügung und Coronaschutz-VO. Diese VO gilt für Einreisende, die sich in den letzten 10 Tagen in einem Risikogebiet, Virusvarianten-Gebiet oder Hochinzidenzgebiet aufgehalten haben. o Personen aus einem Risikogebiet sind verpflichtet eine DEA auszufüllen, sich mind. 10 Tage in Quarantäne zu begeben und müssen spätestens 48 Stunden nach Einreise einen Test vorlegen. o Personen aus Virusvarianten-Gebieten oder Hochinzidenzgebieten müssen zusätzlich zu den oben genannten	FG38

	Kriterien, statt 48 Stunden nach Einreise bereits 48 Stunden vor der Einreise ein Test durchführen lassen und beim Transportunternehmen vorlegen, sonst kann die Beförderung verweigert werden. Das stellt beispielsweise Schiffreisen/Schiffverkehr vor Herausforderungen, da diese längere Zeit unterwegs sind und Testung auf Schiffen durchgeführt werden muss. o KoNa im Flugverkehr wurde wieder aufgenommen und ist an Einreise aus Virusvariantengebieten gekoppelt. Die Änderungen gehen heute online. o Eine wesentliche Barriere zu Implementation sind die mit der Testung verbundene Kosten. Monitoring scheint unklar. Einreise mit Auto kann kaum nachvollzogen werden. o Indikatoren für Hochrisikogebiete sind noch nicht erarbeitet und werden Montag im Regierungskrisenstab diskutiert, Dabei gibt es zwei Möglichkeiten (dynamisch (doppelte/dreifache Inzidenzerhöhung in den letzten 7 Tagen) vs. gesetzter Schwellenwert jeweils im Vergleich zu Deutschland). Bewertung aus nationaler Ebene. o Die 10 Tage Quarantänezeit für Einreisende aus Virusvariantengebieten wird als ungünstig diskutiert, da viele Aspekte (Inkubationszeit etc) noch unklar zu sein scheinen. Diese Empfehlung basiert auf Modellierungen und eine Änderung ist derzeit nicht möglich.	FG38/ZIG/FG 36/VPräs
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o 1-Jahr LZ (Stand 13.01.2021, 13 Uhr) ▪ Anzahl Krisenstabssitzungen: 191 Tage Koordinierungsstelle/Lagezentrum aktiv: 365 Tage (KS: 12 Tage, LZ: 353) ▪ Kumulative Personen-Schichten: 5.514 ▪ Durchschnittliche Schichten pro Woche: 106 (Max: 150; Min: 19) ▪ E-Mails im dedizierten Postfach: 151.246 ▪ Einträge in das Lageprotokoll: 1.686 V ▪ ergebene Aufgaben: 2.580 ▪ Telefonanrufe im Telefonprotokoll: 1.390 ▪ Aktivitäten zur Kontaktpersonennachverfolgung durch die Position internationale Kommunikation: 10.072 ▪ Lageberichte (Deutsch) veröffentlicht 352 ▪ Lageberichte (Englisch) veröffentlicht 343 Großer Dank an das ganze Haus für die Unterstützung!!!	FG38
15	**Wichtige Termine** o Nicht besprochen	alle

16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Montag, 18.01.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** a) **Allgemein** • ZeroCOVID • Kommunikation Tschechisches Ministerium (Powerpoint) • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** • FAQ zu Quarantäne bei Genesenen/ Musterquarantäneverordnung • FAQ zu FFP2-Masken	Alle VPräs Präs P4/[redacted] FG38 FG14
7	**Dokumente**	Alle

	•	

8	**Update Impfen (ausnahmsweise montag)** • Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten“ am 18.01.2021 auf die Agenda nehmen (siehe Ergebnisprotokoll vom 15.01.2021)	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • BMG-Erlass: Aktualisierte Musterquarantäneverordnung; Begründungserfordernisse	Alle FG38
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • 18.01.2021, 17 Uhr: Herr Wieler beim Expertengespräch Bundeskanzlerin und den MPn • 19.01.2021, 11 Uhr: Herr Wieler bei der Sondersitzung Ausschuss Gesundheit	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*18.01.2021, 13-15:16 Uhr*
Sitzungsort:	Webex Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 24
  - Thomas Ziese
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International (nur Freitags)
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  ▪ SurvNet übermittelt: > 2 mio (+7.141), davon 46.633 (2,3%) Todesfälle (+214), 7-Tage-Inzidenz 134/100.000 Einw., Reff=1,07; 7-Tage Reff=0,93
	  ▪ Anzahl der Geimpften: 1.048.160
	  ▪ DIVI-Zahlen: leichter Rückgang, aber hohes Niveau
	  ▪ 7-Tage-Inzidenzen: leichter Rückgang
	  ▪ Geografische Verteilung: In SA und TH viele Kreise mit hohen 7-Tage-Inzidenzen (>100/100.000), insgesamt über 300 LK mit >100/100.000;
	  ▪ Großstädte mit den höchsten 7-Tage Inzidenzen sind u.a. Nürnberg, Leipzig, Dresden, Essen, Großstädte mit Inzidenz<100 sind u.a. Hamburg, Bremen und Düsseldorf
	  ▪ Fallzahlen Montags immer etwas niedriger, relativiert sich im Wochenverlauf; Fallzahlen leicht rückläufig
	  ▪ Diskussion: Ist der Rückstau von Meldungen aus Brandenburg behoben? Noch nicht ganz, die Nachmeldungen haben jedoch keinen Einfluß auf die aktuellen Fallzahlen, da die Meldungen mehr als 7 Tage zurückliegen.
	  ▪ Rheinland-Pfalz hat nur 2 Fälle gemeldet. Es soll daher ein Disclaimer auf der Internetseite erscheinen;
	  ▪ Fehlende Meldungen aus Bayern bzw. Saarland sollen nicht erwähnt werden, da dies durch die üblichen Tagesschwankungen erklärt werden kann.
	  ▪ Die aktuelle Einschätzung im Lagebericht soll angepasst werden zu einem leicht sinkenden Trend, der regional unterschiedlich ausfällt.
	
	ToDo: Im Lagebericht Text zu leicht sinkenden Fallzahlen anpassen (FF LZ)
	TODO: Disclaimer zu fehlenden Meldungen auf Internetseite hinzufügen (FF Presse)
		Abt. 3
		[redacted]

2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **DEA:** • Projektfinanzierung ist gesichert	FG21 [redacted]

	• Es ist eine Integration eines digitalen Impfpasses angedacht, weitere Ideen sind in Arbeit z.B. freiwillige Angabe zum Reisegrund bzw. Angaben zu durchgeführten Tests; Aktuell gibt es viele Ideen und Wünsche (z.B. vom BMG) um das System auszubauen. • Aktuell ist immer noch kein Vertrag mit der Bundesdruckerei vorhanden. • Die DEA existiert in 14 verschiedenen Sprachen. • Die Kommunikation zwischen den Projektpartnern ist sehr gut • Fast alle GA sind an die DEA angebunden; eine Handvoll GA sind nicht angebunden, Gründe dafür werden gerade erhoben; • Eine Verlängerung des Vertrages mit der Post ist erfolgt **CWA:** • Evaluation: Fertigstellung der Kurzbefragung für diesen Monat geplant (inkl. Rücksprache BDfI); Fragebogen ist erstellt und soll diese Woche noch intern kommentiert werden • Es gibt Überlegungen wie man die verschiedenen Apps noch nutzen kann. Beispielsweise eine Husten App. Das Produkt betrachtet das BMG als interessant; ggf. kann darüber im Krisenstab berichtet werden. **Datenspende App**: • Evaluation der Ergebnisse zur Fieberdetektion erfolgt • Der Algorithmus wurde angepasst; Fierberkurve passt nun besser zu COVID-Fällen	P4 [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BzGA**: • Im Nachgang zur Diskussion am Freitag: Informationen zu FFP2 Masken wird auf Aktualität geprüft. • Statt Alltagsmaske soll zukünftig nur von Maske gesprochen werden • Es erfolgt ein Hinweis darüber, dass Personen, die sich im Umkreis von Kranken (im häuslichen Umfeld) bewegen es vermeiden sollen zur Arbeit zu gehen und Kontakte zu reduzieren **Presse**: • siehe Punkt FAQ	BzGA [redacted]

	• Diskussion: Sollte das Thema Kommunikationskampagne noch bei dem Treffen der Ministerpräsidenten erwähnt werden? Punkte der Diskussion wurden am Freitag ans BMG weitergegen. Hr. Schaade wird den Bericht an Hr. Wieler als Hintergrundinformation schicken.	
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Positionspapier: Zero COVID (Dokument hier) • Ziel des Dokumentes ist es in Deutschland Null SARS-CoV-2 Fälle zu erreichen. Wie ist die Position des RKI zu diesem Papier? • Diskussion: o Die getroffenen Annahmen sind für Deutschland nicht zu erzielen; vorgeschlagenen Maßnahmen sind auch jetzt schon vorhanden; Wichtig wäre schon jetzt die konsequente Umsetzung und Überwachung der empfohlenen Maßnahmen; Der vorgeschlagene Grad der Einschränkung des Grenzverkehrs ist in Deutschland nicht umsetzbar; o Problematisch wäre der mögliche erneute Anstieg nach einem sehr harten Lockdown (siehe Irland), o Es sollte eher die Kontrolle der Pandemie (Control COVID-19) im Vordergrund stehen, hin zum Übergang zu einer saisonalen Übertragung; o Ziele sollten nach SMART Kriterien formuliert und auch erreichbar sein; Zwischenziele wäre hilfreich z.B. keine schweren Erkrankungen, keine ungebremste Zirkulation, keine Spätfolgen, keine intensivpflichtigen Todesfälle; o Sollte Inzidenz und R-Wert genutzt werden um Ziele zu erreichen? Welche Werte sollten genutzt werden? Schwierig Strategie an Zahlen fest zu machen, da z. B. Meldezahlen abhängig von Teststrategie. R-Wert regional nicht verlässlich. Inzidenzwert kann als Orientierung genutzt werden, allerdings unter Berücksichtigung der lokalen Begebenheiten; Eine angemessene Reaktion auf lokaler Ebene ist notwendig; o Konsens: dieses Positionspapier nicht zu unterstützen, sondern auf eigenes Konzept und Stufenplan zu konzentrieren	Alle

	o RKI Konzept sollte daher um Stufenplan inkl. Vorblatt ergänzt werden *TODO: RKI Strategiepapier klarer, prägnanter formulieren zirkulieren und aktualisieren (FF ?) (zusammen mit Stufenplan Deadline Ende Januar)* *TODO: Stufenplan überarbeiten und Vorblatt entwickeln um Maßnahmen zu erklären (FF ?) Deadline Ende der Woche* • Kommunikation Tschechisches Ministerium (Folien hier) o Information zu Aktivitäten in Tschechien über Hr. Span erhalten. Soll hier ein Antwortschreiben formuliert werden? o Hintergrund ist die Situation der Pendler, die durch Einreisebeschränkungen betroffen sind. o Vorschlag von Tschechien: Hochinzidenzgebiete regional auszuweisen und wöchentliche Antigenteste bei Pendlern durchführen o Konsens: Jeder grenzüberschreitende Verkehr ist ein Risiko; sinnvolles Testprinzip ist notwendig mind. 2-mal wöchentliche Testung der Pendler. *TODO: Rücksprache mit BMG ([redacted]), ob Antwort benötigt wird. (FF ZIG, [redacted])* •	
	b) RKI-intern • Überarbeitung der FAQ zu Quarantäne bei Genesenen/ Musterquarantäneverordnung (Dokument hier) o Wiederspruch zwischen FAQ und Musterquarantäneverordnung o Vorschlag der Textanpassung im Krisenstab diskutiert. o Konsens Widerspruch kann nicht aufgelöst werden, daher bei Fragen dazu auf entsprechende Quarantäneverordnungen verweisen, unabhängig davon, ob das vom RKI fachlich unterstützt wird. o Nachfrage wie man Genesung nachweist? Thema soll am Freitag den 22.1.2021 ausführlich besprochen werden • Überarbeitung der FAQ zu FFP2-Masken (siehe hier) o Änderungsvorschläge (redaktionelle und inhaltliche) wurden im Krisenstab diskutiert: o Wichtig Verweis auf Papiere der DGHM; o Keine fachliche Grundlage zur Empfehlung FFP2-Maske für die Bevölkerung vorhanden, daher Warnung vor unerwünschten Nebenwirkungen hinzufügen	Alle FG38 [redacted]

	o Redaktionelle Änderungen und Ergebnis der Diskussion wird in Zusammenarbeit mit der Pressestelle geprüft und übernommen. P1 wird Wording überprüfen o Wann sollte die Änderung der FAQ veröffentlich werden? Zeitpunkt schwierig da nicht der Eindruck entstehen soll das das RKI seine FAQ aufgrund der Ministerkonferenz und der dort enthaltenen politischen Beschlüsse geändert hat. Da sich die fachlichen Argumente nicht geändert haben, Vorschlag die FAQ erst nächste Woche zu aktualisieren. o Konsens: FFP2 Masken werden jetzt schon von der Bevölkerung genutzt; Wichtig ist klarzustellen, dass Maske tragen nur eine Komponente ist. FAQ sollten geändert werden, wenn die Evidenz vorhanden ist, allerdings liegt im Bereich des Arbeitsschutzes schon Evidenz dazu vor, wenn diese richtig getragen wird. Endgültige Entscheidung über den Zeitpunkt der Veröffentlichung der geänderten FAQ vertagt. *TODO: telefonisch Kontakt zum LGL aufnehmen um zu klären, ob Studien in Bayern zu der Maßnahme geplant sind (FF [redacted])*	
8	**Dokumente** •	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Vorgesehenes Thema „Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten“ verschoben, da FG nicht mehr anwesend	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG 17:** • AGI Sentinel: 270 Einsendungen in den letzten 2 Wochen. 13% positiv für SARS-CoV-2, 8% positiv für Rhinoviren • Letzte Woche fanden viele Aktivitäten u.a. zur Integrierten molekularen Surveillance (Berichterstellung, Ausbau IMS-System) statt • FG17 hat eine Probe der SARS-CoV-2 Variante aus Dänemark (Nerze) erhalten, angezüchtet und auch an ZBS1, sowie Friedrich Loeffler-Institut und Paul Ehrlich Institut weitergegeben.	FG17 [redacted]

	• FG17 versucht SARS-CoV-2 Varianten, die der UK- oder Südafrika-Linie angehören, aus Patientenmaterial anzuzüchten • bei saisonalen Coronaviren in tropischen Klimazonen (z.B. in Ghana) sind pro Saison zwei Peaks zu beobachten **ZBS1:** • letzte Woche gab es 823 Einsendungen, davon waren 301 also 37% positiv • eine weitere Probe wurde per Sequenzierung als B1.1.7 Variante identifiziert. Der zuständige Einsender und das GA wurden informiert. • Nachfrage: Ist etwas zur Impfstoffwirksamkeit gegenüber der brasilianischen Variante bekannt? Um diese Frage zu beantworten wird eine Probe der Variante sowie Impfseren benötigt. Entsprechende Informationen sind noch nicht verfügbar.	ZBS1 [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • BMG-Erlass: Aktualisierte Musterquarantäneverordnung; Begründungserfordernisse • Kommentar zu § 3 der Verordnung: geforderte Doppeltestung (Heimatort und Zielort) hat nichts mit Quarantäne zu tun • Fachlich auf Papier [redacted] verweisen zu Auswirkungen der Verkürzung der Quarantäne • Textentwurf wird von [redacted] entwickelt und an die in der Aufgabe involvierten zur Kommentierung geschickt.	Alle FG38 [redacted]

13	**Surveillance**
	• Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	  o Grippe Web: 2. Lockdown zeigt deutlichen Effekt, danach sinken die Werte deutlich; Maßnahmen zeigen einen Effekt, jedoch keine regionale Unterscheidung möglich
	  o Meldedaten nach Altersgruppen: bis auf AG 15 Jahre und älter, ist die Inzidenz sehr niedrig und die Fallzahlen sind rückläufig
	  o Ausbrüche in Kindergärten: es gab viele Nachmeldungen (47 neue Ausbrüche, davon 11 in 2021) Median der betroffenen Fälle etwa bei 4 je Ausbruch, d.h. keine ganze Kita von Ausbruch betroffen
		FG32
		FG36
		[redacted]

	o Ausbrüche in Schulen: Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) gleiches Niveau wie in KW 49/50 ab 51 rückläufig aufgrund von Schulschließungen, o Maßnahmen in Schulen und Kitas können nicht verhindern, dass es zu Ausbrüchen kommt.	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • 18.01.2021, 17 Uhr: Herr Wieler beim Expertengespräch Bundeskanzlerin und den MPn (Sprechzettel wird vorbereitet) • 19.01.2021, 11 Uhr: Herr Wieler bei der Sondersitzung Ausschuss Gesundheit	Alle
17	Nächste Sitzung: Mittwoch, 20.01.2021, 11:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*20.01.2021 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Bericht von Ausbrüchen o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG37 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** • **Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** • MPK-Beschlüsse – speziell SORMAS und CS • **RKI-intern**	Alle P4/[redacted] AL3
7	**Dokumente** • Infobrief und Laborinfo IMS	Alle FG36/alle

8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • SARS-CoV-2 Integration in Genom, Implikation für mRNA-Impfsoffe? • Handlungsanleitung CorSurV (s.o.)	FG17/ZBS1 Präs FG36
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • COVID-19/Obdachlosigkeit (Freitag)	Alle [redacted]
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • IFG-Anfragen	FG38 FG37
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*20.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4

- o [redacted]
- P1
  - o [redacted]
- Presse
  - o [redacted]
  - o [redacted]
- ZIG1
  - o [redacted]
- BZgA
  - o [redacted]
- MF3
  - o [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.068.002 (+15.974) (deutlich weniger als Vorwoche), davon 48.770 Todesfälle (+1.148) (weiterhin sehr hoch), 7-Tage-Inzidenz 123/100.000 Einw. (Rückgang von 10 im Vergleich zu Vortag); o 4-Tage-R=0,87; 7-Tage-R=0,87 (deutlich unter 1); o Impfmonitoring: 1.195.429 geimpfte Personen insgesamt, seit Vortag + 49.289 erste Impfung; + 13.252 zweite Impfung; o ITS: 4.947 (-56): geringerer Rückgang im Vergleich zum Vortag; o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Sachsen: deutlich über dem Bundesdurchschnitt, insgesamt jedoch abnehmende Tendenz o Geogr. Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK) ▪ Weiterhin 4 LK > 400 Fälle/100.000 Einw. ▪ Abnahme der Anzahl der LK mit Inzidenz von > 300 bzw. > 200 Fälle/100.000 Einw. ▪ Nur 19 von 412 LK mit Inzidenz < 50 Fällen/100.000 Einw. ▪ Zweite Darstellung: LK mit deutl. Zu- oder Abnahme, viele LK mit im Vergleich zur Vorwoche in etwa halbierten Fallzahlen (grün, Faktor 0.5), zwei LK mit Verdopplung im Vergleich zur Vorwoche (pink, Faktor 2.1 bzw. 2.4) → weiterhin heterogenes Bild o 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW – Heatmap ▪ In allen AG leichter Rückgang, Hochaltrige weiterhin Inzidenz von > 500 bzw. 600/100.000 Einw. in den letzten 7 Tagen o 7-Tage-Inzidenz nach AG und MW	ZIG1 Abt.3 [redacted]

	▪ Über 80-Jährige höchste Inzidenz ▪ Rückgang in allen AG im Vergleich zu Vorwoche o Darstellung der gemeldeten COVID-19-Fälle nach Infektionsumfeld ▪ Insert: Ausbrüchen zugeordnete Fälle (farbig) stellen einen lediglich kleinen Teil der Fälle insgesamt dar ▪ Große Darstellung: Ausbrüche mit > 2 Fällen, Verteilung hat sich im Vergleich zu Vorwoche nicht wesentlich geändert ▪ Derzeit ca. 800-900 Alten- und Pflegeheime von 14.000 Einrichtungen insgesamt mit aktuellem und andauerndem Ausbruchsgeschehen und vermutlich sehr hoher Dunkelziffer (Relevanz: Berichte von positiven Fällen im Anschluss an Impfung) o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Abnahme im Vergleich zur Vorwoche, hier jedoch Verzug um 1-2 Wochen zu beachten o Expositionsländer importierter Fälle (Länder mit > 25 Nennungen): ▪ höchste Anzahl an Importen (rot): Polen, Rumänien und Bosnien-Herzegowina o Diskussion ▪ <u>Ausbruchsgeschehen – Kiel</u>: > 50 % der Bewohnenden positiv, bereits 12 Todesfälle ▪ Übertragung vermutlich bereits vor Impfung mit schneller Ausbreitung ▪ Anekdotischen Berichten über milderen Verlauf muss nachgegangen werden ▪ Seit Montag Team vor Ort ▪ Gesundheitsämter leisten kaum vor-Ort-Unterstützung aufgrund der Beanspruchung durch KP-Nachverfolgung ▪ Gesundheitsämter sollen darauf hingewiesen werden, dass operative Arbeit vor Ort nicht vernachlässigt werden darf ▪ Hygienekompetenz muss verbessert werden, unzureichende diesbezügliche Ausstattung der Gesundheitsämter, oftmals externe Expertise erforderlich, Krankenhaus kann dies jedoch ebenfalls nicht leisten ▪ Sequenzierungsergebnisse stehen aus ▪ <u>Ausbruchsgeschehen - Limburg</u>: erste Hinweise auf Vorliegen der 501-Mutation ▪ Schnelle Sequenzierung erforderlich, auch hinsichtlich Mutation (gilt ebenso für Kiel) ▪ <u>Ausbruchsgeschehen - Flensburg</u>: ca. 100 Infizierte in drei Firmen (vermutlich aufgrund einer Feier in Dänemark) ▪ Verdacht auf Vorliegen einer Mutation, Proben ebenfalls derzeit zur Sequenzierung	FG37 [redacted] Abt.3 [redacted]

	▪ Ausbruchsgeschehen – NRW Altenheim: viermaliger Nachweis der UK-Variante ohne Bezug zu UK- oder anderen Auslandsaufenthalten ▪ Vergleichsweise abgeschiedener Landkreis nördlich Berlins mit steigender Inzidenz: bedingt durch Pendlerverkehr? ▪ Nachmeldungen haben keine Auswirkung auf 7-Tages-Inzidenz, lediglich auf Differenz zum Vortrag **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile: weniger Tests als in Vorwoche o Anzahl positiv getesteter nach Bundesland: Rückgang des Positivenanteils in allen Bundesländern (derzeit ca. 10 %) zeigt breite Wirksamkeit der Maßnahmen o Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: in allen AG derzeit Plateau, nur bei >80-Jährigen geringe Abnahme; geringste Anzahl der Tests in AG 0-14-Jähriger, höchste Testzahl in AG > 80-Jähriger o Positivenanteile nach AG und KW: rückläufig über alle Altersstufen o Abnahmeort: ähnliche Verteilung im Vergleich zu Vorwochen, insgesamt derzeit rückläufige Positivenanteile o Zeit zwischen Abnahme und Test: derzeit wenig Verzug o Antigentests in ARS: Anteil positiver Testungen (Linie) derzeit gering o Antigentests in ARS: PCR-Testung am selben Tag nach positiver AG-Testung: ca. 18 % falsch positiv (ggf. aufgrund von *S. aureus*); nach negativer AG-Testung: ca. 2 % falsch negativ • Diskussion: o Wo werden AG-Tests durchgeführt und wie wird gemeldet: ▪ Von Ärzten durchgeführt, in Einrichtungen mit bestimmten IfSG-Standards (Einrichtung nach § 6) und via Apotheker (in Stellungnahme zu medizinischen Heilberufen inbegriffen): Meldepflicht ▪ Testzentrum ohne Anwesenheit eines Mediziners oder Selbsttest durch den Bürger: keine Meldepflicht ▪ Derzeit BMG-Diskussion zu der Möglichkeit des Bürgers, einen Positivbefund Ärzten oder Apothekern oder direkt beim Gesundheitsamt zu melden ▪ Bei Abgabe von Selbsttests durch Apotheken sollten diese im Sinne ihrer Aufklärungspflicht mitteilen, dass bei einem positiven AG-Test der Hausarzt zur PCR-Bestätigung aufzusuchen ist (kongruent zur CWA, für die bereits etablierte Wege bei der KV existieren) o Derzeit 72 Labore in ARS, Limitierung durch Personal und Technik o Zwei Versionen des Meldeportals – zu klären sind hier der aktuelle Diskussionsstand am BMG sowie die Kommunikationswege eines Arbeitsauftrags – Kommunikation sollte bestenfalls über [redacted] laufen	Abt.1 [redacted] FG32 [redacted] FG37 [redacted]

To Do: Bitte an [redacted], für die kommende Sitzung der AG Testen die Kommunikationswege von Arbeitsaufträgen an [redacted] als TOP heranzutragen

Abt. 3
[redacted]

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)

- Testkapazitäten zur Zeit nicht voll ausgeschöpft, vergangene Woche ca. 1,1 Mio. Tests (Vergleich Höchststand: 1,6 Mio.), Positivenquote gesunken auf ca. 10,5 %, deutlicher Rückgang in den letzten zwei Wochen
- Es können wieder mehr PCR Tests durchgeführt werden
- Proberückstau unproblematisch
- Aber:
  - Aspekt der Vorselektion durch AG-Tests nach wie vor schwer einzuschätzen
  - Materialmangel mit Auswirkung auch auf andere diagnostische Bereiche
  - „Kannibalisierung“ durch unnötige Testungen ist zu vermeiden (bspw. Wiederbelebung Flugverkehr)
- S-Gen-Ausfälle: von KW52, 2020 bis KW 2, 2021 haben 16 Labore deutschlandweit insgesamt 337 positive Proben mit S-Gen-Ausfall berichtet
- Sequenzierungsempfehlung dieser Proben:
  - Derzeitige Kapazität im Haus: ca. 400 Proben pro Woche sofern RNA bereits aufbereitet, ansonsten ca. 200 Proben pro Woche
  - Dezentrale Sequenzierung daher zunächst anzuraten (gewährleistet durch die VO), es sollen somit zunächst die regionalen Kapazitäten genutzt werden, auch hinsichtlich Verantwortlichkeit
  - Nur in Ausnahmefällen sind Proben an das RKI zu senden
- AG-Point of Care: BaWü mit zweistelliger Anzahl an Einrichtungen rückgemeldet, andere BuLä jedoch < 10 beigesteuert, daher vermutlich massive Untererfassung, Zahlen nicht repräsentativ
- Ca. 96% der erfassten positiven AG-POCT gingen in die PCR
- Weitere Akquise in Arbeit, in EpiLag, AGI und Schalte der Testkoordinatoren der BL erneut beworben

MF4
[redacted]

Zahlen zum DIVI-Intensivregister (Folien hier)

- Derzeit 4.827 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen behandelt (Stand 20.01.2021)
- Ca. 2 Wochen <u>nach</u> dem 2. Lockdown (KW 51) zeigt sich in vielen Bundesländern ein erster Rückgang der COVID-19-Fallzahlen auf ICU (Auswirkungen auf ICU zeigen sich i.d.R. erst mit Verzug von ca. 2 Wochen)
- Sachsen, Berlin, Saarland am stärksten, andere BuLä vergleichsweise gleichmäßig von zweiter Welle betroffen
- Saarland, Niedersachsen, Mecklenburg-Vorpommern, Schleswig-Holstein befinden sich jedoch weiter im Anstieg
- Zahlen und Belastung weiterhin sehr hoch
- Ca. 60 % der Intensivbereiche geben an ‚begrenzt‘ oder ‚komplett ausgelastet‘ zu sein, Hauptgrund: Personalmangel

	o COVID-19-Todesfälle auf ICU mit ca. 200 pro Tag hoch o In 9 BuLä Anteil von COVID-19-Patient*innen an Intensivbetten zwischen 20-30 % (jedes 4.-5. Bett) o Freie Kapazitäten stagnieren aktuell auf niedrigem Niveau, in 10 BuLä weniger als 15% freie Kapazitäten vorhanden o SPoCK: derzeitige Prognose einer möglichen weiteren Stabilisierung der Lage, v.a. in stark betroffenen Ländern o Diskussion: ▪ Anfängliche Kapazitätseinschätzungen der Einrichtungen anfangs optimistischer, jedoch viele Verlegungen (→ Korrektur) und Kapazität sinkt nicht linear (Belastung durch gestiegenen Behandlungsbedarf → Personalausfall) ▪ Einschränkungsursachen durch DIVI abgeprüft: Verfügbarkeit von Beatmungsgeräten wird ermittelt, die Verfügbarkeit von Sauerstoff jedoch nicht (bei STAKOB noch nicht thematisiert) • **Syndromische Surveillance** (Folien hier) o GrippeWeb: nach Erwachsenen und Kindern bis 14 Jahre aufgetrennt, ARE Raten sehr niedrig (vergleichsweise wie im Frühsommer), bei Kindern schon vor Jahreswechsel niedriger Stand, bei Erwachsenen bis 2. KW weiter abgesunken o ARE-Konsultationsinzidenz im Vergleich zu 1. KW weiterer deutlicher Abfall (dunkelblaue Kurve), in 2.KW ca. 630 ARE-Konsultationen /100.000 Einw. (absolut: ca. 520.000 Konsultationen insgesamt), um Jahreswechsel ähnliche Entwicklung wie in Vorjahren, in 2. KW deutlich niedrigere Werte, v.a. bei 0-14-Jährigen o SARI-Fälle: in AG 80+ Jahre weiterhin sehr hoch (vergleichbar mit Höhepunkt Grippewelle der Vorjahre), in AG 60-79 Jahre leicht zurückgegangen (hoch, aber vergleichbar zu Vorsaisons), in AG 35-59 vergleichbar zu Vorsaisons, in AG 15-34 etwas niedriger als Vorsaisons, in AG < 15 Jahre seit KW 40/2020 extrem niedrige Fallzahlen o SARI-Fallzahlen insgesamt stabil, auf Niveau der Vorsaisons, aber AG < 15 Jahre weiter extrem niedrige, AG 35+ hohe bis sehr hohe Fallzahlen, AG 80+ bleibt als einzige Altersgruppe auf sehr hohem Niveau o Anteil COVID-19 Patienten an SARI: leichter Rückgang in KW 1/2021 (65 %, Vorwoche 70 %) bei stabilen SARI-Fallzahlen (seit 3 Wochen)	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle

	• Wording sollte kommende Woche auf Aktualität überprüft werden	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Termine Präs: heute ausländische Presse, Freitag Bundespressekonferenz, für folgenden Townhall ggf. Unterstützung nötig • Masken-FAQ: Begrifflichkeit der „medizinischen Maske“ soll eingeführt bzw. erläutert werden, bereits Nachfragen dazu, [redacted] arbeitet diese Änderung ein	BZgA Presse [redacted] Präs

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	Modellierungsstudie (mittwochs)
	• Nicht besprochen
	
	MPK Beschluss
	• Punkt 12: Unterstützung der Länder durch den Bund darin, Studierende hinsichtlich SORMAS zu schulen, sodass diese in den Semesterferien die KP-Nachverfolgung unterstützen können
	  o Gesundheitsämter könnten durch diese zusätzlichen Personen eher Belastung erfahren
	  o Hinweis an das BMG auf die bereits erfolgende Unterstützung der Gesundheitsämter durch das RKI über den Einsatz von 800 Containment Scouts erfolgt → Bitte von [redacted] an das RKI um einen Bericht dazu bzw. zu deren Management, [redacted] nimmt [redacted] mit in Abstimmungsschleife
	• Punkt 13 zum flächendeckenden Einsatz von SORMAS und Roll-Out an allen Gesundheitsämtern bis Ende Februar, sowie zur Nutzung von SORMAS und DEMIS
	  o Auf Seite der Beschlussfassenden ggf. Vorliegen eines Missverständnisses zu den Funktionen von DEMIS, SORMAS und SurvNet (Cave: Schnittstellte SORMAS-SurvNet existiert nicht, Daten müssen derzeit doppelt eingebenden werden; DEMIS: Plattform, im Ausbau befindlich)
	  o Es muss Klarheit geschaffen werden, welche Funktion und Limitierung die jeweiligen Systeme besitzen
	  o Herausforderungen und Chancen müssen klar und transparent adressiert werden
	  → SORMAS sollte nicht lanciert werden, sofern die Schnittstelle nicht funktional ist, andernfalls Konsequenzen aufzeigen
		Alle
		
		Abt. 3
		[redacted]

	o Bei SurvNet sind lediglich ca. 1/3 der Ämter noch anzuschließen o Erstellung einer erklärenden Grafik, die zentral platziert wird (Grafik bis morgen erforderlich, cave: Sachsen bspw. nutzt anderes System als SurvNet) **b) RKI-intern** Ministergespräch – CompuGroup • Vertreter des RKI wurden seitens BMG gebeten, an Folgegespräch teilzunehmen • Teilnehmende: [redacted], [redacted], [redacted] sowie ggf. ein Mitarbeitender aus ZBS1 für labortechnische Fragestellungen (Anfrage wird weitergeleitet) • Im Gespräch soll der sachliche und faktenbasierte Hinweis auf die bisherigen Kritikpunkte erfolgen sowie die Bitte darum, dass keine Parallelstrukturen aufgebaut werden (siehe SORMAS)	FG24 [redacted]
7	**Dokumente** Handlungsanleitung CorSurV – Verfahren zur Auswahl und Einsendung von Proben o Für Labore (Dokument hier) ▪ VO regelt, dass bis zu 5 % der Proben, die in letzter KW bei primärdiagnostizierendem Labor eingegangen sind, sequenziert werden sollen, geregelte Vergütung ▪ Kriterien Probenauswahl – zwei Gruppen: 1) Gesamtgruppe aller Proben und 2) Proben aufgrund eines Verdachtes auf eine variant of concern (VOC) ▪ Strang A: Sequenzierung vornehmlich aus zufälligen Proben um regelkonforme Surveillance zu gewährleisten (Vermeidung einer Bias durch Auswahl auf Verdacht) – hier kann ggf. ein Tool zur zufälligen Auswahl zur Verfügung gestellt werden ▪ Strang B: Sequenzierung bei Verdacht auf Vorliegen einer Variante nach festgelegten Indikatoren ▪ Ggf. Rückfragen an Diagnostikexperten ob Empfehlung hinsichtlich Ct-Werten sinnvoll ▪ Darlegung der Durchführung und Informationsübermittlung via DESH, DEMIS, IMS ID, Verknüpfung von Sequenzierdaten mit Meldedaten, siehe Grafik S. 4 o Für Gesundheitsämter (Dokument hier) ▪ Probenauswahl und Beauftragung der Sequenzierung ▪ Auswahl: ausschließlich beschränkt auf Verdacht – keine zufällig ausgewählten Proben ▪ Indikatoren identisch (s.o.) ▪ Beauftragung der Sequenzierung durch das Gesundheitsamt beim primärdiagnostizierenden Labor	FG36 [redacted]

	o Diskussion: ▪ Abrechnungsmissbrauch: in VO ist Abrechnung via KV vorgesehen, retrospektiv überprüfbar, rechtliche Handhabe ▪ Abrechnung kann jedoch nicht Anzahl der eingesandten Sequenzen überprüfen, ggf. Transportkosten als Zusatzkriterium → (Quittierungs)Mechanismus in Phase 1 einzubringen ▪ Konsiliarlabor hier nicht direkt involviert (hier Fokus auf Sequenzierung), in Grafik ggf. gestrichelter Pfeil zu integrierter molekularer Surveillance/ Konsiliarlabor sinnvoll, zuvor jedoch Abstimmung mit entsprechenden Parteien nötig *To Do: Bitte an [redacted] um Ergänzung eines Satzes dazu, dass das System das andere ergänzt und zur Verdeutlichung der Zusammenarbeit mit dem KL (ggf. Satzbaustein aus FAQs verwenden)* ▪ Schwellenwert: Ct < 25 sollte enthalten sein ▪ Ct korreliert mit Infektionsstadium, somit sollte keine Verzerrung in epidemiologischer Hinsicht erfolgen, zumal für Sequenzierung wertvoll (Ausschluss fälschlicher Proben durch niedrigen Ct-Wert) *To Do: Veröffentlichung der Dokumente morgen bzw. spätestens bis Ende der Woche, via Labornetzwerk und Homepage*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • SARS-CoV-2 Integration in Genom, Implikation für mRNA-Impfstoffe (Dokument hier) o Qualität des Preprints noch nicht beurteilbar, da Review ausstehend (bislang Veröffentlichung auf Preprint-Server) o Artefizielles System als Grundlage, daher reale Bedeutung fraglich, soweit kein Befund einer Relevanz für die Impfung • Labordiagnostik NRZ Influenza o Probenaufkommen in etwa vergleichbar mit Vorwoche o Von ca. 75 % der Praxen trotz Einsatz eines Kurierdienstes lediglich jeweils eine Probe eingeschickt (Grundanforderung: 3 Proben) o Es sollen somit 50 neue Praxen rekrutiert werden o Nachweisrate: auch hier Rückgang: 10 % SARS-CoV-2-positiv, Rhinoviren weiterhin auf niedrigem Niveau o Erstmals Nachweis von Parainfluenza und NL63 (saisonale Coronaviren) seit langer Zeit o Influenza: keine Nachweise seit Lockdown o RespVir: identische Ergebnisse hinsichtlich Influenza und NL63	FG17/ZBS1 [redacted] Präs FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • AK-Auslieferung für 4. KW wird stattfinden	IBBS

	• COVRIN Fachgruppe: Anfrage zu Vitamin D und Ivermectin: Bericht für Kliniker wird erstellt, da berechtige Fachfragen • Weiterfinanzierung Beratungsnetzwerk für Behandlung • Webseminare wiederaufgenommen: v.a. zu besonderen Fallbesprechungen, intensivmedizinischer Behandlung • Vitamin D: Textbaustein zu PH Prävention wird erscheinen, wird morgen im Expertenbeirat Influenza diskutiert Entlassungsmanagement hinsichtlich neuer Varianten • Derzeit noch kein Anlass zur Änderung • Ausbruch Garmisch-Partenkirchen: von Covid-Station ausgehend, vermehrt Escape-Mutanten → gewisse Gefahren von Covid-Stationen ausgehend, sollte niederschwellig sequenziert werden, ggf. mit FG 17 / ZBS1 besprechen hinsichtlich Immunsuppression als Auswahlkriterium zur Sequenzierung • Immunsuppression: Zusammenhang mit Prädisposition der Entwicklung von Mutationen und relevante Ausscheidung von > 10^6 über 60 Tage • Kriterien für KP1/KP-Management und Quarantänedauer ggf. anzupassen, wenn höhere Übertragbarkeit und Zirkulation neuer Varianten nachgewiesen, derzeit jedoch gering belastbare Datenlage, daher hier zunächst Fokus auf stringente Durchführung der Maßnahmen des KP-Managements • Korrelation zwischen Menge und Infektiosität bzw. Kopplung der Faktoren „Zeit“ und „klinische Besserung“ als Indikator für Überwindung der Infektion auch auf neue Variante anwendbar • Limburg Entlasskritieren eigenständig verschärft (neg. PCR erforderlich) *To Do1: Ggf. über STAKOB gezielt um Proben immunsupprimierter Patienten bitten, Rücksprache mit* [redacted] *To Do2: Formulierung im Entlasspapier zur Einzelfallbeurteilung und Virusanzucht bei Immunsuppression bitte ergänzen um „und ggf. sequenzieren“ nach Rücksprache mit* [redacted]	[redacted] FG38 [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • COVID-19/Obdachlosigkeit (Freitag)	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Anfragen nach IFG: Bearbeitung durch Lagezentrum in jetziger Form nicht weiter tragbar, gesondert zu besprechen mit L1	FG37 [redacted] FG36 [redacted]

	• Fehlende Aktivität neutralisierender AK bei afrikanischer Variante (E-Mail an ZIG zu Ausführungen seitens CDC) • Preprint dazu: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.18.427166v1.full.pdf • Mögliche Konsequenz für Impfung, Reinfektion, T-Zell-Immunität: noch keine belastbare Datenlage bzw. epidemiologische Erfahrung im Feld *To Do: Bitte an [redacted] um Einschätzung und Bitte an Herrn Wieler um Zusendung einer Bitte um Einschätzung an das PEI*	
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen bzw. jeweils s.o.	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 22.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*22.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** • Evidence on the topic of SARS-COV-2 reinfection (Review)	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • FAQ zu FFP2-Masken: Endgültige Entscheidung über den Zeitpunkt der Veröffentlichung der geänderten FAQ vertagt -> vom 18.1. auf 22.1. s. auch Protokoll von Montag • FAQ zu MNB/MNS • TOP Berichterstattung zu neuen Varianten	BZgA Presse FG14 FG38
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern**	Alle P4 ([redacted])
7	**Dokumente**	Alle

	•	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten • COVID-19/Obdachlosigkeit	Alle FG36/FG33 [redacted]
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Erfahrungen mit der neuen EinreiseVO • Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Umgang mit 08.03. (Feiertag Berlin)	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 25.01.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.01.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade, Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler, z.T.
- AL1/Abt. 1
  - Martin Mielke
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- ZIG3
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** o Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): 95,6 Mio. Fälle weltweit, >2 Mio. Todesfälle (2,2%) o Leichter Rückgang bei Neuinfektionen, dafür steigende Todesfälle weltweit o Top Ten ungefähr gleichbleibend, Trends ebenso, USA, UK, Russland, Deutschland abnehmend, Spanien zunehmend mit starkem expon. Anstieg, Brasilien stabil zur Vorwoche o In Europa sinkt die Inzidenz bis auf Portugal o Amerika mit den meisten Neuinfektionen (51%/aller Fälle), dann Europa, dann Asien, Afrika, Ozeanien, Reihenfolge bei Todesfällen ähnlich o UK Variante in 60 Ländern weltweit nachgewiesen, SA-Variante in 23 Länder, brasil. Variante auch in Italien nachgewiesen o Israel deutlich führend mit verimpften Dosen/100 Personen, Israel und Bahrain auch führend bei verabreichten 2 Dosen	ZIG1/[redacted]
	National o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) ▪ SurvNet übermittelt: > 2 Mio. (+17.862), davon 50.642 (2,4%) Todesfälle (+859), 7-Tage-Inzidenz 115/100.000 Einw., Reff=0,84; 7-Tage Reff=0.93 ▪ In meisten Bundesländern Rückgang der 7-Tages-Inzidenz, führend Thüringen, Brandenburg, Sachsen-Anhalt ▪ Streuung hat in anderen BL abgenommen, konzentriert sich um Mittelwert ▪ Vorschlag: Darstellung der 7-Tage-Inzidenz wird perspektivisch umgestellt auf Darstellung mit Korrektur der Vortage, um Artefakte der einzelnen Wochentage zu glätten, initial mit Disclaimer im Lagebericht ▪ 7-Tage-Inzidenz: 21 LK<50/100.000, 217 LK 100-250/100.000, 20 LK 250-400/100.000 ▪ Inzidenz nimmt ab, im Vergleich zur Vorwoche um 26%, auch in den Großstädten ▪ Deutliche Übersterblichkeit in KW 51, ca. 24% über dem Durchschnitt der Vorjahre 2016-19 ▪ Regionale Unterschiede bei Inzidenz nach verschiedenen Altersgruppen, >80jährige besonders in Ostdeutschland betroffen, keine Stratifizierung nach Aufenthalt in Pflegeheim/Häuslichkeit, vermutlich unterschiedliche Familienstrukturen/ggf. Untererfassung zugrundeliegend? ▪ 7-Tage-Inzidenz bei >80jährigen bei 206/100.000 bundesweit ▪ DIVI: Belegung geht langsam zurück, regional >70% belegt	AL3/[redacted]

Kommentiert [HW1]: Aber in Spanien exponentieller Anstieg im vorigen Punkt?

	▪ Anzahl der Geimpften: 1.324.091 *ToDo: ggf. regionale altersstratifizierte Inzidenz nochmal nach Anzahl der Pflegeheime untersuchen (FG37)* *Umstellung der Darstellung der 7-Tage-Inzidenz im Lagebericht wird nach Rücksprache mit Präs Anfang kommender Woche umgesetzt ([redacted]/Präs/Lagezentrum)*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Evidence on the topic of SARS-COV-2 reinfection (Review), Folien hier: o Anlass: unterschiedlichen KP-Management-Empfehlungen für Genesene versus Geimpfte o 73-jähriger starb letzte Woche in Ba-Wü nach Re-Infektion • Google Scholar für Literaturrecherche benutzt, ca. 120 Dokumente gefunden, u.a. case report, observational studies und reviews o Bestätigte Re-Infektionen sind rar, Sequenzierung wird selten durchgeführt um zu differenzieren zwischen erster und zweiter Episode o Re-positive Testergebnisse sind keine Seltenheit, auch mit schweren Verläufen einhergehend o Limited evidence für Infektiosität und contact tracing von Re-Positiven *Diskussion:* • Diesbezüglich aktuell publizierte Studie aus UK: HCW-Studie mit 82% Schutz nach primärer Infektion • Vorschlag: Perspektivisch gleiche Behandlung im KP-Management von Genesenen und Geimpften, aktuell sollte überlegt werden, ob beide in Quarantäne gehen, wenn sie KP1 sind <u>Datenlage</u> o Datenlage von Genesenen und Geimpften ist ähnlich, lässt eine Unterscheidung im KP-Management ggf. nicht weiterhin zu o Datenlage unklar, insbesondere was Transmissionsketten, die von Re-Infektionen ausgehen angeht, auch unter dem Aspekt der neuen Varianten, koreanische Studie gibt keinen Anhalt für Transmissionen durch Re-Infizierte o Verhältnismäßigkeit zwischen unklarer Datenlage und Konsequenzen für Kontaktpersonen?? Langzeitperspektive?	ZIG/ [redacted]

	o Ggf. Modifizierung des KP-Managements wenn weitere Daten zu Impfstoffen und Transmissionen nach erfolgter Impfung vorliegen, bei Astra Zeneca gibt es Hinweise, dass es asymptomatische Infektionen gibt nach Impfung (also womöglich auch Virusausscheidung?), bei den mRNA-Impfstoffen gibt es bisher keine Daten dazu <u>Re-Infektionen:</u> o Re-Infektion nach Studienlage bei 13-18% (ohne Sequenzierung, nur pos. Testergebnis) o Wird die Wahrscheinlichkeit von Re-Infektionen mit weiteren Mutationen steigen und sollten Genese, wenn sie KP1 sind daher in Quarantäne gehen? o Welche Rolle spielen neue Varianten bei Re-Infektionen? <u>Genesene vs. Geimpfte:</u> o Geimpfte sind prinzipiell homogener als Genesene, da es bei Genesenen deutlichere Unterschiede in Immunreaktion gibt o Andere Länder handhaben Genesene und Geimpfte gleich im Gegensatz zu uns o Ggf. individuelle Handhabung (z.B. HCW mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen)?? <u>Aktuelle Situation in Deutschland:</u> o Krankheitslast ist weiterhin hoch und auch Genese nehmen zu o Entlastung des Gesundheitssystems als Ziel und Vermeidung von schweren Erkrankungen o Re-Infektion ist nicht klar definiert, mögliche Re-Infektionen werden teilweise in SurvNet dargestellt o Zeitraum muss definiert werden für Immunität für Genese o Bericht aus NRW: 3/5 Fällen mit Re-Infektion, auch symptomatische Verläufe bei Re-Infektion o Wichtig wäre keine Aufweichung der Maßnahmen in Krankenhäusern oder Pflegeheimen, Schutz der Patienten steht im Vordergrund o Zudem auch einheitliche, einfache KP-Empfehlungen wichtig, unabhängig von Sequenzierungsempfehlungen	

	ToDo: Entwurf mit Abschaffung der bestehenden Empfehlung für Genesene und Vereinheitlichung, danach erneute Diskussion im Krisenstab kommende Woche (FG36)	
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Vertagt auf Montag *ToDo: Text wird Montag in Krisenstab besprochen (alle)*	alle

5	**Kommunikation**
	• Viele Fragen zu FFP2-Masken (z.B. Kinder & FFP2)
	• Informationen in Pflegeheimen für Pflegekräfte zur Impfung
	• Presse: hohe Arbeitslast an Freitagen, bitte Aufgaben besser über die Woche verteilen
	• FAQ zu FFP2-Masken, Folien hier, insbesondere problematisch:
	  o FFP2-Nutzung durch Laien (aktuell kein Verweis auf BAuA möglich, da deren Nicht-Empfehlung aktuell nicht online ist)
	  o Wiederverwendbarkeit von FFP2
	
	Diskussion:
	• BAuA empfiehlt FFP2 nicht für Laien, allerdings ist diese Empfehlung aktuell nicht mehr online, Politik empfiehlt „medizinische Maske“ (darunter also auch FFP2) im Gegensatz zu MNB
	• Wir sollten FFP2-Nutzung von Laien weder empfehlen noch davon abraten
	• 2 Bereiche sollten differenziert betrachtet werden: Empfehlungen für HCW vs. Allgemeinbevölkerung
	
	• TOP Berichterstattung zu neuen Varianten:
	  o Aufwändige Liste mit Vorkommen von neuen Varianten wird von [redacted] und [redacted] händisch geführt, allerdings nicht repräsentativ, da keine weitere Detaillierung aufgrund der Datenlage möglich
	  o Journalisten wollen immer genaue Aufschlüsselung haben, z.B. nach Bundesländern etc., dann erfolgt immer Verweis auf Kontaktaufnahme zu Bundesländern, RKI ist nicht sprachfähig
	  o kurzfristig wird SurvNet überarbeitet mit Eingabefeld (aktuell nur im Freitext möglich) für Variantennachweis, so dass Auswertung automatisiert werden kann
		BZgA/[redacted]
		
		Presse/[redacted]
		
		[redacted]/alle
		
		FG38/FG36/AL3/ Presse

	ToDo: ▪ *Steckbrief-Veröffentlichung wird von Freitag auf Montag verschoben um Presse an Freitagen zu entlasten* ▪ *FAQs zu FFP2 und MNB werden überarbeitet (Presse, FG14)* ▪ *Fortführung der händischen Liste der neuen Varianten bis SurvNet überarbeitet ist ([redacted])*	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern**	Alle P4 ([redacted])
7	**Dokumente** • keine	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Astra Zeneca EMA-Zulassung ggf. Ende nächster Woche, 50 Mio. für Dtld. vorbestellt für nächsten 2 Quartale • STIKO sieht Wirksamkeit im höheren Alter als Problem, ggf. keine Empfehlung für Personen > 60 LJ., Impfempfehlung noch ausstehend • viele praktische Anfragen zu Impfungen (Impfungen von Genesenen, neue Varianten etc.), • Leitfaden für Pflegekräfte mit Fokus auf Impfung geplant • Aktualisierung der Impfverordnung in Vorbereitung • Hinweise zu Problemen bezgl. Protektion gegenüber brasilianischer Variante, UK Variante eher kein Problem • Akzeptanz in der Bevölkerung von Astra Zeneca bei schlechterem Schutz fraglich, Problem des 2-Klassen-Impfschutzes & Kommunikationsproblem	FG33/[redacted]
9	**Labordiagnostik** • FG17: in virolog. Surveillance ca. 440 Einsendungen, davon xxx SARS-CoV-2 positiv, Sequenzierung läuft noch, zudem nachgewiesen Rhinoviren, Parainfluenza, keine Influenza • 200/675 (30%) SARS-CoV-2 positiv, gestern 3 neue B1.1.7 Varianten aus Neukölln (ob Reiseanamnese vorhanden ist unklar), mögliche Re-Infektion mit tödlichem Verlauf, Positiv-Nachweis bei einem Geimpften *ToDo: Abteilung 3 benötigt perspektivisch Laborliste für Gesundheitsämter für Variantenerfassung (FG17/ZBS1)*	FG17 ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	IBBS

	• Nichts Neues	

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• Maßnahmen bei Geimpften und Rekonvaleszenten
	  o Siehe oben
	• COVID-19/Obdachlosigkeit, Folien hier
	  o <u>Hintergrund:</u> Anfragen bei nCoV-Lage:
	  ▪ Meldedaten (§36 - Obdachlosenunterkünfte bisher nicht ausgewiesen)
	  ▪ Wunsch nach einheitlichen Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 bei Obdachlosen
	  o <u>Herausforderungen:</u>
	  ▪ Zurückhaltige Testung, da keine Quarantäne/Isolierungsmöglichkeiten und schwierige Testergebniskommunikation
	  ▪ Fehlende Hygiene/Testkonzepte /Empfehlungen
	  ▪ Obdachlosigkeit als Risiko für schweren Verlauf
	  o Internationale Empfehlungen (z.B. CDC oder PHE) vorhanden
	  o RKI-Empfehlungen zur Prävention und Management von COVID-19 unter Wohnungslosen gewünscht???
	
	ToDo: Rücksprache mit Leitung bezüglich möglichen Empfehlungen/RKI-Publikationen/Partnerinstitutionen (z.B. Charité) ([redacted])
		FG36
		
		FG34/FG38
		[redacted]

12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Erfahrungen mit der neuen Einreise VO o Zahlreiche Einreisende an den Flughäfen ohne Dokumente, teilweise auch Flughäfen ohne Kontrollen, Ahndung von Verstößen • Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete>> Vertagung *Todo: Def und Veröffentlichung Hochinzidenzgebiete (FG38)*	FG38/[redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Umgang mit 08.03. (Feiertag Berlin) ausstehend *ToDo: Umgang mit 08.03. (Feiertag in Berlin) (FG38)*	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle

16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 25.01.2021, 13:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*25.01.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Ausbruch mit B.1.1.7 Humboldt-Klinikum, ggf hier oder unter Strategie zur Diskussion, Anpassungsbedarf von RKI Empfehlungen/Dokumenten (zB hinsichtlich Inkubationszeit, Quarantänezeit, Isolationszeit, Ausscheidungszeit, Neue Definition von Kontakten)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 FG37
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG i
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung der Schwere UK-Variante	 Alle FG37
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern**	Alle

7	**Dokumente** • Vorschlag zur Anpassung der Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagment (betrifft Quarantänemanagement bei Nachweis der neuen Variante VOC)	[redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Testung vor/nach Einreise aus Virusvarianten-Gebieten (NEU, für Montag) • Abgrenzung bzw. Definitionen von Risiko-/Hochinzidenz-/Virus-Varianten-Gebieten -> Verständlichkeit für Anwender*innen • Empfehlung, alle nicht essenziellen Reisen im In- und Ausland zu unterlassen • „Besorgniserregnede“ Virusvarianten (VOC): Punkte auf dem Prüfstand - Empfehlung, dass Genesene bei erneuter Exposition nicht nochmals in Isolierung müssen - Verlängerung von Quarantäne und Isolierung - Getrennte Isolierung von Kohorten mit unterschiedlichen Varianten in Gesundheitseinrichtungen - Kriterien der Kontaktpersonen-Einteilung KP1/KP2 - Gebietssperrungen/Abriegelungen usw. (bisher keine öffentliche Äußerung) - Weitere Empfehlungen für Schutzmaßnahmen nach zweitimpfung der Bewohner und pfelegekräfte - Testerfordernissen, Schutzmasken, Besuche, Hygiene etc.	ZIG/Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 27.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*25.01.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1/Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- FG 12
  - [redacted]
- AL3/Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1/INIG
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** International (freitags) **National** • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) o SurvNet übermittelt 2.141.665 Fälle, davon 52.087 (+217) Todesfälle (2,4 in%), 7-Tage-Inzidenz 111/100.000 Einwohner o 4-Tage-R=1,06; 7-Tage-R=0,95 (Stand 25.01.2021) o Impfmonitoring (24.01.2021): Geimpfte mit einer Impfung 1.469.353 (1,8%), mit 2 Impfungen 163.424, o DIVI-Intensivregister: 4628 Fälle in Behandlung (-32) o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 351, davon 39% verstorben o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: in allen Bundesländern leicht rückläufigen Trend, auch TH, SN, BB. o Geografische Verteilung in Deutschland: Führend in der 7-Tage- Inzidenz sind SN, TH, ST ▪ Kein LK > 500/100.000 ▪ Einige Landkreise < 50/100.000 (überwiegend im Norden) Beurteilung: o 7-Tage-Inzidenz-Gesamtdeutschland mit 111/100.000 deutlich niedriger als Ende Dezember, R liegt um 1, nach dem Wochenende geringe Zunahme der bestätigten Fälle und der Anzahl der Verstorbenen. o Hinweis zur Erfassung der 217 Verstorbenen: Angegeben werden diejenigen, von denen das RKI in den letzten 24h Kenntnis erhalten hat, das Sterbedatum kann schon weiter zurückliegen o Es ist nicht von einer Untererfassung auszugehen, (über DEMIS sind 5000 Meldungen eingegangen). o DIVI-Intensivregister: kein Anstieg, weiterhin leichter Rückgang **Grafische Darstellung der 7-Tage-Inzidenz** • Bisher wurden die Darstellungen des jeweiligen Tages nicht mehr verändert(„eingefroren"). Fälle waren nach Berichtsdatum eingetragen, was zu einer Unterschätzung von etwa 7-15% führt, da Daten vom Vortag jeweils noch nicht vollständig sind. Jetzt soll rückwirkend für den zurückliegenden Tag korrigiert werden	*FG 32* [redacted]

	• Eine Darstellung der Kurve mit Korrektur würde zu einer besseren Übereinstimmung mit WHO und ECDC führen • Der Vorwurf einer absichtlichen Unterschätzung würde entkräftet • Beispieldarstellung: korrigierte Kurve ist entspannter, zeigt aber bspw. für Sachsen für zurückliegende Daten eine deutliche Unterschätzung der 7-Tage-Inzidenz • Der Bereich, der wegen noch unvollständiger Daten in jeder aktuellen Darstellung unterschätzt ist, soll mit grauem Balken hinterlegt und einem Hinweis versehen werden Diskussion: • Frage: ist die Inzidenz (Basis der gesamten Berichterstattung/ vor allem die 50/100.000-Grenze) in der korrigierten Darstellung dann immer höher? Antwort: Nein, der Fehler betrifft nur den aktuellen und vorangegangenen Tag und wird mit weiter zurückliegenden Tagen kleiner, für den jeweils aktuellen Tag gibt es keinen Unterschied, die Korrektur betrifft nur den vorangegangenen Tag • Könnte für die Länder problematisch sein: Verordnungen richten sich nach den Zahlen, die das RKI täglich ausweist • Es könnte zwar ein Problem sein, dass mit der rückwirkenden Korrektur in D eine 7-Tage-Inzidenz von >200 vorlag, die Einschränkung auf den 15-km Radius also bundesweit gegriffen hätte, im Vordergrund steht jedoch eine konsistente Berichterstattung, die über diese neue Darstellung möglich ist • Für den mit dem grauem Balken hinterlegten, unter-schätzungsgefährdeten Zeitraum (s.o.) können aktuelle Länderdaten herangezogen werden • Die neue Darstellung zeigt, dass Stufenmodelle mit exakten Grenzen wenig sinnvoll sind, auch die Grenze von 50/100.000 wurde nicht auf Basis von RKI Daten bzw. durch das RKI gewählt • Es ist sinnvoll, alle Daten, die zum aktuellen Zeitpunkt vorliegen, in eine Darstellung einzubeziehen. Das ist nur in der neuen Darstellung möglich • Vorschlag: In der Überschrift der neuen Darstellung sollte „Korrektur“ durch „mit Ergänzung der Nachmeldungen“ ersetzt werden. Beschreibung der alten Darstellung: „Dokumentation der Daten, die zum Zeitpunkt der Berichterstattung vorlagen“ • Frage: Könnte das Nowcasting auch sinnvoll auf die 7-Tage-Inzidenz angewendet werden? Antwort: Könnte man versuchen, nicht alternativ zur korrigierten Darstellung, nur als Ergänzung denkbar • Frage: Änderungen sind schwierig zu vermitteln, Inzidenzen werden rückwirkend höher? Antwort: Die jeweils tagesaktuellen Inzidenzen sind nicht falsch, da sie auf zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Daten beruhen.	*Alle* *L. Wieler* *L. Schade* [redacted]

- Vorschlag: Für eine Woche parallele Veröffentlichung der bisherigen und der korrigierten Kurve.
- Ergebnis: Parallele Darstellung beider Kurven über 3 Tage, dann Wechsel zur korrigierten Darstellung

ToDo: Bisherige Darstellung und korrigierte Darstellung sollen am Dienstag 26.01., Mittwoch 27.01 und Donnerstag 28.01. parallel veröffentlicht werden.
ToDo (ohne Deadline) Nowcasting versuchshalber auf die 7-Tage-Inzidenz anwenden,

Position Lagebericht

Ausbruch mit B.1.1.7 im Vivantes Humboldt-Klinikum, Berlin (HUK)
Kurzbericht

[redacted]

- [redacted] und [redacted] sind vor Ort um die Linelist-Erstellung zu unterstützen
- Genaue Anzahl der VOC-Fälle, etwa 20, ist noch nicht geklärt
- Seit Freitag: Klinikum ist für die Aufnahme von Notfällen und von neuen Patienten geschlossen.
- MA stehen unter Pendelquarantäne
- Rückwirkend bis 01.01.2021 werden 100 Verlegungen verfolgt und die Zieleinrichtungen informiert.
- Von etwa 1000 Entlassungen werden 104 vor Ort oder durch mobile Teams nachgetestet
- MA und Patienten werden 2x/Wo PCR-getestet
- Vivantes Klinikum Spandau ist durch [redacted] und OÄ d. Kardiologie involviert
- Dialyse- und Chemotherapie- und Psychiatrie-Patienten werden weiterbehandelt, um Eintrag in andere Einrichtungen zu vermeiden
- Es soll zeitnah festgelegt werden, welche Fragestellungen/Fragen zu B.1.1.7 im Rahmen des Ausbruchs betrachtet werden sollen
- Fälle sollen 2-tägig getestet werden
- Zunächst geht es darum, den Ausbruch in den Griff zu bekommen, Virusübertragung nach außen zu vermeiden und interne Maßnahmen festlegen
- Die parallele Untersuchung von Ausbrüchen mit der klassischen Sars-CoV-2 Variante und B.1.1.7 ist jetzt möglich
- Hinweis: Auch bei dem Ausbruch in Hamburg (Airbus) mit 22 Fällen steht der V.a. B.1.1.7 im Raum
- Frage: Ist im HUK Einzelquarantäne möglich, oder wird Kohortenquarantäne angestrebt?
  Antwort: Bettenbelegung ist derzeit gering, räumliche Kapazitäten sind wahrscheinlich gegeben, Frage soll noch heute geklärt werden
  Grundsätzlich sollen Fälle in drei Gruppen getrennt werden: (a) klass. Variante, (b) B.1.1.7, 3. (c) Unklar
- Frage: Wurde sequenziert oder wurden die Fälle nur über PCR ermittelt?

	• Antwort: Bisher über PCR, Sequenzierung von bisher 8 Isolaten soll über RKI, IMS und ZBS1 demnächst erfolgen. • Vorschlag: Von allen diagnostizierten Fällen sollten Sequenzierungen durchgeführt werden	
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **Nicht besprochen (vertagt wegen Zeitmangel)**	*FG 21* [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung der Schwere der UK Variante (B.1.1.7) **Auf Mittwoch vertagt**	Alle *FG 37*
5	**Kommunikation** **BZGA:** • Es sind zahlreiche Aktionen geplant, die genützt werden können, um Informationen zu kommunizieren. • Fragen aus der Bevölkerung zu den Optionen einer Präferierung im Rahmen der Impfpriorisierung • Antwort: Hier sind die Möglichkeiten derzeit noch durch den Impfstoffmangel begrenzt und werden sich mit der Verfügbarkeit erweitern. **Presse:** • Frage: Es gibt eine Ministeräußerung, nach der Antigen-Tests für die private Verwendung (Heimtestung) zugänglich gemacht werden sollen. Soll zu mehr Freiheit und Mobilität führen. • Soll von der Pressestelle des BMG dementiert worden sein • Es sollte allgemeinverständlich in FAQ oder in einem EpiBull-Artikel dargestellt werden, dass Antigen-Tests vorwiegend zur Feststellung der Infektiosität geeignet sind. • Es besteht Kontakt zur Fachebene des BMG ([redacted]), dort sind die Chancen und Limitationen bekannt. Zunächst: Öffnung für den betrieblichen Kontext, fachlich angeleitet und betriebsärztlich begleitet. • Zu Speicheltests liegen keine Informationen vor, die Zusage einer breiten Anwendung würde hier ein Incentive für die Weiterentwicklung sein • Denkbar ist eine Abgabe von Antigen-Tests über Apotheken, mit der Aufgabe der Aufklärungspflicht • Anmerkung: zum Wording: es sollte heißen „unauffälliger Antigen-Test“	[redacted]

6	**Neues aus dem BMG** **Nicht besprochen**	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein:** Anpassungsbedarf von RKI Empfehlungen/Dokumenten (z.B. hinsichtlich Inkubationszeit, Quarantänezeit, Isolationszeit, Ausscheidungszeit, Neue Definition von Kontakten) **Entlasskriterien aus der Isolation:** • Bislang kein Änderungsgrund bei den Entlasskriterien, da bei hospitalisierten Fällen (schwerer Verlauf) ohnehin PCR vor Entlassung empfohlen ist. Die Datenlage zur Therapie bei VOC ist noch dünn. • Frage: Kriterium für die Verlaufsdefinition ist der Sauerstoffbedarf, denkbar ist Hospitalisierung wegen anderer Erkrankung und leichter Covid-19-Verlauf, würde dann keine PCR vor Entlassung durchgeführt? • Antwort: Bei Rückverlegung in Einrichtung oder mit Kontakt zu vulnerablen Gruppen ist PCR empfohlen • Grundsatzkriterium bei Entlassungen aus der Isolation (leichte Verläufe) frühestens nach 10 Tagen und mindestens 48 Stunden Symptomfreiheit. Dies sollte auch bei neuen Varianten ausreichen. • Hinweis: Ausscheidungskinetiken der neuen Varianten sind noch unbekannt • Bei Immunsupression und Virusausscheidung von >21 Tagen soll eine Sequenzierung empfohlen werden (Immune-Escape) • Übertragung der bisherigen Regelungen auf VOC zugunsten der Einheitlichkeit hier vielleicht nicht ausreichend, es sollte nicht auf PCR bei Entisolierung verzichtet werden • Kontainment gewinnt an Bedeutung, da Impfwirkung bei bras. Variante ungeklärt und schwerere Verläufe bei B.1.1.7 nicht ausgeschlossen sind Vorschlag: Hier eignen sich Antigen-Tests gut, denn grundsätzlich ist die Domäne des Antigentests die Infektiosität (gegen Ende der Infektion) PCR ist relevant als Infektionsnachweis zu Beginn. Bei positivem Antigen-Testergebnis sollte die Quarantäne verlängert werden • Ist dieser Aufwand leistbar? Klinische Besserung als Entlasskriterium zeigt die Überwindung der der Ausscheidung ausreichend an • Für Kliniken könnte ein Antigentest das Procedere bei Verlegung beschleunigen	Alle [redacted]

- Es liegen keine Daten zur Ausscheidung, Infektiosität und Impfpräventabilität vor, daher sollte bei bekannter Infektion mit VOC ein Antigentest vor Entlassung empfohlen werden
- Frage: Zuerst über Kliniken mit guter Diagnostik, zu denen wir leichten Zugang haben, mehr Überblick verschaffen, dann an die Öffentlichkeit gehen?
  Antwort: Zu viel Zeitverzug
- Frage: Sollte bei Antigentest vor Entisolierung nach VOC-Infektion eine Vergleichsgruppe mit klassischer Variante ebenso getestet werden?
- Antwort: Daten sollen bei Ausbruch im HUK und bei weiteren Parallelausbrüchen gewonnen werden
- Einigung: Antigentest vor Entisolierung, es bleibt noch unentschieden, ob in jedem Setting

ToDo: Textentwurf mit dem Inhalt:
Wir sind der Meinung, dass ein Antigen-Test vor der Entlassung aus der Isolation durchgeführt werden sollte. Caveat: Es ist noch unklar, ob dies nur im klinische Setting (hospitalisierte Fälle) oder auch im häuslichen Setting gilt. Bei Immunsupression sollte grundsätzlich Sequenziert werden.

[redacted]

Getrennte Isolierung von Kohorten

- Datenlage: Fallbericht aus Limburg, beide Erreger (klass. Variante und VOC) wurden nachgewiesen
  Fallbericht HUK: Nach Reinfektion sehr rasch verstorbener Patient
- Empfehlung: getrennte Isolierung

Diskussion:

- Dies wird auch bei anderen Erregern mit unterschiedlich virulenten Varianten so gehandhabt
- Einigung: getrennte Isolierung von Kohorten wird empfohlen.

Kontaktpersoneneinstufung

- Frage: Sollen Kontaktpersonen von KP I ebenfalls unter Quarantäne gestellt werden?
- Grundlage: Haushaltsmitglieder von Fällen sind KP I und werden unter Quarantäne gestellt
- Kontaktpersonen von KP I wurden bisher nicht unter Quarantäne gestellt. Ausnahme: GÄ haben Familien unter Quarantäne gestellt, wenn ein Kind KP I war, um Eintrag in andere Einrichtungen über Geschwisterkinder zu verhindern
- Vorschlag: Option, die ganze Familie zu quarantänisieren, könnte in die Empfehlungen aufgenommen werden
- Einwand: Dann würden jede KP I als Fall behandelt, KP sind jedoch keine Ansteckungsverdächtigen
- Ergebnis: KP von KP I sollen nicht grundsätzlich in Quarantäne, es soll deutlicher kommuniziert werden, dass KP I ihre Kontakte von ihrem Status informieren und darauf

hinweisen sollen, dass sie im Fall einer auftretenden Symptomatik erneut Kontakt aufnehmen werden
- Cave: Es soll bei Kontaktpersonen von KP I nicht von „Kontaktpersonen 2. Grades“ gesprochen werden, um eine Verwechslung mit KP II zu vermeiden!

ToDo: Klären, ob der Hinweis auf ein Kontakttagebuch hier auch aufgenommen werden soll, oder bereits in den Dokumenten empfohlen ist.

Gebietssperrungen

- Frage einer Riegelungsimpfung stellt sich bei derzeitigem Impfstoffmangel nicht
- Abriegelung geografischer Einheiten wird nicht empfohlen, Abriegelung von Stadtteilen ist kaum möglich bzw. kontrollierbar und führt zu falschen Sicherheitsannahmen in nicht betroffenen Gebieten.
- Die Abriegelung von Einrichten kann Im Rahmen von Ausbruchsgeschehen sinnvoll sein. (Beispiel HUK).
  Bespiel Tönnies: Wohneinrichtungen unter Quarantäne ohne interne Kohortierung sind keine gute Lösung
  Beispiel HUK: auch hier ist die Abriegelung eingeschränkt: bei Pendelquarantäne werden die Haushaltsmitglieder der Pendler nicht quarantänisiert. Erreger hat die Einrichtung wahrscheinlich schon verlassen.
- Gebietssperrungen wie bei Tierseuchen (MKS) sind schwer vorstellbar
- Fazit: Abriegelung ist zum jetzigen Zeitpunkt keine sinnvolle Maßnahme, um die Ausbreitung zu verhindern. (zu spät).

Empfehlungen für Pflegeheime nach abgeschlossener Impfung

- Wann kann hier eine fertige Empfehlung geliefert werden?

- Derzeitiger Stand: es sind keine Änderungen der geltenden Empfehlungen geplant, da weniger als 100% der Bewohner und MA geimpft sind. Zudem liegen nicht ausreichend Daten zum verhalten der VOC nach Impfung vor

ToDo: Diesbezügliche Stellungnahme mit bis 25.01.2021 Dienstschluss formulieren

[redacted]

8 Dokumente

	Wie soll bei Genesenen vorgegangen werden (im Kontext mit Geimpften): • Textvorschlag „Anpassung der Version vom 15.1. bez. des Managements von Kontaktpersonen der Kategorie 1 mit vorbestehender bestätigter SARS-CoV-2 Infektion oder Impfung“ steht zur Diskussion (Entwurf hier) Vorschlag 1: Falls Kontakt innerhalb von 3 Monaten nach Infektionsnachweis vorliegt: keine Quarantäne, Ausnahme: Kontakt mit vulnerablen Gruppen (dies entspricht dem ECDC-Vorschlag). Vorschlag 2: aufgrund der zirkulierenden Mutanten wird auch für Genesene Quarantäne empfohlen Diskussion: • Variantenabhängige Differenzierung von Maßnahmen (Vorschlag 1) ist bedenklich: Schwierigkeit des Nachweises einer vorangegangenen Infektion und der Anerkennung von Nachweisen, Eigenschaften der Varianten sind nicht vollständig bekannt • Vorschlag 2 ist einfach, bedeutet jedoch einen Kurswechsel, lässt sich durch Hinweis auf neue Varianten begründen, obwohl bisher wenig Informationen zu VOC vorliegen • Vorschlag 2, Quarantäne auch für Genesene, wird angenommen, mit dem Hinweis auf die Zirkulation neuer Varianten (auch die Brasilien-Variante soll erwähnt werden). **Quarantäne für KP I bei Kontakt mit VOC:** • Es soll auf den „Infobrief 53 (22.01.2021) für Gesundheitsämter zur Beauftragung einer Genom-sequenzierung von SARS-CoV-2-positiven Proben bei Verdacht auf das Vorliegen einer Variant of Concern (VOC)“ hingewiesen und verlinkt werden • Textvorschlag für die Hinweise zur Anordnung der Quarantäne: Die Quarantäne soll nicht auf <14 Tage verkürzt werden (soll dies auch bei Verdacht auf oder nur bei Nachweis von VOC - Infektion gelten?) Da es Hinweise auf eine längere Inkubationszeit gibt, wird für eine weitere Woche nach Quarantäne eine Selbstbeobachtung empfohlen. Unklar: Soll vor Entlassung aus der Quarantäne ein negatives Testergebnis vorliegen? Diskussion: • Empfehlungen sollten möglichst einheitlich bleiben, PCR bei Abschluss der Quarantäne wäre eine Sonderregelung • IN UK erfolgten, außer Schulschließungen, keine weiteren Anpassungen der Maßnahmen in Reaktion auf B.1.1.7. • Fraglicher Zusatznutzen des abschließenden PCR, Verantwortung wird damit delegiert • PCR würde einen Rückblick auf 16 Tage erlauben, möglicher weise liegen Ansteckungen mit VOC weiter präsymptomatisch zurück	[redacted] *Alle*

	• Hinweis: Zurückhaltung bei immer kleinteiligeren Empfehlungen ist erforderlich– GÄ sind überfordert, es dauert etwa 4 Wochen, bis sich Änderungen in der Breite durchsetzen • Einigung zugunsten der Einheitlichkeit: • Bei Verdacht auf oder Nachweis von VOC keine Verkürzung der Quarantäne auf <14 Tage, Selbstmonitoring für eine weitere Woche nach Quarantäne wird empfohlen, kein PCR - Test vor Entlassung • Frage: sollte VOC bei Verdacht nicht innerhalb von 14 Tagen nachgewiesen werden? • Antwort: Das ist nicht realistisch (z.B. werden Proben nicht immer eingesendet, spezielle PCRs fehlen etc.)	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33 [redacted]
10	**Labordiagnostik** **FG 17** • AGI Sentinel: 303 Einsendungen, 10,9 % positiv für SARS-CoV-2, 7 % positiv für Rhinoviren, 3x saisonaler Coronavirus, 3x Parainfluenzavirus 3, kein Influenzanachweis. • Die Influenzasaison wird mild ausfallen • B.1.351 konnte erfolgreich angezüchtet werden, auch bei B.1.1.7 erfolgversprechender Versuch, ZBS1 ist einbezogen • Proben aus HUK sind über IMS eingetroffen • Lieferweg der eingesendeten Proben sollte vereinheitlicht werden, *ToDo: Direkte Abstimmung mit allen Beteiligten* **ZBS1** • letzte Woche gab es 819 Einsendungen, davon waren 262 also 32% positiv • ZBS 1 unterstützt bei HUK-Ausbruch	ZBS1 FG17 [redacted] [redacted]
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Sobald neue Informationen vorliegen, werden sie auf der Homepage eingestellt.	*IBBS*
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kurzbericht zur Anfrage der WHO IPC Büro Europa mit der Bitte um ein Gespräch mit Deutschland und Österreich bezgl.	[redacted]

	der Empfehlung, im öffentlichen Raum medizinische Masken zu tragen • An der Videokonferenz nahmen [redacted] (BMG), [redacted] (RKI) und ein österreichischer Kollege der AGES teil • Es wurden folgende Fragen gestellt: Wurde überlegt, welche Konsequenzen das hat (z. B. auf die Verfügbarkeit)? Antwort: Laut BMG wurden wohl keine Daten zur Verfügbarkeit eingeholt Wird differenziert zwischen verschieden Typen medizinischer Masken (I, II, IIa)? Antwort: In den Verordnungen wird nicht differenziert. Wurde die Auswirkungen auf Vorräte und Ressourcen überprüft? Dies konnte nicht beantwortet werden Wurden Auswirkungen und Nebenwirkungen für die Anwender erklärt? Antwort: RKI hat mögliche Wirkung und Nebenwirkungen ausführlich dargestellt, ohne Angst zu wecken und ohne diese Empfehlung zu positiv darzustellen. • Anmerkung: Die BAuA hat die Bemerkung zur Verwendung von med. Masken für Privatpersonen aus ihrer Tabelle genommen (sie ist nicht für Privatpersonen zuständig). • Testung vor/nach Einreise aus Virusvarianten-Gebieten (NEU, für Montag) **auf Mittwoch vertagt** • Abgrenzung bzw. Definitionen von Risiko-/Hochinzidenz-/Virus-Varianten-Gebieten -> Verständlichkeit für Anwender*innen **auf Mittwoch vertagt** • Empfehlung, alle nicht essenziellen Reisen im In- und Ausland zu unterlassen **auf Mittwoch vertagt**	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie, • nur 1 Folie besprochen (Folien hier) **weitere Folien auf Mittwoch vertagt** o Rückgang der Inzidenz in fast allen Altersgruppen, lediglich in der AG 0-5 Jahre kein klarer Rückgang o Im Gegensatz zu den Schulen: 41 Ausbrüche in KiTas Anstieg 2. KW: 8 Ausbrüche mit >10 Fällen o KiTas sind allerdings nicht geschlossen, sondern bieten Notbetreuung in unterschiedl. Umfang. o Sorgfältige Beobachtung ist angebracht (mit Blick auf die Lage in UK), da Schulen weniger betroffen sind.	FG32 FG36 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**	FG38

	•	
16	**Wichtige Termine** •	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung Mittwoch, 27.01.2021, 11:00 Uhr, via webex	

Ende der Sitzung 15:19 Uhr

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*27.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37/AL3 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung Schwere UK VOC	 alle
5	**Kommunikation** • Begrifflichkeiten med. Masken (Sprachregelung)	BZgA Presse FG14
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** • Heimtestung – Änderung Testindikation? **b) RKI-intern** • Visualisierung von Indikatoren / Veränderung Lagebericht • Zielformulierung RKI/NoCOVID	Alle P4 [redacted] AL3/[redacted] [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • Kontaktpersonenmanagement	Alle FG36

8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(verschoben von Montag)** • Serologische Daten Ergebnisübersicht	FG32 FG36 FG25
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • BPK Hr. Wieler Freitag 29.01. • Expertenrat Influenza 28.01.2021; 15-17:30 h • BMG VK: IMS-Sc2: Anbindung DECOI B-FAST 29.01.2021; 10:30-12:00 ([redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 29.01.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*27.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG25
  - [redacted]
- FG 31
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS2
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.161.275 (+13.198), davon 53.972 (+982) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 101/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,76; 7-Tage-R=0,87 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.638.425 (2,0%), mit 2 Impfungen 283.264 o DIVI-Intensivregister: 4.571 Fälle in Behandlung (-48) o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +580, davon 29% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückläufiger Trend setzt sich fort, Abnahme der Inzidenz von 160 auf 101 im letzten Monat ▪ deutlicher Rückgang in Thüringen und Sachsen ▪ Abbildung mit Berücksichtigung von Nachmeldungen war gestern zum ersten Mal im Lagebericht, bisher keine nennenswerten Fragen dazu. o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ keine Datenübermittlung in 1 LK in Brandenburg wegen technischer Probleme ▪ Containment Scouts in Brandenburg um Übermittlungsstau zu beheben ▪ Schwerpunkt im Osten des Landes o Anzahl SARS-CoV-2-Erregermeldungen über DEMIS und Anzahl übermittelte COVID-19-Fälle ▪ Seit 1.Dez. mittlerweile fast 300 Labore an elektronische Meldung angebunden. ▪ Anzahl der DEMIS-Meldungen korreliert mit übermittelten Fällen ▪ Einbruch der Meldungen an Wochenenden auch in DEMIS zu sehen o Verlauf der 7-Tage-Inzidenz im Vergleich zur Testzahl ▪ Dissoziation des Gleichlaufs der Kurven im Sommer durch Testung von asymptomatischen Reise-rückkehrern (ziellosere Testung) ▪ Zum Herbst hin Änderung der Teststrategie, jetzt im Dezember und Januar sehr zeitnahe Assoziation mit Fallzahl. ▪ Vor Weihnachten wurden mehr Tests durchgeführt. (Verringerung der Dunkelziffer?) ▪ Um Weihnachten herum wurde deutlich weniger getestet, stimmt mit geringen Fallzahlen überein. o Inzidenz und Testzahl sollten gemeinsam betrachtet werden. Informationen über durchgeführte Tests zu haben ist wichtig.	FG32 [redacted]

	o Interessant ist, dass es in Schleswig-Holstein fast keine Änderung der Inzidenz von 27.12. – aktuell gab. Die Inzidenz ist niedrig, geht aber nicht zurück. ▪ Gründe für niedrige Inzidenz: GA sind gut ausgestattet, der Erfahrungsaustausch untereinander ist sehr intensiv; geringe Bevölkerungsdichte; geografische Lage am Meer, wenig Eintrag von außen. ▪ Die Maßnahmen reichen scheinbar noch nicht aus, um einen deutlichen Rückgang der Inzidenz zu erreichen. o Diskrepanz von 4 Fällen zwischen Dashboard und unserer Fallzahlen in letzten 2 Tagen: müsste morgen wieder in Ordnung sein, Ursache des Fehlers wurde jedoch noch nicht identifiziert, Disclaimer auf Dashboard.	
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Letzte Woche knapp über 1 Mio. Tests ▪ Deutlicher Rückgang der Testungen (60% weniger im Vgl. zu vor Weihnachten), obwohl Kapazitäten vorhanden sind. ▪ Frage, ob so viele weniger Personen Erkältungs-symptome haben oder diese nicht getestet bzw. an Testzentren verwiesen werden. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten sind vorhanden. Es sollte in den Arztpraxen wieder niedrigschwelliger getestet werden. o Probenrückstau ▪ Unproblematisch, allerdings starker Mangel an Plastik (v.a. Pipettenspitzen), kann bei Zunahme von Sequenzierung problematisch werden. o Testaufkommen nach Laborgröße ▪ Kleine und mittelgroße Labore hatten über die Zeit einen erheblichen Anteil am Testgeschehen. ▪ Große Labor sind erst in KW 30-31 in nennenswerten Umfang eingestiegen. o AG-POCT in Einrichtungen ▪ Akquise läuft weiter schleppend, Einrichtungen zögern häufig aus Zeitgründen an der Abfrage teilzunehmen. ▪ Kumulativ bisher knapp 41.000 Tests erfasst. ▪ Erfreulicherweise wurden für die meisten (ca. 92%) der positiven AG-POCT PCR-Abstriche zur Bestätigung an ein Labor eingesendet. **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile bundesweit ▪ Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte Woche weniger Tests als die beiden Wochen davor. ▪ Positivenrate ging leicht runter. o Anteil positiv Getesteter nach Bundesland	Abt.3 [redacted] FG37 [redacted]

	▪ In fast allen BL Stabilisierung oder Absinken o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl Testungen nimmt in allen Altersgruppen leicht ab, warum? ▪ Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab. o Abnahmeort ▪ Anteil an allen Testungen hat in Krankenhäusern geringfügig zugenommen und ist in Arztpraxen relativ stabil. ▪ Testungen in KH sind auf gleichem Niveau wie vor Weihnachten angekommen. Nicht jedoch bei Arztpraxen, hier ist der stärkste Rückgang zu verzeichnen. ▪ Positivenrate nimmt in allen Abnahmeorten ab. o Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ überall Beruhigung der Situation • Soll Empfehlung zur Durchführung von PCR-Tests wieder etwas sensitiver gefasst werden, so dass mehr PCR-Tests durchgeführt werden? o Diese Woche wird ein Gespräch mit der KBV bzgl. der Rolle der Arztpraxen beim Testen stattfinden. Es wäre deshalb sinnvoll, die Diskussion zu verschieben, bis sich die KBV dazu geäußert hat. o Sollte nicht jedwede respiratorische Erkrankung getestet werden, in Hinblick darauf, dass in 3-4 Wochen der Arzt-vorbehalt fallen und Heimtestung möglich werden wird. Sobald die Heimtestung verfügbar ist, wird vermutlich noch weniger Testung in Praxen stattfinden. o Nicht nur die Tests gehen leicht zurück, sondern auch die Positivenrate. Dies lässt vermuten, dass die Fälle abnehmen. o Sinnvoll wäre mit möglichst geringer Hemmschwelle zu testen (auch leichtsymptomatische ARE Patienten), nicht jedoch das Testen von Asymptomatischen zu fördern. o Die Testkriterien gelten für Knappheit, zurzeit gibt es unterschiedliche Aussagen zur Knappheit (genügend Testkapazitäten, jedoch Mangel an Materialien wegen Sequenzierungen). o Es gibt keine flächendeckenden Informationen über Antigentests, eine kurzfristige Änderung der Teststrategie wird die Interpretation nicht erleichtern. o Entscheidung wird bis nächsten Montag vertagt. Noch werden die Testkriterien nicht überarbeitet, sondern das Gespräch mit KBV am Donnerstag (Teilnahme [redacted]) abgewartet. *ToDo: Am Montag wird Flussschema zu Testkriterien nochmal im Krisenstab besprochen.*	Alle Alle
	• Heimtestung – Änderung Testindikation? o BMG Entscheidung ist gefallen, Heimtests werden eingeführt. Es wird nur noch auf Lizensierung gewartet. o Hinsichtlich der Begleitung der Einführung mit einer Informationskampagne ist BMG aufgeschlossen.	

	o Mit einem Antigennachweis kann keine Diagnose gestellt werden. Ein positiver Antigentest ist Anlass für PCR-Test, definiert nur einen Verdacht und einen möglichen Hinweis auf Infektiosität. o Wie will man das kontrollieren?	
	• Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser o Aktuell 900 aktive Ausbrüche in Altenheimen, über 300 Ausbrüche in Krankenhäusern, noch keine Tendenz, dass die Ausbrüche weniger werden. o Dokument zu Altenheimen ist mit 33 Seiten zu komplex. Es ist eine einfachere Version geplant, soll an [redacted] geschickt werden. o Ausbruch in Humboldt-KH: ▪ Unterschiedliche Varianten zirkulieren, komplexes Geschehen. ▪ Englische Variante steht in Zusammenhang mit einem Geschehen in einer Siedlung in Reinickendorf, führt vermutlich auf Ereignis an Weihnachten zurück, hoffen auf Kontakt zum Ausland zu stoßen. Erst Mitte Jan. wurde darauf getestet. ▪ Es gibt Familien, in denen die Kontakte noch nicht positiv sind, hier sollen regelmäßige Abstriche nach Protokoll von [redacted] entnommen werden, um Informationen zum Shedding vor Symptombeginn zu sammeln. ▪ Waren die Hygienemaßnahmen adäquat und reichen bei dieser Variante nicht aus? ▪ Keine Aussage möglich, in der Regel wird zu spät reagiert. Wenn Hygienemaßnahmen umgesetzt werden, können größere Ausbrüche verhindert werden. ▪ Gibt es die Möglichkeit auch nach Tag 10 Proben zu nehmen, um Sheddingdauer zu evaluieren? ▪ Es werden alle 2 Tage Proben entnommen bis zum endgültig negativen PCR-Test. Auch Ct-Werte mit in Auftrag geben.	FG37 [redacted]
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Zahlen sinken in den meisten BL, fast 1.000 Fälle weniger als zur Peak-Zeit. ▪ In drei BL weiterhin steigende Fallzahlen: SH, NI, SL. o Fallzahlen auf ICU ▪ Weiterhin hohe Zahlen an täglichen Neuaufnahmen (ca. 500/Tag) und Verlegungen. ▪ Zahl der verstorbenen Patienten weiterhin hoch. o Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Stabilisierung, aber noch keine Entlastung ▪ Personalmangel verbessert sich in einigen Häusern, ist aber immer noch sehr hoch. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Trend zeigt nach unten.	MF4 [redacted]

	▪ In SH, Ni, SL ist Prognose auf ähnlichem Niveau wie bisher. • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Leichter Anstieg bei Kindern und Erwachsenen, aber auf sehr geringem Niveau. o ARE-Konsultationen ▪ Von 2. zu 3. KW wieder gesunken, deutlich weniger Arztbesuche als in Vorjahren. ▪ In NRW Anstieg nach Neujahr wie jedes Jahr. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle bei 0-4 Jährigen auf außergewöhnlich niedrigem Niveau. ▪ SARI-Fälle bei 15-34 Jährigen im Rahmen der Vorsaisonen, bei 35-59 Jährigen sehr hoch im Herbst. Auch bei älteren Altersgruppen im Herbst höher als in Vorjahren. o SARI-Fälle mit COVID-Diagnose ▪ Entspannung ist deutlicher bei allen Fällen, inklusive der noch liegenden, zu sehen im Vergleich zu den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen. ▪ Bei allen Fällen im Moment deutlich rückläufig.	FG36 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung Schwere UK VOC o Allgemeine Ergänzungen, zeitlosere Gestaltung o Bei Varianten: brasilianische eingefügt o Umformulierungen: z.B. Mund-Nasen-Bedeckung durch Masken ersetzt, Länder durch Staaten ersetzen o Bei Frage zu Reiseempfehlungen wird aufs Auswärtige Amt verwiesen. Hier ist eine stärkere Positionierung wünschenswert. Abraten von allen nicht notwendigen Reisetätigkeiten soll ergänzt werden. *ToDo: Wird noch einmal zirkuliert und dann umgesetzt.*	FG36 [redacted]
5	**Kommunikation** **BZgA** • Aufgrund der Pandemiemüdigkeit werden vermehrt wieder junge Erwachsene in Blick genommen. • Fragen aus Bevölkerung: zum Themenbereich Impfen und von Mitarbeitenden aus Intensivbereich, die nach Hilfsangeboten suchen. **Presse**	BZgA [redacted] Presse

	• Hr. Wieler wird in den nächsten Wochen jeweils freitags an den Bundespressekonferenzen mit Hr. Spahn teilnehmen. • Begrifflichkeiten med. Masken (Sprachregelung) (hier) o Begriff „Medizinische Maske“ wurde aus Videoschalt-konferenz der Bundeskanzlerin übernommen. o Auf Wunsch des BMG-Kommunikationsreferats soll dieser Begriff nicht mehr verwendet werden. o Auch [redacted] wurde vom BMG zur Sprachregelung bzgl. der Masken angesprochen. Es sind FFP-2 Masken im Umlauf, auf denen steht, dass sie keine med. Masken sind. o Gemeinsame Sprachregelung: Wie dezidiert soll eine Aussage gegen Alltagsmasken getroffen werden? Alltagsmaske wurde bei BZgA durch Maske ersetzt, einheitliches Wording wäre sinnvoll. o Aus dem Kommunikationssteuerungskreis des BMG liegt eine schriftliche Vorgabe vor. o Es wird nur der Begriff „Maske“ verwendet, bei spezifischer Benennung wird medizinischer Mund-Nasen-Schutz und FFP2-Masken genannt.	[redacted] FG14 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Visualisierung von Indikatoren / Veränderung Lagebericht o Der Wunsch den Pandemieverlauf besser zu visualisieren wurde Ende letzten Jahres aus dem Krisenstab in Melde-datengruppe getragen. o Verschiedene Variablen wurden unter verschiedenen Indikatoren zusammengefasst und visualisiert, in jedem Variablen-Fenster ist der Verlauf, der aktueller Wert und der Trend zu sehen, ausführlichere Information sind hinterlegt. o Tägliche oder wöchentliche Aktualisierung? Es gibt Werte, die täglich und Werte, die nur wöchentlich dargestellt werden können. o Automatisierbar? Im Moment noch händische Nachbesserungen, könnte aber automatisiert werden. o Visualisierung ist sehr übersichtlich. Die Systematik und die Zuordnung der Variablen zu Indikatoren sollte nochmal überarbeitet werden. o Mit dieser Darstellung könnte Lagebericht entlastet werden, sollte für Öffentlichkeit verfügbar sein. o Wo sollte das zur Verfügung gestellt werden? ▪ Auf extra Website, dadurch könnte viel Text im Lagebericht gespart werden. ▪ Kapazitätsfrage bei vielen Zugriffen ▪ Integration in bestehendes Esri-Dashboard vermutlich nicht möglich. *ToDo: Inhaltliche Überarbeitung, Klärung Webseite, FF Abt.3, Abstimmung mit MF4, zeitnah Anfang März. Aufgaben ID 2716*	ZBS1 [redacted]

	• Zielformulierung RKI/NoCOVID (hier) o Ziel soll in Zusammenhang mit Stufenplan formuliert werden. Wie soll sich RKI in Hinblick auf NoCovid positionieren? o NoCovid ist wissenschaftlich betrachtet nicht umsetzbar. o Vorschlag: Übergeordnetes Ziel ist, die Anzahl von Fällen so weit zu reduzieren, dass lokale Kontrolle durch die GA wieder möglich wird. o Ziel sollte Schutz der Bevölkerung, die Minimierung der Schwere der Krankheit sein. Durch Minimierung der Zahl der Fälle, so dass Kontrolle wieder möglich wird. o Es soll ein Schlagwort à la Control Covid gefunden werden. o Ziel soll Stufenplan vorangestellt werden. o Wie kann ein Hochschnellen der Zahlen durch schnelle Öffnungen vermieden werden? o An welchen Indikatoren kann Überlastung von GA festgemacht werden? Ganz wesentlicher Punkt ist Kontakt-personennachverfolgung. Datenlage ist im Moment nicht sehr gut. o Die Kontrolle durch GA als zentrales Kriterium ist schwierig und von Ressourcen vor Ort abhängig. Es geht ums Transmissionsgeschehen, dies muss nicht von der Kontrollfähigkeit der GA abhängig gemacht werden. o Schutzschirm durch Impfungen sollte mit ein bezogen werden. o Es fehlt noch ein gesellschaftliches Ziel. [redacted] schlägt vor eine Kollegin aus Abt. 2 in die Gruppe aufzunehmen. o Feste Zielwerte bei den einzelnen Stufen sind unkomfortabel, da Richtwerte auf Erfahrungen aus der Vergangenheit basieren und Zielwerte immer wieder revidiert werden müssen. o Schwellenwerte sind für die Politik für Anpassung von Maßnahmen sinnvoll. o Ein Schlagwort für so niedrige Fallzahlen, dass sie wieder kontrollierbar sind, sollte gefunden werden. Unter 10 (Lancet) scheint reeller.	ZIG [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • Kontaktpersonenmanagement o Sprachliche Änderungen, klarer verständlich o Ergänzung: Kontaktpersonen der Kat. 1 sollen enge Kontakte außerhalb des Haushalts informieren, auch auf Krankheitssymptome zu achten. o Vorschlag 1 gewählt: innerhalb von 3 Monaten nach Erstinfektion soll keine Quarantäne angeordnet werden. Einigung mit Ministerium. o Basiert auf aktueller Datenlage zu Reinfektionen und zur Infektiosität. Statt Infektiosität Kontagiosität verwenden. o Vulnerable Gruppe durch Risikogruppe ersetzen.	FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance o Von 159 Proben wurden 17 pos. auf SARS-CoV-2 getestet. o Bei Bestimmung der Mutationen wurden 2 positive Proben von Mitte Januar gefunden. Eine aus Jena, die bereits sequenziert wurde, mit der UK-Variante und eine weitere noch nicht sequenzierte. -> Bitte Jena erinnern, diese bei der Landesbehörde zu melden. o > 30 Proben aus molekularer Surveillance erhalten	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** • Seroepidemiologische Studien zur Verbreitung von SARS-CoV-2 (Folien hier) o Hintergrund: im BMG wird Erlass vorbereitet. Kann RKI eine übergreifende Auswertung der Studien zu SARS-CoV-2 durchführen? o Serologische Studien werden schon systematisch gesucht. Ergebnisse sind fragmentarisch, nicht gut abrufbar. Bisher keine Metaanalyse, wurde auch außerhalb des RKI nicht durchgeführt. o In 2021 wird es mehr Daten geben: COVIM (HZI, Beteiligung RKI), noch ist nicht klar, wann Ergebnisse verfügbar sind. o International Vernetzung durch Serotracker.com o Serologische Studien wurden zunächst in kleineren, später größeren Orten durchgeführt. Bundesweite Abdeckung durch SeBluCo und RKI-SOEP sowie größere bevölkerungsbasierte Kohorten. o Bisher gibt es Vorarbeiten an Studienerfassung und Vernetzung. Beim BMG könnten Mittel beantragt werden. Die Frage ist, was soll beantragt werden. Welcher Bestandteil hat Priorität? o Idee ist mit Serotracker Allianz zu bilden: Aggregierte Ergebnisse in Serotracker einzuspeisen, damit Ergebnisse für Deutschland im internationalen Vergleich verfügbar, gemeinsame methodische Weiterentwicklung, Dashboard-Version auf Deutsch. o Analysen müssten mit aktuellem, knappem Personal realisiert werden. o RKI ist bei COVIM beteiligt, sollte keine Konkurrenz/ Doppelung zur Meta-Analyse werden. Diese Woche findet ein COVIM-Treffen statt. In COVIM wurden bereits Vorarbeiten geleistet, Studienprotokolle werden vorbereitet. o Zentral ist die Berechnung der IFR (infection fatality rate). Falls die IFR nicht vom HZI in der Metaanalyse zeitnah	FG25 [redacted]

	angegangen wird, muss sich das RKI auch ohne zusätzliche Mittel damit befassen. Hohe Priorität. o Zum Darstellungs- und Berichtsmodus wird [redacted] angesprochen.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • BPK Hr. Wieler Freitag 29.01. • Expertenrat Influenza 28.01.2021; 15-17:30 h • BMG VK: IMS-Sc2: Anbindung DECOI B-FAST 29.01.2021; 10:30-12:00 ([redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 29.01.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*01.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, MF4, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Ausbrüche Berlin/Flensburg	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Update zu den WHO-Aktivitäten bzgl. Assessment COVID-Management	ZIG, [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kommentierte Version, Enschätzung zur Schwere bei neuen Varianten	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** •	Alle P4 ([redacted])
7	**Dokumente** •	Alle FG36

Kommentiert [GU1]: Siehe E-Mail, Mittwoch 12:58 Uhr

8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Absonderung nach Einreise aus Virusvariantengebieten/ Quarantäne von KP	Alle
12	**Surveillance** •	FG32 FG36 FG25
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • KoNa	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*29.01.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG16
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle o Laut WHO >100 Mio Fälle und ca. 2,2 Mio Todesfälle o Länder auf Liste haben sich nicht verändert o Rückläufiger Trend in USA, UK und Brasilien, sowie in der Russischen Föderation, Kolumbien, Deutschland und Indien o Trend in Spanien und Frankreich stagniert bzw. leichter Anstieg • 7-Tages-Inzidenz weltweit o Inzwischen weltweit 101 Länder >50/100.000 Ew. o Insgesamt sind neue Fälle global um 15% gesunken, 2. Woche in Folge, größter Rückgang in Europa (-20%) o Auch in Afrika Rückgang, -30% in Südafrika o Die meisten Fälle aus Amerika und Europa (86%) • SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) o Nachweis in 70 Ländern, allen WHO Regionen, neu in Litauen o Trotzdem rückläufige 7-Tages-Inzidenz, z.B. in Irland -40% o Risikogebiete für UK-Variante: UK, Irland und Portugal unter Beobachtung: Dänemark, Frankreich, Schweiz, Tschechien, Israel und weitere • SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) o in 31 Ländern und in 5 von 6 WHO-Regionen nachgewiesen, erstmals Nachweis in den USA, in South Carolina, kein Link zu Südafrika o Risikogebiete für südafrikanische Variante: Südafrika, Eswatini, Lesotho unter Beobachtung: Länder in (Süd)-Afrika • SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) o P1 Variante: in mind. 8 Ländern o v.a in Brasilien sind Todesfälle stark angestiegen, im Januar 85% dieser Variante zuzuordnen, insbes. im Amazonasgebiet anhaltende Transmission, Reinfektionen: In Manaus ging man nach erster Welle von Herdenimmunität aus • Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen o Israel: >50/100 Personen geimpft, 2. Dosis >17/100 Personen o Indien: 2 Impfstoffe – ein in Indien mit der AstraZeneca-Lizenz produzierter Impfstoff und eigener Impfstoff, Mitte Jan. begonnen mit Immunisierung, prioritär medizinisches Personal, aber geringe Akzeptanz v.a. gegen eigenen	ZIG1 [redacted]

	Impfstoff, Lieferung auch an Nachbarländer (v.a. Nepal und Bangladesch) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.192.850 (+14.022), davon 55.752 (+839) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 94,4/100.000 Einw. o 4-Tage-R=0,85; 7-Tage-R=0,92 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.738.236 (2,1%), mit 2 Impfungen 366.081 o DIVI-Intensivregister: 4.437 Fälle in Behandlung (-64) o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +560, davon 28% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ in Ländern mit geringerer Inzidenz, bspw. SH kein weiterer Rückgang, Maßnahmen nicht gut genug befolgt, oder Maßnahmen nicht ausreichend um Absinken der Inzidenz zu bewirken? ▪ Scheint keine gleichmäßige Welle, sondern punktuelles Aufflackern und Rückgang, insgesamt auch im Norden Karte insgesamt heller, d.h. mehr LK mit niedriger Inzidenz, ▪ Man sollte Situation in Pflegeheimen und anderen Einrichtungen anschauen, wenn dort große Ausbrüche starker Effekt ▪ Betrachtung auf Kreisebene sinnvoll, dort auch kein Abfall? Betrachtung zu Kreisen ist von [redacted] durchgeführt worden. *ToDo: Auswertung von* [redacted] *soll für Montag aktualisiert und vorgestellt werden* ▪ Zudem sollte der Anteil der neuen Varianten den Inzidenzen gegenübergestellt werden, derzeit dafür aber noch nicht genug Daten vorhanden, technische Möglichkeiten werden gerade erst geschaffen ▪ Erste Daten: Anteil der neuen Varianten liegt bei 1-5%, nächste Woche mehr Infos zu Varianten: ALM will Anfang der Woche zur regionalen Verteilung berichten o Geografische Verteilung nach Alter ▪ Weiterhin hohe Inzidenzen im Osten o Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Deutliche Excess-Mortalität auch in DEU sichtbar, viel mehr Verstorbene als in der ersten Welle ▪ In EuroMoMo sieht man v.a. bei Portugal einen dramatischen Anstieg der Todesfälle **Ausbrüche** • Humboldt Krankenhaus (HUK) o 15 Fälle unter Personal, 15 Fälle bei Patienten und Patientinnen, in Reinickendorf 5 Folgefälle, weitere Fälle auch in anderen Bezirken o Siedlung in Reinickendorf:	FG38 [redacted] Alle FG37 [redacted], alle

	▪ Schon zuvor insgesamt 9 Patienten aus einer Siedlung in HUK hospitalisiert, Proben der letzten 4 (seit 15.01.) konnten sequenziert werden und B.1.1.7 (UK)-Variante wurde nachgewiesen, bei den 5 Patienten zuvor derzeit keine Proben verfügbar (Labor Berlin schaut noch, ob doch Proben vorhanden sind) ▪ am 5./6. gab es einen ersten Ausbruch, aber kein Isolat, das typisiert wurde ▪ In der Siedlung werden Abstriche vorgenommen. o Möglicher Eintrag in ein Altenheim: ▪ Schwägerin einer Pflegerin ist als Reinigungsfrau im Altenheim tätig und hat symptomatisch gearbeitet ▪ Bewohner:innen stehen unter Quarantäne, sind derzeit nicht symptomatisch, 1. Impfung im Altenheim war am 10.01. o Krankenhaus Spandau ▪ Patient nach Hause entlassen und in KH Spandau aufgenommen ▪ Möglicherweise Sekundärfälle, aber noch nicht klar ob Variante, wird noch sequenziert ▪ Auch ein Patient nach Polen weitergereist und dort diagnostiziert o In KH in Spandau und Reinickendorf auch Fälle mit B1.351 (südafrikanischer) Variante o [redacted] war bei einer Besprechung dabei und meinte es wäre nicht notwendig verschiedene Bereiche für die verschiedenen Varianten zu schaffen, laut ihm unproblematisch die Fälle zusammenzulegen, ist nicht Meinung des RKI, v.a. da Kreuzprotektion zweifelhaft und Reinfektionen verhindert werden sollen o Derzeit ist das HUK noch geschlossen, aber Druck vom Senat/der Feuerwehr, morgen Besprechung des GA und des RKI mit Senatorin o Sekundärfälle nach Entlassung der Patienten nach Hause? Im Moment wird keiner keiner nach Hause entlassen Es gab Übertragungen bei Personal in häuslicher Isolation auf Mitbewohner:innen. Entlasskriterien: Test nach Isolation, PCR-Test sollte neg sein • Flensburg o In Kontakt mit [redacted], Amtshilfeersuchen angeboten o ausgedehntes Geschehen mit 180 Fällen, viele bestätigt mit B.1.1.7 (UK)-Variante, es scheint, dass vermehrt jüngere intensivpflichtig sind, Austausch über COVRIIN angeboten o Ausbruch durch gemeinsame Infektionsquelle, ggf. Möglichkeit Fragen nach Inkubationszeit etc. zu klären o Info aus Treffen mit ECDC: ▪ Mehrere Länder gehen bei Quarantäne auf 21 Tage, ▪ Irland, Portugal, Spanien zeigen sehr schnelle Wachstumsraten	FG38 [redacted]

	▪ Einzelfallberichte über sehr leichte Übertragbarkeit (trotz Distanz, Maske, Handschuhe) und höhere Attack-Rate ▪ In SH aus Sicherheitsgründen unabhängig von Variante 14 Tage für Quarantäne und Entisolierung, zusätzlich negative Testung vor Entlassung aus Quarantäne empfohlen • Epidemiologische und virologische Daten zu Varianten o Datenlage zu Viruslast und Rezeptoraffinität für Varianten derzeit noch sehr unklar o In HUK wird versucht versch. Studienfragen zu adressieren: Wie lange positiv? Testung der Kontakte zu Hause, um herauszufinden wann sie positiv werden. Labor Berlin hat Interesse, aber sehr viele Proben derzeit. o Daten aus mehreren Quellen, sollten in Kürze vorliegen o Empfehlungen für Quarantäne werden erst verändert, wenn weitere Daten vorhanden sind o Entlasskriterien in Überarbeitung	Alle
2	**Internationales (nur freitags)** • Allgemeine Infos: o Kosovo-Unterstützungsmission endet heute o Viele Anfragen zur Unterstützung bei Sequenzierungen und zu Vakzinen, z.T. verhandeln Partner mit China und Russland • Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response – Interim Report (Folien hier) o 3 Gremien, die COVID-Response auf WHO-Ebene beobachten: o IOAC: ▪ Soll Health Emergency Programm der WHO beobachten und Verbesserungen vorschlagen ▪ Von WHO DG eingesetzt und Bericht direkt an WHO DG ▪ Report im Nov. 2020: Stufensystem bei Alarmierung – damit Länder zeitig anfangen sich vorzubereiten, Core Capacities sollten überprüft werden ▪ https://www.who.int/publications/m/item/looking-back-to-move-forward-ioac-report-to-the-resumed-wha73-10 ▪ https://www.who.int/publications/m/item/ioac-interim-report-on-who-s-response-to-covid-19 o IHRRC: ▪ Hr. Wieler Chair ▪ Funktionsweise der IHR soll überprüft werden ▪ Report an WHO DG ▪ IHR grundsätzlich gut implementiert, Focal Points sollten mehr politische Macht erhalten, Alternativvorschlag zu Stufensystem, global und regional Risk Assessments besser mit Response verbinden, M&E-System anschauen, Ressourcen und politische Unterstützung sollte verbessert werden	ZIG [redacted] ZIG [redacted] Hr. Wieler

	▪ https://www.who.int/publications/m/item/interim-progress-report-on-the-functioning-of-the-ihr-2005-during-the-covid-19-response o IPPPR: ▪ Im Juli 2020 etabliert, mittelgroß, 2 hochranginge Chairs ▪ Überlappendes Mandat mit IHRRC, aber Gesamtblick, politischer ▪ Unabhängig von WHO, von WHO DG ernannt, aber unabhängiges Sekretariat etc. ▪ Erster Bericht im Jan. 6 Key Messages: 1. NPM nicht konsequent genug umgesetzt 2. Verstärkung von Ungleichheiten, Verfügbarkeit von Impfstoffen etc. 3. Kritik am Global Pandemic Alert System, zu viele Empfehlungen, fehlende Digitalisierung etc. 4. Umsetzung der früheren Empfehlungen nicht ausreichend 5. Ressourcen der WHO (finanziell, politisches Mandat) zu gering 6. Pandemie als Weckruf für alle Ebenen, asiat.-pazifische Region als pos. Beispiel (koordinierte Maßnahmen, konsistente Risikokommunikation, koordinierte Grenzmaßnahmen) ▪ Wunsch nach einem rechtlich bindenden Vertrag zum Gesundheitsschutz – Globaler Rahmenplan für Preparedness & Response ▪ https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/01/Independent-Panel_Second-Report-on-Progress_Final-15-Jan-2021.pdf ▪ IPPPR ist sehr politisch, viel kritisiert, nicht evidenzbasiert (im Gegensatz zu IHRRC)	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Einschätzung zu Deeskalierung o Wann sollte Risiko der Bevölkerung von „sehr hoch“ auf „hoch“ gesetzt werden? o Für Lockerung sollte man sich an den schweren Auswirkungen (Hospitalisierung, Todesfälle) ausrichten, andere Parameter (z.B. Inzidenz) für frühzeitige Implementierung der Maßnahmen sinnvoll o Derzeit bestimmen die Varianten noch nicht das Geschehen in DEU, aber Varianten muss man für Lockerungen im Blick behalten. In einer Target-PCR-Nachuntersuchung von >10.000 Proben wurde in ca. 5% der Proben eine Variante identifiziert, v.a. die B.1.1.7 (UK)-Variante.	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA

	• Thema Informationsbedarf der Pflegekräfte, Materialien schon vom BMG in Kooperation mit dem Pflegebeauftragten • BZgA wird sich die Zielgruppe differenzierter anschauen, es gibt nicht viel Daten (Sprachbarrieren, Kognition, Ideologie) • Weiterhin Informationsbedarf in Bevölkerung zu Impfungen, sonst von Hausärzten übernommen, Fragen müssen jetzt woanders bedient werden, ist auch nicht möglich im Kontext der Telefonberatung • Rate der Suizidalität steigt sehr stark • [redacted] verabschiedet sich in den Ruhestand. Die Mitglieder des Krisenstabs danken ihr für die gute Zusammenarbeit und wünschen ihr für den Ruhestand alles Gute. **Presse** • Aktualisierung der STIKO-Empfehlungen, viel Informationsbedarf • Samstag, 30.01. Hr. Wieler im Townhall-Meeting zum Thema Impfen • [redacted] ist am 29.01. als Open-Data-Beauftragter in einem Treffen mit den Datenjournalisten	[redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Das Wording für die Strategie zur COVID Kontrolle muss bis Dienstag finalisiert sein. **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
7	**Dokumente** • nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Die Impfquoten steigen an, wenn auch nicht so wie erhofft, 2,2 Mio Impfdosen stehen zur Verfügung • Vorbereitung der STIKO-Empfehlungen, 2. Aktualisierung, mehrere Aspekte wurden beleuchtet • Inhalt der Empfehlung für AstraZeneca Impfstoff wurde an Presse durchgestochen, politische Dimension, STIKO empfiehlt Impfstoff nur für <65-Jährige, da bei >65-Jährigen fehlende Evidenz, sehr weite Konfidenzintervalle, zu unsicher, da zwei hochwirksame RNA-Impfstoffe zur Verfügung stehen, Abfall der NT-Titer ab 65 Jahre deutlich • EMA bearbeitet gleichzeitig die Zulassung für die EU, wahrscheinlich wird in EMA-Empfehlung die Altersgrenze nach oben offen gelassen, aber ggf. mit Warnhinweisen versehen, dass bei >55-Jährigen die Evidenz unzureichend ist. • Thema in Bezug auf Kommunikation schwierig, viel Informationsbedürfnis, auch internationales Interesse am Austausch, z.B. von EMA und ECDC • Weiterhin Erstellung der Aufklärungsbögen in Abstimmung mit PEI, damit vorhanden wenn nächste Woche der Impfstoff verfügbar	FG33 [redacted]

	• Begleitkommunikation wird vorbereitet, Wirksamkeit mit 70% signifikant niedriger, mit Impfstoff wird v.a. Gesundheits- und Pflegepersonal geimpft • viele zusätzliche Fragen: Erst AstraZeneca Impfstoff und später RNA-Impfstoff wenn der für alle verfügbar ist? • Beratung im Steuerungskreis Impfkommunikation am BMG, Implementierung in Impfverordnung und Strategie • STIKO-Bewertung auf Grundlage der im November eingereichten, öffentlichen Daten, weitere Daten inzwischen verfügbar, aber nicht öffentlich, Studien sehr komplex, Datenlage für 55-65-Jährige kann nicht mit in STIKO-Empfehlung aufgenommen werden, steht zudem kurz vor Veröffentlichung • FAQs werden vorbereitet, können flexibel angepasst werden • STIKO-Empfehlung lebendes Dokument, ggf. Zeithorizont nennen wann erneute Anpassung erwartet wird • In Kürze neue Daten verfügbar, aber werden Empfehlung nicht ändern; Ende Februar wahrscheinlich Johnson&Johnson Impfstoff, ebenfalls Vektorimpfstoff, dann muss STIKO-Empfehlung wieder angepasst werden. • Problematik der Deutung als 2-Klassen-Impfstoff, Vergleiche zu anderen Impfstoffen schwierig, besser Argumentation: jetzt Schutz mit 70% vs. potentielle Exposition und danach Impfstoff mit höherer Wirksamkeit • Diskussion in Wissenschaft zur Auffrischimpfung, jetzt Vektor- und dann Auffrischung mit RNA-Impfstoff	
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance o 562 Proben im Januar eingegangen, davon ▪ 67 SARS-CoV-2 positiv, 47 Rhinovirus, 8 saisonales Coronavirus (NL63), 1 Parainfluenzavirus (Typ3) ▪ Alle anderen respiratorischen Viren negativ, noch immer keine Influenzaviren nachgewiesen. • ZBS1 o 771 Einsendungen, 196 Proben SARS-CoV-2-pos (25,4%) o Viele Proben aus Reinickendorf aus der betroffenen Siedlung, 8 oder 9 positive Proben, sollen sequenziert werden o Aus Ausbruch Anfang Januar aus Siedlung eine Probe entdeckt, wird ebenfalls sequenziert	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapie mit monoklonalen Antikörpern o Seit Mitte der Woche wird ein mab-Präparat von Eli Lilly (Bamlavimab) über Verteilapotheken verteilt und angewendet. o Anwendung in Therapiehinweisen im Internet aktualisiert: moderate Verlaufe, frühe Phase bei Patienten mit Risikofaktoren, BMG hat abgelehnt sich mehr zu spezifizieren o kann auch bei asymptomat. Fällen angewendet werden, wenn frühzeitig diagnostiziert	IBBS [redacted]

	o auch in Diskussion als PEP, Einbindung der STIKO, da passive Impfung o Anzahl an Patienten, die in Frage kommen recht groß – daher Einzelfallentscheidung also individueller Heilversuch o Beratungsnetzwerk von DGI und RKI, auch für ambulanten Sektor, aber Gabe sollte teilstationär bzw. stationär, wenn schon hospitalisiert, erfolgen o Verpflichtungserklärung geht an BMG, PEI hat Info für Patienten vorbereitet o Ebenso dann für Roche Regeneron mab o Bei Varianten kann mab gegeben werden, aber Effizienz ist nicht klar *ToDo: [redacted] stellt in vitro Studien zur Bindung von mab an Varianten für Mo zusammen.*	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Absonderung nach Einreise aus Virusvariantengebieten/ Quarantäne von KP o Bei der TK der IGV-benannten Flughäfen kam der Wunsch nach einer verpflichtenden Testung nach 14 Tagen auf. o Einreisenden sollten nicht strenger behandelt werden als KP1, sonst rechtlich schwierig, derzeit schon Verkürzung der Quarantäne bei Verdacht auf Variante ausgeschlossen. o Info in TK, dass viele Personen die Testung am 10. Tag ungern machen aus Sorge dann nochmal 10 Tage in Isolation zu müssen o Derzeit aufgrund der Datenlage noch keine Anpassung möglich o Politische Entscheidung wie stark das Risiko reduziert werden soll, derzeit sieht es nach sehr starker Risikoreduktion aus (Einreiseverbote) o Wenn für Quarantäne 14 Tage plus Testung, dann sollte die Quarantäne auch in Quarantäne-Hotels durchgeführt werden o Reiserestriktionen innerhalb DEU sinnvoll? o Problematik, dass nicht alle gleich gut testen/sequenzieren, müsste dann auch in anderen LK in DEU so gemacht werden, Problematik, dass Aufmerksamkeit anders gelenkt wird, Menschen glauben, dass damit das Problem behoben ist, lenkt eher von der eigenen Verantwortung ab o Besser verstärkt auf allgemeine und grundsätzliche Maßnahmen hinweisen, möglichst wenig Spezialmaßnahmen empfehlen, um Unruhe und Verwirrung zu vermeiden • Kurze Info zu Ausbruchsgeschehen bei AIRBUS in Hamburg o Großes Ausbruchsgeschehen, mehrere Werkshallen, 49 GÄ in Norddeutschland betroffen, ggf. Ausweitung auf Frankreich o Bei 7 MA ist B1.1.7 (UK)-Variante nachgewiesen worden	FG38 [redacted], alle
12	**Surveillance** • DEMIS, SurvNet und SORMAS o DEMIS läuft stabil und nachhaltig	FG38 [redacted]

	o Viele Anfragen von GÄ, aus Sicht der GÄ werden diese nicht immer zeitnah genug beantwortet, da viele Ressourcen durch anderes gebunden sind (v.a. SORMAS), muss ausgebaut werden o Viele Ressourcen in SORMAS, aus vielen BL Unzufriedenheit mit SORMAS, o Viele Fragen zur Umstellung der Falldefinition und Nachfragen wann Referenzdefiniton auch geändert wird o Meldepflicht für Bürger:innen wenn Heimtests eingeführt werden, können wir nicht umsetzen, sollten lieber zum Arzt gehen, dort gemeldet werden und per PCR getestet werden, aber Sorge, dass Hausärzte hier nicht mitarbeiten. o Aber KV hat Versorgungsauftrag. Es ist unethisch, wenn sich jemand mit positivem AG-Test an einen Arzt wendet und dieser denjenigen abweist. Derzeit nur 50% der PCR-Kapazitäten genutzt o Österreicher haben die Nachtestung beim Arzt verpflichtend gemacht. Aber wenn Abgabe frei, wie kontrollieren? o Medizinprodukte Abgabeverordnung soll schon am Montag verändert werden, aber derzeit noch keine CE-zertifizierten Tests verfügbar, BMG rechnet mit Ende Februar, Kosten unklar, aber nicht deutlich günstiger als Tests in Testzentren (ca. 20-35€) o Kommunikation zu AG-Testen sollte gestärkt werden, es sollte klar kommuniziert werden, dass AG-Schnelltests nicht das Mittel der Wahl zur Diagnose sind, dies sollte die interne AG Diagnostik formulieren. *ToDo: Die interne AG Diagnostik soll einen Epid Bull-Artikel zu AG-Tests erstellen, Frist für publikationsreife Version 2 Wochen; ID 2730*	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Beförderungsverbot o Derzeit wird im Kabinett eine Verordnung beraten, die vom 30.01.-17.02. ein Einreiseverbot aus UK, Portugal, Brasilien, Irland und Südafrika regeln soll o Bedingt zahlreiche Änderungen von Dokumenten o Derzeit häufig weitere Personen mit Nachweisen der Variante oder Verdacht auf Variante, die nicht aus offiziellen Gebieten mit Virusvarianten kommen o Sollte Flug-KoNa wieder aufgenommen werden? Schwer zu beurteilen, ob GÄ das leisten können, aber wir sollten uns dafür aussprechen, wird im Laufe der nächsten Woche umgesetzt	FG38 [redacted] alle
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • 1 Jahr Lagezentrum: Dankes E-Mail an MA gesendet • In RKI-News erscheint zudem ein Artikel	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 01.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*01.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, AL2, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o 7-Tage-Inzidenz auf Kreisebene o Ggf. Ergebnisse der ALM-Abfrage Regionale Verteilung neuer Varianten	 ZIG1 FG32 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Überarbeitete Risikobewertung	 Alle, FG33
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Ggf. Modellierung von [redacted] • Modellierungsstudie **(mittwochs)** • Ggf. Finalisierung Strategie zur COVID Kontrolle bis Dienstag. **b) RKI-intern** •	 Präs/VPräs? P4 ZIG ([redacted])
7	**Dokumente** • Abschließende Besprechung zu den noch nicht publizierten RKI Empfehlungen bzgl VOC	Alle

	-Entlassungskriterien -Kohortierung in Einrichtungen -Reiseempfehlungen/verbote • Flussschema zu Testkriterien besprechen (Aufgabe aus Krisenstab vom 27.01.2021) • Stufenplan	IBBS, [redacted] FG37, FG36 FG38 IBBS [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • Datenquellen für Auswertungen bzgl. Verteilung der VOC für Kanzleramt	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapie mit monoklonalen Antikörpern	IBBS FG 17/[redacted] ZBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Nutzungsstatistik Dashboard	FG32 FG36 FG32/ [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • WHO-Austausch zu VOC Di, 10.15 Uhr • Mi TK Spahn-Wieler, -MPK	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch 03.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*01.02.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1/INIG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (freitags) **National** • Fallzahlen/Todesfälle/Trends (Folien hier) o SurvNet übermittelt 2.221.971 Fälle, davon 57.120 (+175) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 91/100.000 Einw. (rückläufig im Vgl. zu Daten voriger Wochenenden) o 4-Tage-R=1,01; 7-Tage-R=0,88; Trend weiter rückläufig o Impfmonitoring (31.01.2021): Geimpfte mit erster Impfung 1.935.356 (2,3 %), mit zweiter Impfung 532.562 o DIVI-Intensivregister: 4.348 Fälle in Behandlung (-4), auch hier weiter rückläufig o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 255, davon 43 % verstorben o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum: ▪ Angepasste Abbildung seit letzter Woche, wurde gut aufgenommen ▪ In meisten BuLä rückläufig, vor allem in östlichen BuLä ▪ Leicht ansteigend in Schleswig-Holstein (SH)(Amtshilfeersuchen Ende letzter Woche) ▪ Saarland auf Platz 3, im Vgl. zu anderen BuLä gegenläufige (= steigende) Tendenz, Austausch mit zuständ. Landesbehörde → evtl. zurückzu-führen auf kleinen Grenzverkehr, in Nachbar-ländern vermehrt Nachweis neuer Varianten wie auch in Saarland selbst ▪ Sachsen-Anhalt am Sonntag keine Daten übermittelt (siehe Dashboard), derzeit in Klärung, ob heutige Übermittlung erfolgen wird, wirkt sich aber nur leicht auf 7-Tages-Inzidenz aus o Geografische Verteilung in Deutschland: weiterhin im Osten sehr hohe 7-Tages-Inzidenzen, auch in SH und Saarland einige LK mit höherer Inzidenz (weiter s.u.) **7-Tage-Inzidenz auf Kreisebene** (Folien hier ab Folie 5, Dokument „Verlauf Inzidenz nach Lockdown nach LK“ hier) • Jeder Punkt entspricht 7-Tages-Inzidenz eines LK, Boxplot = Median plus Quartile, Entwicklung seit Oktober dargestellt, in	FG32 [redacted] FG34 [redacted]

letzten zwei Wochen vermehrt LK mit Inz. < 34/100.000 Einw. (grün) sichtbar

- Sachsen und Thüringen: Inzidenz weiterhin sehr hoch, derzeit rückläufig (Folie 7)
- Folie 8: ähnliche Darstellung, jedoch 1. Nov. 2020 als Nullpunkt gewählt → bessere Sichtbarkeit der Wirkung des Lockdowns bzw. Lockdown lights → nur langsam eintretende Verbesserung, in östlichen BuLä zunächst noch steigend
- Stagnation in SH (Folie 9): Darstellung aller 5 LK mit Einzelentwicklung: bis auf Ausbruch Pinneberg alles im mittleren Bereich, kein LK mit sinkender Tendenz, Lübeck und Neumünster zeitweise sogar steigend, sehr uneinheitlich, bedarf weiterer Klärung, auch hinsichtlich eines möglichen Vorliegens von VOCs

Diskussion:

- Gibt es Datenerhebungen zu Maßnahmen und vor allem auch zur diesbezüglichen Compliance auf LK-Ebene (bspw. zwecks Vergleich günstiger vs. weniger günstiger Entwicklungen)?
- Maßnahmenmonitoring ist teils vorhanden (Bspw. Bielefeld bzw. infas-Projekt zur Darstellung aller LK) jedoch kein/e explizite/s Compliance-Monitoring bzw. -datenerfassung → Papier von ZIG2 zu Adhärenz derzeit in Arbeit, ebenso ein Projekt in Zusammenarbeit mit Abt. 2
- Zu beachten sind auch derzeit bereits erfolgende Diskussionen zu Lockerung seitens Politik sowie Spekulationen zu VOCs auf Grundlage nicht verifizierbarer Berichte aus anderen Ländern (in Luxemburg sind laut Presse derzeit ca. 17 % der sequenzierten Proben B.1.1.7-positiv)
- Augenmerk sollte auch auf Anhaltspunkte zu VOC-Eintrag und -Ausbreitung gelegt werden
- Bericht zu südlichem Afrika derzeit in Arbeit, wird diese Woche finalisiert
- Zu steigender Inzidenz im Saarland: zuständige Behörde berichtete gestern über keine außergewöhnlichen Vorkommnisse, ursächlich sei jedoch vermutlich verstärkter Grenzverkehr mit Spillover nach Deutschland, größtenteils auch Freizeit-assoziierter Verkehr (Friseurbesuche), ebenso im Zillertal (via „work-permissions"), hier mit Folge eines erheblichen Ausbruchs mit südafrikanischer Variante → unterstreicht die Bedeutung auch einer europäischen Strategie / Compliance
- Heutige VC mit Dänemark, Österreich und Niederlande: Berichte von einem um ca. 0.5 höheren R-Wert für B.1.1.7 → viel schnellere Übertragung, Ursache dafür derzeit unbekannt, Variante wird sich demnach mutmaßlich durchsetzen, einzig derzeit effiziente Strategie ist die strikte Compliance mit den Maßnahmen
- Analyse von 31.000 Proben aus dem Saarland: ca. 1.800 Proben bzw. 5 % pos. auf VOCs, keine repräsentative Studie jedoch hohe Fallzahl
- Ggf. wären Virusvariantengebiete in Nachbarländern auszuweisen (cave bei entsprechender öffentlicher Reaktion)

	o Kernaspekt vor diesem Hintergrund bleibt jedoch die Übertragung vor allem auch durch das Reisen, weniger die aktuellen Varianten selbst (da auch weiterhin höchstwahrscheinlich zahlreiche neue entstehen und sich verbreiten werden) *ToDo1: Bitte um Bericht bis Dienstagabend aufgrund der Telko mit Minister Spahn am Mittwochabend* *ToDo2: Bitte an [redacted], den Bericht zur Analyse der 31.000 Proben aus dem Saarland bereitzustellen* **ALM-Abfrage** Bericht dazu in Abstimmung, Update auf Mittwoch verschoben	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** **CWA** • 25 Mio. Downloads • 23 Mio. aktive Nutzung • Zahlen allerdings schwer verifizierbar • Vorauss. Mitte Februar iPhone 5 und 6s-fähige Version verfügbar • Neue Modifikationen: Kennzahlfunktion, Kontakttagebuch • „rote Karte"-Funktion ab ca. 24.02. mit Kurzbefragung • 32.000 Personen haben bislang andere Menschen CWA-basiert gewarnt • Eigene Befragungssysteme (Laborbefragung Abt. 1 und 3) für RKI mit Aufwand verbunden aber nachhaltige Gestaltung **DEA** • Anbindung der Gesundheitsämter nahezu abgeschlossen (8 ausstehend), Umstellung auf rein digitale Datenübertragung dann möglich • Heutiges Meeting verschiedener Leiter digitaler Projekte zwecks Schulterschluss und Synergiensammlung → hoher Workload soll in langfristigen Mehrwert umgesetzt werden **Datenspende** • Algorithmus wurde verbessert • Probleme mit Daten von Applenutzern • Schlafdatenauswertung: im Austausch mit Dr. Eva Winnebeck (LMU München) sowie mit Thrive und Data for Life **Demis** • Vorauss. heute Erlass seitens BMG zu Selbsttests • Bürgerportal (zwecks Meldung durch den Bürger bei positivem Selbsttest): Vorschlag seitens RKI (bspw. via	FG21 [redacted] P4 [redacted] FG32 [redacted]

	Apotheken mit Nachtestung und fachkundiger Beratung durch (Haus)Arzt) wurde nicht berücksichtigt, Bürgerportal nun mit siebenstelliger Summe veranschlagt (ggf. zusätzliche Kosten), Umsetzung durch das RKI gewünscht, weitere Bericht-erstattung bis Mittwoch ebenfalls gewünscht • Seitens RKI sollte hier weiterhin auf sinnvolle Planung und die Notwendigkeit einer Nachtestung per PCR inkl. medizinischer Beratung hingewiesen werden, weiterhin zu berücksichtigen ist auch die Angriffsmöglichkeit auf ein solches Portal	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Überarbeitete Risikobewertung** (Dokumente: clean Version hier, überarbeitete Version hier) • Wird in der Version von Samstag abschließend durch [redacted] finalisiert und direkt an [redacted] und Herrn Schaade weitergeleitet, von einer weiteren Zirkulierung wird abgesehen • Die Formulierung „Infektionsschutzmaßnahmen“ soll ohne den Zusatz „und Strategie“ beibehalten werden • Aspekt des Impfens soll durch [redacted] zu einem späteren Zeitpunkt ergänzt werden (Kernaspekte voraussichtlich: Geimpfte zeigen einen Indiviualschutz, derzeit jedoch noch keine größeren Effekte auf Gesamtbevölkerung) • Bitte an alle, zukünftig nach Verabschiedung durch den Krisenstab keine weitgehenderen Änderungen mehr vorzunehmen → workflow soll beibehalten werden • Risikoeinstufung soll derzeit nicht geändert werden, weiterhin als „sehr hoch“ eingeschätzt	Alle FG33
5	**Kommunikation** **BZGA:** • Begrüßung von [redacted] als kommissarischer Direktor der BZgA **Presse:** • Dashboardausfall von heute Vormittag: esri gebeten, im Disclaimer auf Fallzahlen hinzuweisen, wurde ebenfalls an das Lagezentrum weitergegeben, da sonst zu großer Ansturm auf die Presseabteilung	BZgA Presse [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** • Nicht besprochen	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierung von [redacted] o Heute früh zirkuliert, von großem Interesse	Alle Präs

	o Vortrags-Einladung wird derzeit anberaumt *To Do (alle): Bitte an weitere Interessent/innen, sich bei Teilnahmewunsch an das Präsidialsekretariat zu wenden* • Finalisierung der Strategie zur COVID Kontrolle bis Dienstag (Control Covid, Dokument hier) o Wurde bereits zirkuliert o Bitte mit Frist heute Abend bei [redacted] um Rückmeldung o Papier wird dann an Herrn Schaade weitergeleitet • Strategiefragen/Deeskalation o Anfrage zum Austausch seitens Referat 611 o Anfrage zum Austausch seitens UK, Austausch RKI-seits gewünscht **b) RKI-intern**	ZIG [redacted]
8	**Dokumente** **Abschließende Besprechung zu den noch nicht publizierten RKI-Empfehlungen bzgl. VOC** Empfehlungen und Informationen des Robert Koch-Instituts zu „besorgniserregenden" Varianten des SARS-CoV-2 (Variants of Concern, VOC) – Dokument hier Weiterführung antiepidemischer Maßnahmen über den 15. Februar 2021 hinaus – Dokument hier **Entlassungskriterien** Aktualisierung Entlassungskriterien (Dokument hier, Begleittext clean Version hier, überarbeitete Version hier) • Unter Punkt „Besondere Patientengruppen – Immunsupprimierte Personen" letzter Satz ergänzt: „Es wird empfohlen, bei anhaltend hoher Viruslast in Sekreten des Respirationstraktes über 21 Tage hinaus eine Sequenzierung der SARS-CoV-2 positiven Probe anzustreben." • Unter Punkt „Entisolierung" mittlerer Block, Satz ergänzt: „Bei nachgewiesener besorgniserregender SARS-CoV-2 Variante (VOC) siehe www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien", Website-verweis aufgrund des zu komplexen Sachverhaltes für diese Infografik, der dortigen Möglichkeit einer weitergehenden Erläuterung und einer möglichen späteren Anpassung • Dazu Ergänzung Begleittext: o „Für immunsupprimierte Patienten muss eine Einzelfallbeurteilung erfolgen. Im Hinblick auf die protrahierte Ausscheidung der Viren durch Defekte bei der protektiven Immunantwort und die damit verbundene Möglichkeit der Mutation des Virus im Wirtsorganismus wird bei Ausscheidung hoher Virusmengen über Tag 21	FG37, FG36 FG38 IBBS [redacted]

nach Symptombeginn hinaus eine Sequenzierung der in der Probe enthaltenen Viren empfohlen."

- „Ebenso ist die Datenlage zur Ausscheidungskinetik von besorgniserregenden SARS-CoV-2 Varianten (variants of concern, VOC) noch unzureichend. Bei Verdacht auf oder nachgewiesener Infektion mit einer dieser Varianten (VOC) empfehlen wir daher, unabhängig von Schwere, Hospitalisierung und Alter, vorsorglich eine Testung mittels Antigentest oder PCR vor Entisolierung." (korrigierte Version)

- Stationäres oder ambulantes Setting: ambulant könnte Rückfragen und Verständnisschwierigkeiten in breiter Bevölkerung bedingen (Definition von „Verdacht auf" o.ä.), aber laut Literatur kann Immunität bei VOCs nicht ausreichen (bei Vorliegen von VOCs Unterscheidung dieser per PCR erforderlich), daher Ausweitung auf ambulanten Bereich empfehlenswert
- Cave bei Verpflichtung zur grundsätzlichen Differenzierung aller PCR-positiven Befunde und bezüglich Definition in bereits existierenden VO (vor Entlassung aus dem Altenheim PCR oder AG-Test erforderlich – siehe Berliner VO), daher diese Formulierungsvariante gewählt, um keine konträren Maßnahmen zu skizzieren und Labore nicht zu überlasten
- Sicherheit und Einfachheit der Differenzierung/Kohortierung in Krankenhäusern ausgesprochen schwierig
- Kernaspekt hier ist Ausschluss der Infektiosität, nicht Diagnostik
- Es sollte keine Diskrepanz zu Flussdiagramm entstehen, hier bspw. für Altenheime PRC empfohlen
- Formulierung „vorsorglich", da derzeit keine evidenzbasierten Erkenntnisse inwieweit Übertragung zu dem Zeitpunkt sicher ausgeschlossen werden kann
- „Antigentest oder PCR" genannt zur Beibehaltung einer Flexibilität aufgrund von Präferenz bzw. vielmehr auch Verfügbarkeit/Kapazität
- Fragen werden bei der Abstimmung mit PH England aufgegriffen, [redacted] wird berichten
- PCR-Test vor Entlassung aus dem Krankenhaus → Folge: lange Hospitalisierungsdauer aufgrund der Dauer der Befunde, Erstattung via Kasse fraglich, da individualmedizinisch ggf. nicht zwingend erforderlich

Kohortierung in Einrichtungen

- Kernaspekt: Kohortenisolierung von Patienten mit VOC, bei größeren Ausbrüchen, Quarantänisierung ganzer Funktionseinheiten etc.
- Auftrag von Lagezentrum ging an FG37
- Unterbringung ggf. in medizinischem Papier möglich

To Do: Aufnahme als TOP am Mittwoch, [redacted] *bereitet einen Entwurf vor.*

Zu berücksichtigende Aspekte / Diskussion:

- Rekombination laut [redacted] vermutlich weniger wahrscheinlich
- Krankenhaus-Surveillance bezüglich VOCs und deren Einschätzung sinnvoll
- Stringente Personalschutzmaßnahmen weiterhin erforderlich
- COVID-Stationen weiterhin zwingend erforderlich
- Rücksprache(n) mit Krankenhaushygieniker/innen: Umsetzung weiterer Unterteilung einzelner COVID-Stationen und somit strikter Kohortierung sehr schwierig, Maßnahmen/Anforderungen dürfen nicht zur Handlungsunfähigkeit führen
- Doppelinfektion mit VOC muss durch Kohortentrennung zwingend vermieden werden, vor allem auch bei Hinweisen auf unzureichenden Schutz durch Antikörper (Hygiene zwischen Einzelbetten einer COVID-Station → getrennte Zimmer wann immer möglich, aber vor allem hier zwingend anzuraten)

Reiseempfehlungen/-verbote

Im RKI-Schriftgut umsetzbar unter
- o überarbeiteter Risikobewertung
- o Lagebericht

- Umsetzung heute

Flussschema zu Testkriterien (Aufgabe aus Krisenstab vom 27.01.2021)

Abt.3 [redacted]

- Ggf. sensitiver gestalten aufgrund weiterhin hoher Positivrate und Nichtausnutzung der Kapazitäten (in Vorwoche bei ca. 50 %) trotz voraussichtlich steigendem Einsatz von PCRs aufgrund des Nachweises von Punktmutationen (Notwendigkeit zweier PCRs pro Probe), Anteil jedoch derzeit nicht abschätzbar
- Modifikation unter Punkt 5 in Flussschema: „insbesondere (aber nicht nur) bei Zugehörigkeit“

ToDo: Bitte an IBBS um diese Umsetzung, auch in Begleittext

Stufenplan (Dokument hier)

FG36 [redacted]

- Kontext: Öffnungsstrategien bereits in Diskussion und Planung Rückgang der Akzeptanz von Maßnahmen, Faktoren dabei u. a. fehlende Perspektive und Transparenz
- Zielstellung: Erstellung evidenzbasierter Konzepte
- Outcome: Toolbox und Plan zur Minimierung von Öffnungsrisiken, jedoch keine Bewertung konkreter Einzelmaßnahmen

Vorgehensweise:
- Definition von 16 Settings, dazu jeweils
  - a) Evidenz zum (individuellen) Infektionsrisiko
  - b) Anteil am gesamten Infektionsgeschehen
  - c) Beitrag zu (sehr) schweren Verläufen

	d) Evidenz für Impakt einer Maßnahme • Zwei outcomes: o „Toolbox“: Evidenz für Transmission/Auftreten schwerer Erkrankung/Maßnahme inkl. Nicht-COVID-Effekte, „Implementation Issues“ o „Stufenplan“: Intensitätsstufen einer Maßnahme • Faktoren, die die Transmissionsdynamik beeinflussen: Wirtfaktoren, sozioökonomische Faktoren, Kontaktmuster, Setting/Umweltfaktoren (morgen Sitzung zu Transmissionsgeschehen) • Evidenzmatrix (Folie 5): Transmissionsevidenz blau, Impacts von Maßnahmen lachsfarben, sowie Bewertung der Güte der Evidenzstärke aufgegriffen • Toolbox für Stufenkonzept (Folie 6): Zeilen = Settings; Spalten = Dimension (Effekte, Risiken etc.), grau = nicht genau bekannt oder diffuses Geschehen • Präambel (Folie 7): o Szenarien, Ziele und Schwerpunkte und Instrumente (bereits definiert) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Strategie_Ergaenzung_Covid.html o Maßnahmen an spezifisches Risiko und lokale Indikatoren angepasst o Monitoring der Umsetzung der Maßnahmen VOR deren Verschärfung, „Dynamische Faktoren“/ Trigger / Indikatoren zur Anpassung der Stufen o Wichtig zu berücksichtigen: Kommunikation mit der Öffentlichkeit, Nicht-Covid-Effekte o Morgiges Meeting zu dynamischen Faktoren o Cave: seitens Politik wurde zwischen privaten und organisierten Settings unterschieden – dies ist nach Evidenzlage nicht möglich, Hinweis sollte ggf. ergänzt werden • Intensitätsstufen (Folie 8) o Werden in Zusammenarbeit mit P1 ausgestaltet o Links: Basismaßnahmen in allen Settings o 3 Intensitätsstufen definiert o Stufe 3 (rot): hohe Übertragung, diffuse Geschehen, Überbelastung, KP-Nachverfolgung nicht mehr möglich o.ä., Stufe 1 (grün): begrenzte Ausbrüche, gut kontrollierbare Geschehen o Stufen nicht ganz klar trennbar, daher Farbverlauf gewählt o Stufen zudem abhängig von Parametern (Inzidenz, ITS-Bettenbelegung etc.), weitere Ausarbeitung folgt o Einzelne Settings definiert anhand der Toolbox • Noch feinere Umsetzung aufgrund der Evidenzlage nicht möglich • Diagonale: o.g. Settings mit hohem Transmissionsanteil und hohem individuellen Risiko sind früher und länger zu beschränken	Abt. 3 [redacted]

	Diskussion: • „via Transmission“ (Folie 6): Begrifflichkeit wird noch überarbeitet, da schwer verständlich • KoNa-Quote bietet keine belastbaren Daten (stattdessen evtl. besser: Anteile positiver Tests), Daten aus Meldewesen teils unvollständig, Überlastungsanzeigen politisch beeinflusst → teils fehlende Evidenz → Relativierung möglich • Cave Schwellenwerte: je nach Konstellation unterschiedliche Kombination, individuelle Risikoeinschätzung erforderlich, zunächst keine Angabe objektiver → Farbverlauf wird dieser Unschärfe gerecht • Cave: Evidenz aus Modellierungen basiert auf konventioneller SARS-CoV-2-Variante (Dänemark trotz ausgedehntem Lockdown derzeit R-Wert von ca. 1,1, mutmaßlich aufgrund der B.1.1.7 Variante) • Alle verfügbaren Evidenzen wurden herangezogen, Herausforderung besteht im Konkretisierungsgrad • Schwellenwerte müssen klar benannt werden, da sonst a) andere Interessensparteien dies übernehmen oder b) das Papier aufgrund fehlender klarer Kriterien nicht umgesetzt werden kann • Zielsetzung dieses Papiers: stellt Dienstleistung für das BMG dar • Limitationen (hinsichtlich Evidenz und weitere) sollen aufgegriffen werden • Es muss klar benannt werden, dass diese Aufstellung auf Erkenntnissen auf Grundlage des „konventionellen“ SARS-CoV-2-Virus beruht • Schwellenwerte für die Varianten werden nun näher erörtert *ToDo: Papier, Kurzfassung der Aims and Objectives und Zuleitungs-vermerk von Herrn Schaade (wird heute noch zirkuliert) muss Mittwoch als Paket an das BMG geschickt werden*	
9	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33
10	**Labordiagnostik** **FG 17** • AGI Sentinel: 24,3 % positiv für SARS-CoV-2, B.1.1.7 erfolgreich isoliert • Demnächst werden Proben der afrikanischen und südamerikanischen Variante aus der UK und aus Japan geliefert, um diese weiteren Analysen zu unterziehen **Datenquellen für Auswertungen bzgl. Verteilung der VOC für Kanzleramt** • Insgesamt dominiert SARS-Cov-2 derzeit respiratorische Erreger, ausführlicherer Bericht folgt Mittwoch durch [redacted]	FG17 [redacted] FG17 [redacted]

	• Auswertung zu VOC in Endabstimmung (s.o.)	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapie mit monoklonalen Antikörpern: verschoben (folgt voraus-sichtlich Freitag)	FG 17 [redacted]
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • Grippeweb: Häufigkeit in AG > 6-Jähriger geringer als in AG 0-5-Jähriger, aber alle deutlich unterhalb der Vorjahresniveaus • Meldeinzidenz rückläufig, leichter Anstieg bei 0-5-Jährigen • Ausbrüche: weiter niedriges Niveau, in Kindergärten und Schulen Rückgang ab 2. KW (Nachmeldungen können hier jedoch noch Einfluss nehmen) • Schulschließung hat exponentiellen Anstieg vor Weihnachten gestoppt Nutzungsstatistik Dashboard (Dokument hier, Folien hier) • Insgesamt ca. 4 Mio. Abrufe per Handy/PC → ca. 600.000 pro Tag • Downloads: ca. 6.000 pro Tag • Hohe Nutzungsraten, bei mobilen Endgeräten v.a. auch am Wochenende	FG36 [redacted] FG32 [redacted]
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** • Termine s.o. unter jeweiligen TOPs	Alle
17	**Andere Themen:** • Nächste Sitzung: Mittwoch 03.02.2021, 11:00 via webex	

Ende der Sitzung 15:10 Uhr

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*03.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) • ALM Abfrage/Bericht (Update verschoben v. Mo) • ggfs vorgezogen v. TOP7 Kohortierung in Einrichtungen	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 ?? FG37/[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** • Ggfs. Stufenplan **b) RKI-intern**	Alle P4 ([redacted]) FG36/VPräs FG38

	• Vorschläge für den langfristigen Umgang mit Corona von [redacted], GA Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (s. E-Mail)	
7	**Dokumente** • IMS Graphik	Alle P1
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** Reinfektionen: Mitteilung KW 4 2021, GA Havelland, über RKI-Info (s. Folien) •	FG17/ZBS1 FG12 ([redacted])
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** o BPK Freitag o Austausch m. WHO zu Varianten Do 04.02. 10:15 (RKI: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 05.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*03.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2/FG 24
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.237.790 (+9.705), davon 58.956 (+975) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 83/100.000 EW o 4-Tage-R=0,75; 7-Tage-R=0,83 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 1.980.211 (2,4%), mit 2 Impfungen 606.786 o DIVI-Intensivregister: 4.264 Fälle in Behandlung (-58), aus intensivmed. Behandlung entlassen: +493, davon 30% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Kontinuierlicher Rückgang setzt sich fort Ausnahmen: SH und SL o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ 70 LK < 50/100.000 ▪ Mehrzahl der LK deutlich >50/100.000 Besonders betroffen: Tirschenreuth und Burgenlandkreis ▪ Landkreise mit deutlichstem Rückgang (Faktor 0,4-0,5) sind gleichmäßig im Bundesgebiet verteilt o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Höchste Inzidenzen in den Altersgruppen 90+ und 80+ ▪ In den jüngeren Altersgruppen homogen kontinuierlicher Rückgang der Inzidenz o Beurteilung ▪ Aus HH wurden gestern keine Fälle gemeldet, führt nicht zu Verzerrung, da nur etwa 100 Fälle zu erwarten waren, Disclaimer dazu wurde auf Homepage und Dashboard gestellt ▪ Fallzahl unter 10.000, obwohl Mittwoch meist die höchsten Fallzahlen gemeldet werden ▪ Anzahl der Verstorbenen bleibt konstant hoch, ev. Übermittlungsverzug, in der Darstellung der Todesfälle nach Sterbewoche liegt der Peak in KW 51und 52, 2020 ▪ R-Werte deutlich unter 1 ▪ Abnahme der Fälle in intensivmedizin. Behandlung ▪ Umfangreiche Impfaktivitäten, wird in den Medien weiterhin stark bzw. kritisch thematisiert	FG32 ([redacted])

	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Abnahme im Vergleich zu KW 3, stärker bei erwachsenen, geringer bei Kindern, insgesamt liegen die Zahlen trotz der Jahreszeit auf Sommerniveau o ARE-Konsultationen ▪ Im Vgl. zur Vorwoche gesunken, auch hier ungewöhnlich niedrige Zahlen in allen Altersgruppen 530 Arztbesuche/100.000 EW, 440.000 Arztbesuche insgesamt wegen ARE ▪ In KW 1 kurzer kompensatorischer Anstieg, nach geringen Zahlen über die Feiertage o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Anzahl SARI-Fälle weiterhin in allen Altersgruppen auf normalem Niveau, in den jüngeren Altersgruppen (<15) extrem niedrig, keine schweren Fälle ▪ Altersgruppen im Vgl. zu den Vorjahren: Ab 15 Jahre: etwa auf dem gleichen Niveau 15-34 Jahre: unter dem Vergleichsniveau 34-59 und 60-79 Jahre: auf Vergleichsniveau >80 Jahre: etwas über dem Vergleichsniveau o SARI-Fälle mit COVID-Diagnose ▪ Entspannung bei den Fällen mit maximaler Verweildauer von 7 Tagen, niedriges Niveau vor allem bei jüngeren AG ▪ Auch die Zählung aller Fälle (inklusive noch liegender Patienten) zeigt einen deutlichen Rückgang der Aufnahmen	([redacted])
	ToDo: *Rückgang der Zahlen (syndromische Surveillance) zeigt Erfolge der Maßnahmen zum Infektionsschutz, dies soll im Rahmen der BPK am Freitag, 05.02.2021 verständlich kommuniziert und belegt werden, bitte Daten (auch weiterer Infektionskrankheiten, bspw. Tbc) zur Verfügung stellen. ID 2160_8* *Cave: Rückgang aufgrund von Hygienemaßnahmen trifft für respiratorische Erkrankungen zu, bei anderen übertragbaren Erkrankungen kann auch ein Rückgang der Patientenzahlen mit ursächlich sein, daher ist Vorsicht bei der Interpretation geboten*	[redacted]
	• **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Im Vgl. zu KW 4 mit etwa 1,1 Mio etwa gleich ▪ Deutlicher Rückgang im Vergleich zum Jahresende 2020 (KW 51: etwa 1,6 Mio) ▪ Die Positivenquote geht zurück: jetzt 8,5% im Vgl. zu > 15% in KW 53	FG37 ([redacted])

	o Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten liegen bei > 2 Mio, die Anzahl der durchgeführten PCR beansprucht etwa 50% ▪ Anmerkung: dies eröffnet Möglichkeiten für ergänzende Testungen, Erweiterung der Testkriterien wird im Verlauf der Sitzung noch angesprochen werden o Morgen ist vom BMG die Novellierung der Medizinprodukte-AbgabeVO (MPAV) zu erwarten. Wortlaut noch unbekannt, da RKI nicht eingebunden ist. Geplant ist die Abgabe von AG-POCT an Laien und nicht nur über Apotheken. Unter Einbindung von ZBS1 und FG 17 wird derzeit an FAQ zur Erklärung der Anwendung gearbeitet ▪ Die Öffnungsklausel (AG-POCT an Laien) wird Einfluss auf die Fallzahlen haben. Als zuverlässiger Indikator des Infektionsgeschehens sollte daher die Positivrate herangezogen werden. ▪ Anpassung der Testkriterien ist bereits umgesetzt und veröffentlicht ▪ Thema soll in BPK am Freitag 05.02. aufgenommen werden *ToDo (Presse): Thema in den Sprechzettel für Freitag aufnehmen*	(▇▇▇▇▇▇)
	o Probenrückstau ▪ Nicht erwähnenswert o AG-POCT (Voxco Abfrage) in Einrichtungen ▪ Im Vergleich zur Anzahl der mit Tests belieferten Einrichtungen ist die Teilnahme weiterhin gering ▪ Erfreulicherweise wurden von 378 positiven AG-POCT 348 zur PCR eingesendet. ▪ Wie viele davon positiv bestätigt wurden, ist den Meldedaten nicht (belastbar) zu entnehmen • **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) o Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, letzte Woche weniger Tests als in der Vorwoche o Anteil positiv Getesteter nach Bundesland ▪ In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Anzahl der Tests/100.000 EW relativ stabil bei Kindern, etwas rückläufig bei Erwachsenen, ▪ Positivenanteil nimmt in allen Altersgruppen ab	FG 37 (▇▇▇▇▇▇▇▇▇▇)

	o Abnahmeort ▪ In Arztpraxen: Rückgang im Vgl. zur Weihnachtszeit 2020 ▪ In KH: Testzahlen stabil ▪ Andere Orte: Abnahme der Testzahlen o Zeit zwischen Abnahme und Test ▪ In RP aktuell 2 Tage ▪ In SL deutlicher Anstieg, Telefonkonferenz ist geplant, konnte wg. Erkrankung noch nicht stattfinden **Ausbrüche in Pflegeheimen und Krankenhäusern** o In Pflegeheimen weiterhin rückläufige Anzahl, von > 900 über letzte Woche 850 auf jetzt 750 Ausbrüche. o In KH ist die Anzahl der Ausbrüche höher, als in der Vorwoche **Kurzbericht Ausbruch im HUK, Berlin** o Psychiatrie wurde bereits am letzten Wochenende geöffnet, restliches Klinikum wird ab Donnerstag, 04.02. geöffnet o 16 PatientInnen wurden positiv getestet, 6 sind verstorben, 2 in kritischem Zustand auf ICU o Sekundärfälle in Siedlung, Altenheimen, Haushalten und anderen KH o Weitere Details wird [redacted] am Freitag berichten • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Stand 03.03.2021 4217 Fälle, in vielen BL sinkende Zahlen ▪ In SH, SL, BE Anstieg, in NI nur geringer Rückgang o Fallzahlen auf ICU ▪ Verfügbarkeit steigt leicht an, Auslastung sinkt etwas ▪ Anteil der Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der Betten liegt in 7 BL > 20%, insgesamt Rückgang (Peak lag bei 30-40%), insbesondere stark belastete BL zeigen deutlichen Rückgang o Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Weiterhin Stabilisierung ohne Entlastung ▪ Zahl der Häuser mit Personalmangel ist weiterhin hoch, die Raumsituation stabilisiert sich etwas o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Trend zeigte zuletzt nach unten ▪ Nach Kleeblättern: im Norden Prognose stabil bis steigend, im Osten wird ein deutlicher, im Süden und Westen ein geringerer Rückgang erwartet	MF4 ([redacted])

	▪ Neue Prognose für heute ist noch in Arbeit • **ALM Abfrage/Bericht (Update verschoben v. Mo)** o **Nicht besprochen aus Zeitgründen,** *ToDo: Bericht soll über Krisenstabsverteiler zirkuliert werden und nach Abstimmung mit BMG an die Länder kommuniziert werden*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Ist zum Zeitpunkt der aktuellen Krisenstabssitzung aufgrund unklarer Zuständigkeiten noch nicht online *ToDo: für eine zeitnahe Veröffentlichung sorgen* *FG33 ist gebeten, Vorschläge zur Aufnahme des Themas „Impfung" in die Risikobewertung zu formulieren . ID 2722_1*	FG36 ([redacted]) . [redacted] FG 33
5	**Kommunikation** **BZgA** • [redacted] wird gebeten, weiterzugeben dass: o Insbesondere im Hinblick auf die kommende Freigabe der AG-POCT eine breit angelegte, bevölkerungsweite Kampagne wünschenswert wäre o Auch gegen die sinkende Akzeptanz für Maßnahmen in der Bevölkerung würde dies wirken o Insgesamt könnte eine Kampagne zu den AHA-Regeln (mit Hintergrund: Begründung und Erklärung) auffrischend wirken o Mehr Frequenz und Durchdringen wäre wünschenswert o Bspw. in Form von Spots in Radio und TV (die öffentlich-rechtlichen Medien in die Pflicht nehmen)	BZgA ([redacted]) Alle ([redacted])

	IMS • Vorschlag zur verständlichen Kommunikation mit der Bitte um Kommentierung (Pdf hier) o Welche Daten fließen im RKI zusammen, wie werden sie bewertet, visualisiert, wie erfolgt der Transfer aus dem Haus o Stichwort „Daten für Taten“ ▪ Surveillance ▪ Berichterstattung als Grundlage für politische Entscheidungen ▪ Veröffentlichung von Daten als Forschungsgrundlage *ToDo: Bitte um Kommentierung* • **Gesetzliche Berichtspflicht** o Es gibt Hinweise, dass eine gesetzliche Verpflichtung besteht, im März einen weiteren Bericht (nach dem Zwischenbericht) zu liefern o Eine Aufforderung durch das BMG ist bisher nicht ergangen *ToDo: Bis Montag Gesetzeslage, Fristen und Federführung klären. Fahrplan auf die Agenda von Montag 08.02. setzen*	P1 ([redacted]) Alle [redacted] und Lagezentrum
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Mobilitätsmonitoring **(mittwochs)** (bitte Folien im Krisenstabsordner ablegen) o Es wurde überprüft, inwiefern sich die Mobilitätseinschränkung auf einen 15 km- Radius bei Inzidenzen von >200/100.000 auswirkt o Nur 5% aller Wege fallen in die Kategorie über 15 km o Keine Auswirkung auf die Gesamtmobilität feststellbar o Wahrscheinlich sind Auswirkungen auf Wege über 15 km vorhanden, wirken sich wegen des geringen Anteils nicht auf die Gesamtmobilität aus o Bisher keine weitere Spezifizierung möglich (Datenschutz), neue Daten der Mobilfunkanbieter werden (grob) nach Altersgruppen, Geschlecht und Pendler/Nichtpendler unterscheiden *ToDo: Altersspezifische Inzidenzen können von RKI-Seite geliefert werden, um Korrelationen zu überprüfen. ([redacted]), ID 2568* **b) RKI-intern** • Vorschläge für den langfristigen Umgang mit Corona von [redacted], GA Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg (s. E-Mail hier)	Alle ([redacted])

	o Insbesondere die Fragen zur Testung erscheinen berechtigt : nationale Teststrategie, Hinweise zur AG-testung und Testkriterien des RKI sollten besser verknüpft und integriert werden, sobald die neue MPAV vorliegt. o Hinweis: in Abstimmung mit dem BMG ist die nationale Teststrategie der Ort, an dem das Vorgehen für Fachpersonal und Kliniken festgelegt ist. o Durch die Novellierung der MPAV ändern sich die Voraussetzungen o Sollte im geplanten EpiBull-Artikel adressiert werden o Hinweis: Freigabe von AG-POCT bedeutet Empowerment und aktive Beteiligung der Bevölkerung, dies sollte positiv in eine Bewertung einfließen o Vorschlag: webex-Meeting mit [redacted], zu Austausch und Diskussion ihrer Vorschläge und als Zeichen der Wertschätzung ihres Engagements	ZIG ([redacted]) [redacted]
	ToDo: Meeting mit [redacted] planen (wurde angestoßen)	Alle
	• Diskussion zu Testung/Umgang mit AG-POC o Überschrift des Flussschemas zur Testung lautet: „Covid-19 Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen“, (das ist gut), der Link dorthin heißt „ Testkriterien (für die SARS-CoV2-Diagnostik) “ Das Begleitpapier heißt „Testkriterien für die Wintersaison“, hier sollte angepasst werden o Grundsätzlich sollte klar kommuniziert werden ▪ Ein positiver AG-Test löst den V.a. Infektion aus (auch bei Heimtest) ▪ AG-POCT kann falsch positiv (negativ) sein ▪ Eine Verifizierung über PCR ist notwendig ▪ Ein positiver AG-POCT hat mehr Gewicht, als ein Warnhinweis in der CWA ▪ Alle Maßnahmen im Verdachtsfall gelten hier, Handlungswege bei V.a. Infektion sollten kommuniziert werden o Unklar, in welchem Umfang und aus welchem Anlass getestet werden wird, Gefahr schlechter prädiktiver werte und vieler falsch pos./neg. Befunde o Indikationen für AG-POCT sollten kommuniziert werden: ▪ Bei V.a. Infektion ▪ Zum Ausschluss einer weiteren Infektiosität bei Entisolierung/Entlassung	
	ToDo: Bezeichnung des Links zu den Testkriterien anpassen	

	Die Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation soll fortgesetzt werden • Diskussion zur Frage: Wann besteht ein Verdacht auf Infektion mit VOC o Ein Vorschlag der Virologen von RespVir wurde von [redacted] an AG Diagnostik weitergeleitet o Es gibt PCRs, die darauf hindeuten o Nachweis von bestimmten Punktmutationen könnte sollte als V. a. bewertet werden o Soll V. a. von den GÄ ans RKI gemeldet werden? DEMIS-Meldung von Laboren an GÄ ist etabliert, aber Weiterleitung unklar o Bisher werden nur bestätigte Befunde übermittelt o Es soll vermieden werden, eine „Epidemie in der Epidemie zu kreieren o Verdachtsdiagnosen und bestätigte Fälle sollten getrennt ausgewertet werden können o Es wurde bereits ein konkreter Vorschlag von [redacted] ausgearbeitet im Dialog mit [redacted], Finalisierung ist in Arbeit, Entwurf beinhaltet 3 Kategorien: ▪ Hinweis auf VOC ▪ Durch Laborbefunde (2 PCRs) begründeter V. a. VOC ▪ Nachweis auf Sequenzierungsbasis o Entisolierungskriterien: Aus den Ländern kommt der Wunsch, entweder bei Ausbrüchen oder grundsätzlich bei V. a. VOC auf 14 Tage Isolierung zu verlängern o Bisherige Datenlage, auch im Austausch mit UK, zur Viruskinetik rechtfertigt keine Verlängerung der Isolierung o Hier sollte auf die Unterscheidung zw. Erkrankungsdauer und Inkubationszeit (hier 14 Tage Quarantäne plus 1 Woche Selbstbeobachtung) geachtet werden o Diesbezügliche Datenlage muss weiter beobachtet werden	
7	**Dokumente** • **Kohortierung in Einrichtungen (Folien hier)** o Vorliegende Dokumente „Ergänzende Grundsätze der medizinischen Versorgung in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie“ und „Optionen zur getrennten Versorgung von COVID-19-Fällen, Verdachtsfällen und anderen Patienten im stationären Bereich“ sollen wegen Unübersichtlichkeit und Redundanzen zusammengefasst werden in ein Dokument o Geplanter Titel: „Die medizinische Versorgung von Covid-Fällen – Hinweise zu organisatorischen Maßnahmen, Kontaktpersonenmanagement und Versorgungsorganisation“, vier Aussagen: ▪ Erneute Quarantäne für HCW wenn sie KP I werden - mehr als 3 Monate nach Erstinfektion - bei V.a. VOC-Infektion	FG 37 ([redacted])

- bei Kontakt mit Risikogruppen
  - Quarantänepflicht für Geimpfte
  - Getrennte Isolierung von Fällen unterschiedlicher Varianten (VOC)
  - Vor Verlegung Transport- und Zieleinrichtung informieren, ob auf VOC untersucht bzw. VOC nachgewiesen wurde

- Vorläufiges Feedback aus Einrichtungen ist gemischt, wird teilweise als machbar (räumlich), bzw. nicht machbar bewertet.

- Für die drei Dokumente „Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal in Arztpraxen und Krankenhäusern bei relevantem Personalmangel“, „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alten- und Pflegeeinrichtungen bei Personalmangel“ und „Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel“
  - Müssen entsprechend ergänzt bzw. angepasst werden: keine Quarantäneverkürzung bei V.a. VOC, Quarantäne auch nach Impfung, Quarantäne bei mehr als 3 Monate zurückliegender Erstinfektion, bei V.a. VOC und bei Kontakt mit Risikogruppen

- Dokument „Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen“:
  - Quarantäne von ganzen Stationen, Gebäudeteilen oder Krankenhäusern kann sinnvoll sein
  - Das Personal kommt in Wechselquarantäne (möglichst organisierter Transport, kein ÖPNV)
  - Entlassene Patienten und Patientinnen müssen in Quarantäne (Beginn: Entlassungstag)

- Diskussion
  - Einigung auf die Bezeichnung „besorgniserregende Varianten“
  - Es soll deutlich formuliert werden, dass „V.a. VOC-Infektion“ und „Kontakt mit Risikogruppen“ als einzelne Konditionen jeweils die Quarantäne begründen können.

ToDo: Eindeutige Formulierung wählen ([redacted]) und Kontaktaufnahme mit [redacted] bezüglich der Anpassung der KoNa-Dokumente
Alle Dokumente bezügl. Bezeichnung „Besorgniserregende Variante“ überprüfen ([redacted])

	▪ Zur Umsetzung der getrennten Kohortierung: Es müsste definiert werden, wann ein V. a. VOC vorliegt bzw. ausgesprochen wird ▪ Es müsste geklärt werden, inwiefern „getrennte Versorgung“ getrennte Gruppen, Einzelzimmer, getrenntes Personal bedeutet ▪ Zur Entlastung der KH z.B.: „wenn möglich“ formulieren Personelle Zuordnung ist häufig schwierig, bes. nachts ▪ In den COVID-Bereichen ist die KH- Hygiene schlechter, Bedeutung der Übertragungsvermeidung von VOC sollte verdeutlicht werden ▪ Titel des Dokuments sollte geändert werden: mit „medizinische Versorgung“ assoziiert man Therapie, alternativ besser“ infektionshygienisches Management“ *ToDo: Dokument bitte an FG 14 weiterleiten* ▪ Hinweis: Umsetzung wird dadurch erschwert, dass V. a. VOC häufig aus Target-PCR stammt, die nicht zw. verschiedenen Varianten differenziert ▪ Lösung einzelner Kliniken: Zweibettzimmer werden zu „Evaluations“´-bzw. „Screeningzimmer“, bis zur Klärung durch Sequenzierung ▪ Es sollte darauf gedrängt werden, zu sequenzieren und dann stufenweise die Kohortierung aufzusplitten *ToDo: Titel ändern, Präzisierungen aufnehmen, getrenntes Personal „wenn möglich“, Formulierung „getrennte Versorgung“ ist gut, keine Forderung nach Einzelzimmern um den Kliniken Handlungsspielraum zu lassen*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o 150 Probeneinsendungen/Woche o Es wurden 5 neue Praxen rekrutiert, da derzeit um ausreichend Probenmaterial zu kämpfen ist o Im Sentinel aktuell 3% der Proben positiv (im Vgl. zu vorher 16%) o Im Sommer waren Rhinoviren häufig, da viele pädiatrische Einsendungen o Influenza: konstant 20 bis 30 Meldungen/Woche (in der Vorsaison noch 30.000 Fälle) o Rhinoviren weiter rückläufig	FG17 ([redacted])

	o Coronaviren saisonal rückläufig, diese Woche 2, letzte Woche 4, unter dem erwarteten Niveau o Parainfluenzaviren sind eigentlich saisonunabhängig, der Rückgang zeigt die Wirksamkeit der Infektionsschutzmaßnahmen o M 501Y trat 3x im Sentinel auf (Hessen, Jena, Vogtland, dort als B.1.1.7 sequenziert) o NRZ für Influenza (bessere Altersrepräsentativität) und Respvir (kleinkindlastig) bestätigen diese Trends o Daten eignen sich für die BPK *ToDo: Daten für die PK bereitstellen. ID 2160_8* • **ZBS 1 kein Teilnehmer** • **Ausbruch im HUK:** Es sind etwa 40 Isolate im Haus, teilweise bereits sequenziert, Daten liegen vor. Gibt es Kapazitäten, daraus einen Stammbaum anzulegen? *ToDo: MF1 soll das in die Wege leiten* • **Mitteilungen des GA Havelland zu Reinfektionen (**Folie hier **)** [redacted] o in allen drei Fällen fehlen Daten für die Annahme einer Reinfektion o Bedarf nach genauer Definition von Reinfektion o Es gibt bereits eine AG, die sich damit auseinandersetzt (FG 32 und FG 36 o Umsetzung im Meldewesen bisher unklar *ToDo: Bisheriger Stand an* [redacted] *weiterleiten, Aufnahme in die AG,* ***Deadline*** *für einen fertigen Enwurf:* ***Freitag 19. Februar****, FG 32/36, durch das Lagezentrum zu terminieren und an die Beteiligten weiter zu geben*	[redacted] MF 1 FG12 ([redacted]) **Kommentiert [SD1]:** Aufgabe ID 2788
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Aktualisierte Entlasskriterien sind bereits veröffentlicht ([redacted]) • Infektiologisches Beratungsnetzwerk wird in Zusammenarbeit mit DGI Zentren erweitert • Hinweise für Ärzte auf der RKI Homepage unter Therapie →Bereitstellung ausgewählter Arzneimittel durch das BMG • Können AK auch als PEP gegeben werden? PEI wird sich mit dieser Frage befassen, Voraussetzung: BMG-Auftrag (wurde ausgelöst)	IBBS ([redacted])
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	

	• Nicht besprochen	FG37
12	**Surveillance** o Nicht besprochen	FG25 ([redacted])
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Austausch m. WHO zu Varianten Do 04.02. 10:15 (RKI: [redacted]) • BPK Freitag 05.02. 2021	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 05.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende 13:12

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*05.02.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG 38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o kurzer Bericht zum Ausbruchsgeschehen mit B.1.1.7 im HUK	 ZIG1 FG32 FG37/ [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** • Fortsetzung Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation	Alle P4 ([redacted])
7	**Dokumente** • Behebung Logikfehler im Flussschema für Ärzte (ID 107_4)	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	•	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 08.02.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- BzGA
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle o Insgesamt ca. 104 Mio. Fälle und 2,26 Mio. Todesfälle weltweit o Top10 Länder: keine starken Veränderungen seit Vorwoche (Top 6 identisch), Indien und Mexiko weiterhin gelistet, neu hinzugekommen: Indonesien und Italien anstelle von Deutschland und Kolumbien o Fast alle Länder zeigen abnehmenden Trend außer Frankreich und Indonesien o Mexiko: höchste CFR von 8,5 % (Untererfassung von Fällen ggf. zu berücksichtigen) • 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einw. o Portugal einziges Land mit Inzidenz > 500, aber leicht abnehmender Trend o Europa weiterhin sehr hohe Inzidenzen (Tschechien, Spanien, UK, Frankreich, Schweden > 200), jedoch insgesamt eher abnehmender Trend o Amerika ebenfalls sehr hohe Inzidenzen (Nordamerika abnehmender Trend, Südamerika zunehmend) o Afrika: v.a. Libyen, Tunesien, Südafrika, Botswana und Sambia hohe Inzidenzen o Asiatischer Kontinent: Indonesien, Malaysia, Singapur, UAE, Iran und Israel derzeit stark betroffen • SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) o Mittlerweile in 80 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche) o Virusvarianten-Risikogebiete: Vereinigtes Königreich, Irland, Portugal o Unter Beobachtung**:** Europa (siehe Einzelländer), Israel, UAE o Noch keine verlässliche Datenlage, u.a. auch aufgrund unterschiedlicher Sequenzierkapazität innerhalb der Länder o Sehr unterschiedliche Nachweisraten: Niederlande berichten von Anteil von ca. 1/3, Israel von 80 %, Dänemark von 19 %, trotz erhöhter Übertragbarkeit etwas rückläufiger Trend, vermutlich aufgrund verschärfter Maßnahmen • SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) o In 40 Ländern nachgewiesen (+10 im Vgl. zur Vorwoche) o Virusvarianten-Risikogebiete**:** Südafrika, Eswatini, Lesotho, Botsuana, Malawi, Mozambik, Sambia, Simbabwe o Unter Beobachtung**:** Länder in (Süd)-Afrika • SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1)	ZIG1 [redacted]

	o Aktuell 10 Länder (+2 im Vgl. zur Vorwoche) o Leichte Zunahme insgesamt o Virusvarianten-Risikogebiete: Brasilien • Verabreichte COVID-19-Impfstoffdosen pro 100 Personen o Israel mit 1,39 Dosen pro 100 Einw. mit Abstand an erster Stelle (entspricht ca. 22 % der Bevölkerung), darauf folgend UAE mit 1,16 Dosen o Veröffentlichung der COVAX-Verteilungsprognose, erste Länder sollen in kommender Woche Impfstoffe darüber erhalten • Diskussion o Ausweisung von Virusvariantengebieten: PH Intelligence und FG17 wurden um wöchentliche, intensive Recherche zum Vorkommen der Varianten gebeten, auch wenn aufgrund der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei Sequenzierung Lage derzeit recht unklar ist o Momentan Ausweisung von Gebieten für die 3 verschiedenen Virusvarianten, fast nicht mehr umsetzbar (zzgl. gestriger Erlass zur Recherche zu 30 Ländern) o Wie wird ggf. ein Zeitpunkt definiert, an dem es weniger sinnvoll erscheint, Grenzen geschlossen zu halten, da sich diese Varianten global durchsetzen? o Unterschiedliches Verhalten der Virusvarianten bei Diskussion zu bedenken, auch hinsichtlich immune escape o Nach aktueller Datenlage erfolgen ca. 5 % der Infektionen derzeit mit B.1.1.7 (bei insgesamt ca. 70.000 Neuinfektionen wöchentlich → mutmaßlich ca. 3.5000 inländische Neuinfektionen mit B.1.1.7 denkbar → ggf. mehr als durch Einreise zu erwarten), Grenzschluss als Maßnahme ggf. nicht geeignet, die Ausbreitung in D zu minimieren o Auslagerung dieser komplexen Grundsatzdiskussion, Anberaumung eines zeitnahen Termins zwischen ZIG1, Abt.3 und VPräs durch [redacted] **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.264.909 (+12.908), davon 60.597 (+855) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 80/100.000 Einw. (Entspannung der Lage insgesamt, Todesfälle aber weiterhin sehr hoch) o 4-Tage-R=0,88; 7-Tage-R=0,93 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.091.689 (2,5 %), mit 2 Impfungen 756.333 o DIVI-Intensivregister: 4.178 Fälle in Behandlung (-44) o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: +623, davon 27 % verstorben, langsam rückgängige Zahlen o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Saarland: scheinbare Stabilisierung auf hohem Niveau	ZIG [redacted] Abt.1 [redacted] Abt.3 [redacted] FG32 [redacted]

	▪ Bremen: ggf. einzelne Ausbruchsgeschehen ursächlich aufgrund der geringen Bevölkerungszahl (geringe Bevölkerungszahl im Vergleich zu anderen BuLä) ▪ Insgesamt rückläufiger Trend, jedoch noch kein BuLa mit Inzidenz < 50/ 100.000 Einw. o Geographische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis (LK): ▪ Schwerpunkt mit höchster Inzidenz nach Osten verlagert, siehe Internationale Lage: v.a. Tschechien betroffen ▪ Derzeit noch 7 LK mit Inzidenz > 250, 74 LK < 50 o Wöchentliche Sterbefallzahlen ▪ Heute noch nicht aktualisiert, Stand 29.01.2021 ▪ Pro Woche ca. 1/3 aller Sterbefälle auf Covid-19 zurückzuführen (= Anteil der Übersterblichkeit im Vergleich zu den Vorjahren (blau)), Untererfassung mutmaßlich recht gering ▪ Vergleich erste *versus* zweite Welle: zweite Welle insgesamt viel stärker, euromomo.eu: Gesamtkurve 1. Welle europaweit mit ca. 90.000 Todesfälle pro Woche stärker ausgeprägt, derzeitige 2. Welle jedoch deutlich verlängert o Diskussion: ▪ Inzidenzkarte, Nationale Lage: viele Stadtkreise deutlich geringere Inzidenz als umgebende LK (v.a. in Bayern) trotz stärkerer Testung in Stadtbereichen, Ursache bedarf weiterer Klärung ▪ Transmission (siehe aktuelle Publikation aus den USA in Science) weniger von älteren Altersgruppen ausgehend, sondern vielmehr von AG der 20- bis 40-Jährigen (siehe Folie 6, ausgeblendet) ▪ Ggf. sollte dieser Sachverhalt auch in der öffentlichen Kommunikation nochmals aufgegriffen und vermittelt werden **Kurzer Bericht zum Ausbruchsgeschehen mit B.1.1.7 im HUK** (Folien hier) o Komplexes und über das HUK hinausgehendes Geschehen, u.U. mit Verbindungen zu Reinickendorf und anderen Bezirken o Aktuell bestätigte Fälle: 17 Personal, 16 Patienten (darunter 6 Todesfälle), 15 sekundäre Fälle (u.a. Entlassene mit Wiederaufnahme bspw. in Spandauer Krankenhaus) o Eintrag vermutlich über Leiharbeitskraft o Screening in Invalidensiedlung (Reinickendorf): 3 Patienten dort positiv o Gynäkologische Praxis mit vielen Fällen mit möglichem Link zum HUK-Geschehen derzeit in Abklärung o Weitere Fälle in einem Altenheim über Personallink zu HUK o Weitere Fälle in Reinickendorfer Firma mit B1.1.7-Nachweis (Eintrag über Familie mit Link zu HUK-Personal)	FG37 [redacted]

	o Expositions- und Erkrankungszeiträume teilweise nicht stimmig, hier jedoch derzeit viele missing links vorhanden o Epidemische Kurve nach Exposition (Folie 2) im zeitlichen Verlauf: insgesamt 47 Fälle o HUK seit gestern wieder unter Auflagen in Betrieb (u.a. zweimal wöchentlich Screening, Kontaktnachverfolgung) o Ende des Ausbruchsgeschehen derzeit definiert auf den 28.02. (= 2 Inkubationszeiten), sporadisches Auftreten neuer Fälle (aktuell 2 neue Fälle über Screening identifiziert) o Epidemische Kurve B.1.1.7 nach Fallkategorie (Folie 3): mögliche Eintragsfälle über Aufnahmestation, Proben von Anfang Januar (Anfang des Ausbruchsgeschehens) können nicht mehr auf B.1.1.7 untersucht werden, Link zu Patienten mit Erkrankung am 06.01. und einem weiteren parallelen Fall unter Mitbeteiligung von B.1.1.7 o Zeitschiene stationärer Verlauf HUK - bestätigte Fälle (Folie 4): 5 Patienten aus erstem Ausbruchsgeschehen in zweites involviert, massive Ausbreitung um den 10./11.01. vermutet o Einige Patienten kurz nach Aufnahme positiv, andere erst im späteren Verlauf entsprechend Inkubationszeit o Stand 02.02.2021: 6 Todesfälle (Altersgruppe > 75 Jahre), aber auch einige Folgefälle mit schwerer Erkrankung bei jüngeren AG mit derzeit unklarem Ausgang o Zusammenfassung: ▪ Möglicher Eintrag am 09./10.01. (kann nicht alle Fälle erklären) über Station CD ▪ Möglicher Link zu einer Patientin/Personal Station 13 mit Erstnachweis am 06.01.2021 (Ausbruch Anfang Januar) ▪ Weiterverbreitung schwerpunktmäßig auf Station 13 mit hohem Anteil an Fällen unter Personal ▪ Hoher Anteil an Leiharbeitskräften ▪ Hoher Anteil an Sekundärfällen in Haushalten und Aufnahme von Fällen und Sekundärfällen in andere Krankenhäuser ▪ Wiedereröffnung HUK am 04.02.2021, weiterhin wöchentliches Screening aller Patient*innen und Personal bis mindestens zum 28.02.2021 ▪ Befundübermittlung im laufenden Geschehen etabliert ▪ Auswertung Sequenzierung und Epi Daten zur Überprüfung der Hypothesen o Herausforderungen: ▪ Befundmitteilung in Kommunikation erheblich erschwert (teils verschiedene Wege der Übermittlung) ▪ Aufgrund von Datenschutz musste auf herkömmliche Tools der Datenerfassung zurückgegriffen werden ▪ Kommunikation mit Gesundheitsamt sehr gut, mit Landesstelle teils schwierig	

	▪ Teils Kontaktdaten nicht bekannt oder mit erheblicher Zeitverzögerung von bis zu einer Woche bei Leiharbeitskraft ▪ Hohe Sekundärfallzahl in Haushalten ▪ Etablierung von Entlassmanagement war im Routinebetrieb nicht erfolgt ▪ Leiharbeitskräfte z.T. nicht im Personalscreening inbegriffen ▪ Personal-AG-Testung großzügig angeboten aber nicht Routine o Sekundäre Attack Rate und Länge der Inkubationszeit: recht unscharf und teils mit Doppelinfektion mit Wildtyp und B.1.1.7 → mehr Informationen dazu mutmaßlich aus folgender Sequenzierung, bislang bekannt: bei erstem und zweiten Ausbruchsgeschehen fast alle 4-Bett-Zimmer betroffen und sehr rasche Infektion nach soweit postulierter Exposition o Es sollte in einem Dokument angemerkt werden, dass auch Leiharbeitskräfte in Personalscreenings miteinzubeziehen sind Missionen EU-Ausland o Mission aus Kosovo zurückgekehrt o Weitere Anfrage seitens Auswärtigem Amt zu weiterer Labor-Unterstützung (Montenegro, vor allem zu dort vorhandener B.1.1.7), derzeit dazu in Abstimmung mit WHO Sprachregelung zu Vakzine o Bitte an das BMG um Sprachregelung zu Vakzinen erfolgt o Bereits mehrere Anfragen an das RKI mit der Bitte um Mithilfe bei Vakzinebeschaffung o Corona-Global-Anträge kommen voraussichtlich im Laufe des Tages aus externer Begutachtung zurück, gehen dann ans BMG, Prozesslänge der Entscheidung dort noch nicht einschätzbar	ZIG [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Wurde aktuell neu eingestellt *ToDo: Bitte an [redacted] um einen Vorschlag zur Integration des Impfens in der kommenden Woche*	Alle
5	**Kommunikation**	

	BZgA • Nicht besprochen **Presse** • Papier zu Virusvarianten veröffentlicht **P1** • Grafik zu integrierter molekularer Surveillance ist online, ebenso der Bericht zu VOCs **FG14** • Dokument von Gesundbund (Gesundheitsportal) erhalten mit der Bitte um Kommentar, RKI hier als Partner aufgeführt, Bericht wurde dem RKI jedoch nicht vor Veröffentlichung vorgelegt • Es müssen klare Strukturen für eine Sichtung existieren sowie eine klare Definition der Verantwortlichkeit für die Inhalte • Unabhängige Klärung für die Betroffenen außerhalb des Krisenstabs auch zur Vermeidung der Mehrbelastung erforderlich *To Do: Bitte an [redacted] um Klärung der Sachlage zu dieser Anfrage seitens Gesundbund (ID 2769_1)*	BZgA Presse [redacted] P1 [redacted] FG14 [redacted] Abt.1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie (mittwochs) **b) RKI-intern** • Fortsetzung Diskussion zu Testung und diesbezüglicher Kommunikation: siehe nachfolgender Punkt	

7	**Dokumente**
	Behebung Logikfehler im Flussschema für Ärzte (ID 107_4)
	• Problem: Handlungskonsequenz nicht eindeutig (Änderungen ggf. auch im Begleittext anzupassen)
	• Gabelung:
	  o Alt: „Testkriterien nicht erfüllt, keine SARS-CoV-2-Testung“
	  o Neu: statt Komma „oder“
	  o Vorteil: bezieht sich somit auf Personen, die die Kriterien nicht erfüllen aber auch diejenigen, die aus anderweitigen Gründen nicht getestet werden – klarer formuliert und lässt beide Möglichkeiten offen
	• Box: Überschrift und Subtitel - ALT:
	  o Titel: „Maßnahmen bei sonstigen akuten respiratorischen Symptomen“
	  o Subtitel: „Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“
	• Box: Überschrift und Subtitel - NEU:
		Alle VPräs
		Abt.1
		[redacted]
		IBBS
		[redacted]
		FG36
		[redacted]

	o Titel: "Maßnahmen zur Verhinderung von Übertragungen ~~an Dritte~~, *z.B. bei atypischen Symptomen* ~~falls eine unerkannte COVID-19-Erkrankung vorliegt~~" o Subtitel ~~„Zur Verhinderung von Übertragungen an Dritte, falls eine COVID-19-Erkrankung vorliegt“~~ (entfällt, nun in Titel integriert) o Diskutierte Alternativen hier: ▪ „unerkannt“ ▪ „bei anhaltendem“ ▪ „bei bestehendem COVID-19-Verdacht“ ▪ Jeweils problematisch, da Definition Rückfragen aufwerfen könnte • Möglichst geringinvasive Änderung basierend auf dem Vorschlag von [redacted] von Donnerstagabend *ToDo: sprachliche Überarbeitung in Abstimmung mit IBBS,* [redacted] *und* [redacted]*, finale Sichtung am Montag mit nachfolgender Veröffentlichung (ID 2769_2)*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • In Altersheimen derzeit insgesamt ca. 620.000 Impfdosen verabreicht, somit ca. 60 % dieser Personengruppe mit mind. erster Dosis geimpft • Erste Daten aus Israel: nach erster Dosis bis Tag 14 kein signifikanter Effekt, danach starker Anstieg auf bis zu 90 % – Zeitverzug bis zum „Wirkungseintritt“ kann Berichte von Ausbrüchen im Anschluss an eine Impfung erklären • Neue Phase-3-Studien auch zu Sputnik V publiziert: heterologer prime-boost-Impfstoff mit zwei verschiedenen Vektoren, zeigt gute Ergebnisse • Studien zu Novavax und J&J-Impfstoffen noch nicht peer-reviewed • STIKO wird im Anschluss an die Empfehlung zum Astra Zeneca-Impfstoff eine Empfehlung für den J&J-Impfstoff vorbereiten • Aktuell viele Anfragen zur Empfehlung des Astra Zeneca-Impfstoffes: FAQ dazu wird erstellt, Kommunikation des BMG sollte jedoch etwas gebremst werden, da bei diesem Impfstoff durchaus gewisse Unterschiede vorliegen • FG 33 wurde in Literaturscreening zu Wirksamkeit der Impfstoffe hinsichtlich VOC miteinbezogen, FAQs werden dazu erstellt, ggf. mit anderen FGs abzustimmen • Publikation zu Astra Zeneca-Impfstoff von letzter Woche: Schwierigkeit der Interpretation der nicht ganz optimal durchgeführten Studie • Astra Zeneca: Effekt auf asymptomatische Situation in nur 10 % der Fälle → im Trial wurde aber Gesamtprositivenrate auf 50 % reduziert → Effekt auf Transmission, Effekt der Verhinderung schwerer Verläufe → es sollte nicht nur die asymptomatische Situation als Bewertungskriterium herangezogen werden • Umgang mit Genesenen hinsichtlich Impfung: o AG-Test im Vorfeld laut Modellierungen zu aufwendig und Ressourcen-verbrauchend	FG33 [redacted]

	o Laut STIKO Erhebung des Serostatus und des Ausschlusses einer asymptomatischen Situation nicht erforderlich o STIKO sieht keine Sicherheitsbedenken der Impfung von Genesenen o 6-Monats-Frist begründet sich darauf, dass zuvor keine Notwendigkeit einer Impfung besteht und vermieden werden sollte, bspw. 2-3 Tage nach schwerem Verlauf zu impfen (wie auch bei anderen Impfungen) • Sputnik V o Bewertung der Daten UND Bewertung der Validität der Daten relevant, jedoch ist mit ausführlichen Postmarketingstudien zu rechnen, entsprechend sollte man zunächst von der Validität der Daten ausgehen o Impfstoff-Studienergebnisse werden derzeit von der EMA bewertet o Derzeit unbekannt, ob Sputnik V auf den deutschen Markt kommen soll o Heterologer prime-boost-Impfstoff: zwei verschiedene Adenoviren bei erster und zweiter Impfung verwendet, um Bildung antivektorialer AK (wie bei homologen Impfstoffen ggf. möglich) zu umgehen, daher möglicherweise in Kombination mit anderen Impfstoffen sinnvoll einsetzbar *ToDo: Bitte an [redacted] um die Mitteilung der Effektivität der Aktivierung des CD8-Arms durch mRNA-Impfstoffe*	
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance o 576 Proben eingegangen, davon o 50 SARS-CoV-2- (9 %), 51 Rhinovirus-, 10 saisonales Coronavirus (NL63)-, 2 Parainfluenzavirus (Typ3)- positiv o Bislang weiterhin noch kein Nachweis von Influenza im Sentinel (somit muss die Testprävalenz bei unter 2,5 % liegen, da sonst im Sentinel nachweisbar), Vergleich zu Vorsaisons: ca. 50 % Influenza-positiv Wirksamkeit monoklonaler Antikörper gegen VOCs (Folien hier) o FDA-zugelassen sind Bamlanivimab (Eli Lilly) und Casirivimab + Imdevimab (Regeneron) o Therapeutischer oder prä-/postexpositioneller Einsatz als einmalige Gabe o Neutralisierungsassays (Folie 5): ▪ Jedes Panel: 1 AK gegen konventionelles Coronavirus (WT, schwarz), UK-Variante (UK, pink) und südafrikanische (SA) Variante (ZK, orange) ▪ y-Achse: Neutralisierungsaktivität → je weiter links sich der Kurvenverlauf befindet, desto wirksamer ist der jeweilige AK ▪ Alle 3 AK sind gegen den WT und die UK-Variante gut wirksam ▪ SA-Variante: AK von Eli Lilly nicht wirksam, Regeneron: Casirivimab mäßig wirksam, Imdevimab gut wirksam	FG17 [redacted] FG12/FG 17 [redacted]

	▪ Weitere monoklonale AK (Folie 6): weiterer AK von Eli Lilly gegen UK-Variante wirksam, AK von Astra Zeneca und GSK gegen UK- aber auch gegen SA-Variante ▪ Cave hierbei: *in vitro* Daten aus einem einzigen Labor (Wang *et al.* 2020, medRxiv), decken sich aber soweit gut mit anderen Studien ▪ B.1.1.7 mit 484 Mutation: höchstwahrscheinlich keine Wirksamkeit, da das Epitop über der Mutation liegt • ZBS1 o 689 Einsendungen, davon 171 Proben SARS-CoV-2-positiv (ca. 24,8 %) o Insgesamt ca. 500 Proben aus mehreren Studien (COALA etc.) und Ausbrüchen eingegangen, davon in diverse Proben Variante B.1.1.7 identifiziert o Dem Ringversuch wurde zugestimmt, Proben bereits eingetroffen o Medinzinprodukte-AbgabeVO zu Heimtests vermutlich derzeit noch beim BMG in Diskussion mit Juristen o Änderung § 8 IfSG (bzw. zur Selbstanzeige im Portal) noch nicht beschlossen	ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Derzeit keine strategische Patientenverlegung aus Portugal oder Tschechien zu uns, Status quo bleibt bestehen • Kapazitäten-Evaluation: geringfügige Erleichterung, aber Bedenken aufgrund neuer Varianten	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • BMG forciert Inbetriebnahme von SORMAS • Auf Arbeitsebene bereits entsprechende Anfragen • SORMAS jedoch weiterhin in Testphase, derzeit noch fehlerhaft, könnte Surveillance-Aktivität maßgeblich beeinflussen • Zusage der Leitung von Abt. 5, dass SORMAS nur dann ausgerollt werden kann, wenn Probleme beseitigt sind • Funktionalität muss gewährleistet sein • Aufgrund bereits aufgefallener Fehler liegt Vermutung nahe, dass weitere, bislang unentdeckte Fehler existieren • Auch vor dem Hintergrund ist ein nicht ausreichend getestetes Produkt mit zu hohem Risiko behaftet • Verschriftlichung der Kommunikation erforderlich, auch hinsichtlich möglicher Auswirkungen bei derzeit bestehenden Funktionalitätsbeeinträchtigungen • Rückendeckung seitens Leitung vorhanden, auch seitens Leitung Abt. 5 erforderlich	FG32 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Derzeit viele Anfragen zur Ausweisung von VOC-Gebieten • Es existieren bereits Mutmaßungen, dass Erntehelfer von sämtlichen Maßnahmen grundsätzlich ausgenommen seien, dies	FG38 [redacted]

	wird äußert kritisch gesehen, hierbei muss – sowie auch grundsätzlich – darauf geachtet werden, dass das RKI nicht peripher in Diskussionen eingebunden und schlussendlich als Mitzeichner geführt wird • Laufende Bußgeld-Diskussion zu fehlendenden DEA-Anmeldungen, Compliance-Missachtung, Beförderung von Passagieren ohne Test bei Fluglinien	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Die Federführung für Dokumente liegt nicht im Lagezentrum, sondern in fachlicher Verantwortlichkeit der Fachgebiete • Diese Fachgebiete übernehmen auch die Koordinierung der Abstimmungsschritte mit anderen Partnern • Aufträge sind über das Lagezentrum explizit als solche zu kennzeichnen und mitzuteilen • Das Ergebnis der im Herbst stattgefundenen Befragung wird kommende Woche vorgestellt • Feiertag 08.03.2021: Lagezentrum besetzt, aber keine Krisen-stabssitzung • Bericht des BMG zu Ende März: das BMG wird auf das RKI zukommen, derzeit seitens RKI kein proaktiver Handlungsbedarf • Minister Spahn wird das „Control Covid"-Dokument am Montag in das Kabinett geben	FG38 [redacted] Präs
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 08.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*08.02.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Ausbruch Pflegeheim Osnabrück und weitere Schritte	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Flussdiagramm	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** •	Alle P4 ([redacted])
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik**	FG17/ZBS1

	•	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Pilot SORMAS • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	 FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*08.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.288.545 (+4.535), davon 61.675 (+158) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 76/100.000 Einw. ▪ 7-Tage Inzidenz fällt weiterhin o 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.287.196 (2,8%), mit 2 Impfungen 981.914 ▪ Impfdashboard ist zwischenzeitlich online o DIVI-Intensivregister: 3.933 Fälle in Behandlung (-32) ▪ unter 4.000 Fälle gesunken o Aus intensivmed. Behandlung entlassen: 267, davon 39% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In allen BL fallender Trend ▪ noch 4 BL mit Inzidenz > 100: Thüringen, Sachsen-Anhalt, Saarland, Sachsen ▪ Inzidenz in keinem BL < 50 o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Schwerpunkte im Osten, im Saarland und in Bayern an der Grenze zu Tschechien o Warum geht Fallzahl zurück und R-Wert steigt? ▪ Gründe: Schwankung der Fallzahl im Lauf der Woche, Verzögerung Meldeverhalten ▪ Vorschlag des RKI 4-Tage R-Wert wegen Schwankungen zu streichen ist vom BMG nicht erwünscht. Im Lagebericht wird nur noch 7-Tage R-Wert kommentiert.	FG32 ([redacted])
	• Ausbruch Pflegeheim Osnabrück und weitere Schritte o Große politische Aufregung um 14 positive getestete Bewohner eines Pflegeheims in Belm, die bereits zweimal geimpft wurden. o Es gibt Hinweise auf die Variante B.1.1.7, die Proben werden noch weiter sequenziert. o Bisher Hinweise, dass die Bewohner nicht so schwer erkrankt sind. o Politisch bestand die Erwartung, dass das RKI im Heim direkt anruft, dies wäre nicht rechtskonform. Unterstützung wurde proaktiv angeboten. RKI hat eine Studie vorbereitet, ist bisher aber noch nicht offiziell eingeladen. o Infektionen sind im Rahmen einer Routineabstriches aufgefallen. Die Fortführung der seriellen Beprobung von Belegschaft und Bewohnern ist gute Grundlage für die Erkennung solcher Phänomene. o Die Weiterführung dieser Maßnahmen sollte propagiert werden.	FG38 ([redacted])

	o Es ist zu erwarten, dass durch die Impfung zwar schwere Verläufe vermieden werden können, nicht jedoch die lokale Vermehrung der Viren. o Sollte den Gesundheitsämtern eine Art Kurzprotokoll zur Verfügung gestellt werden, damit systematisch evaluiert werden kann, wie häufig Impfdurchbrüche oder mild symptomatische Infektionen vorkommen? o Könnte in die Handreichung bei Ausbrüchen miteingebaut werden. o Wenn die GA die Fälle ausführlich im Routinesystem dokumentieren würden, wäre es möglich diese Informationen übers Meldewesen zu erhalten. o GA sollen aktiv darauf hingewiesen werden, dass sie das RKI einladen oder das Ausbruchsprotokoll nutzen können. *ToDo: In FG33 gibt es ein PAE Projekt zu Impfdurchbrüchen, mit FG33 besprechen.* • Corona-KiTa-Studie (nur montags) (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Inzidenz liegt deutlich unter Niveau der Vorjahre. Der Anstieg, der normalerweise im Jan./Feb. zu beobachten ist, bleibt dieses Jahr völlig aus. ▪ Effektivität der Maßnahmen hält weiter an. o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Höchste Inzidenzen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Der Zusammenhang je jünger, desto niedrige die Inzidenzen setzt sich fort. ▪ Bei den 0-5 und 6-10 Jährigen steigt der Anteil an allen COVID-19-Fällen leicht an (nicht jedoch die Inzidenz). o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ In den letzten Wochen fast unverändertes Bild, relativ konstant rund 46 Ausbrüche pro Woche. ▪ Weiter relevant hoher Anteil von Erwachsenen, auch Eintrag durch Erwachsene und Übertragungen zwischen Erwachsenen. o Ausbrüche in Schulen ▪ So gut wie keine neuen Ausbrüche, Nachmeldungen. o Anteil von 0-5 Jährigen an allen COVID-19-Fällen nach BL ▪ Relativ inhomogener Verlauf, in manchen BL Anstieg. ▪ Was steckt dahinter? Umfangreicher Notbetrieb in vielen Kitas oder neue Varianten? ▪ Mögliches Signal, das im Blick behalten werden sollte. ▪ Ist nicht bedingt durch absolute Zunahme. Inzidenz geht bei 0-5 Jährigen weniger stark zurück als bei älteren Altersgruppen. o Sollten in größerem Umfang Antigentests bei Schülern durchgeführt werden? ▪ Testung bei Lehrern allgemein akzeptiert. Problem, wer könnte Tests bei Schülern durchführen. ▪ Zurzeit Roche-Studien zur einfacheren Beprobung. ▪ Wenn Beprobung gefahrlos möglich ist, können Antigentests bei gleichzeitiger Einhaltung der	FG36 ([redacted])

	Hygienemaßnahmen zur Öffnung der Schulen beitragen. ▪ Schnelltests können zu falscher Sicherheit führen. Befürchtung: Wenn man Familien und Schulen Tests zur Verfügung stellt, werden diese eher für symptomatische Schüler genutzt werden. ▪ S3-Leitlinie zu Maßnahmen in Schulen: bei Erkrankungssymptomen sollen Schüler nicht in die Schule gehen. Dies sollte nicht durch falsch verstandene Testung verwässert werden. ▪ Es geht nicht um symptomatische Schüler, sondern um regelmäßiges Testen symptomloser Kinder.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Entwurf von FG33 zur Einbeziehung des Impfens in die Risikobewertung liegt noch nicht vor (Deadline 12.02.) -> auf Freitag verschoben	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Aktuell nichts Relevantes **Presse** • Diese Woche erscheinen 3 Artikel im Epid.Bull.: o Heute vorab: Betrachtung der reiseassoziierten COVID-19-Fälle im Sommer 2020 unter Berücksichtigung der Schulferien, Reisetätigkeit und Testkapazitäten o Am 11.02.: Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation der HIV-PrEP als Leistung der GKV – das Projekt EvE-PrEP in Zeiten der SARS-CoV-2-Pandemie o Am 12.02.: Einfluss der Maßnahmen in der COVID-19-Pandemie auf die Fallzahl der nach IfSG meldepflichtigen Infektionskrankheiten • Zur Info: Internetteam ist zurzeit sehr dünn besetzt. • Kommunikation zur integrierten molekularen Surveillance: P1 erarbeitet eine Sprachregelung. • Flussdiagramm zu Kommunikation (hier) o Kleinere Widersprüche im Dokument, deshalb Umformulierung in „Testkriterien nicht erfüllt oder keine SARS-CoV-2-Testung“ und „Maßnahmen bei Symptomen auch ohne Vorliegen eines Testergebnisses“ o Damit werden vermeintliche Widersprüche, wie mit nicht Getesteten umgegangen werden soll, hoffentlich aufgelöst.	BZgA Presse ([redacted]) P1 ([redacted]) IBBS ([redacted])

	o Könnte als Alternative zur Testung verstanden werden, deshalb evtl. Formulierung „kein SARS-CoV-2 Testergebnis“ statt „keine SARS-CoV-2 Testung“ verwenden. o Dies könnte im Widerspruch zum Rest des Flussdiagramms stehen. Ist nicht perfekt zu lösen. o Entscheidung: Text bleibt wie vorgeschlagen. *ToDo: Veröffentlichung des aktualisierten Flussschemas, Prüfung des dazu passenden Textdokuments, FF FG36, ID 2776*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Soll weiterhin die getrennte Versorgung von mit unterschiedlichen Varianten infizierten Patienten im KH empfohlen werden? o KH möchten auf die getrennte Versorgung verzichten. o Es ist unwahrscheinlich, dass das Zirkulieren der Variante B.1.1.7 verhindert werden kann. Bei den Varianten B1.351 und P1 wäre das Verhindern einer weiten Ausbreitung im Land wegen der geringeren Wirksamkeit der Impfung erstrebenswert. o Die Weiterverbreitung von bestimmten Varianten findet vermutlich zum überwiegenden Teil nicht in KH statt. o Eine Verbreitung innerhalb einer Klinik sollte generell vermieden werden. Am wichtigsten ist ein gutes Aufnahmescreening. Die Fälle sollten in besondere Einheiten verlegt werden. o Für Mitpatienten ist die Hauptproblematik das Vermeiden einer Cross-Infektion innerhalb eines Zimmers (Gefahr einer Superinfektion). o Konsequente Durchführung der Maßnahmen notwendig: striktes Aufnahmescreening mit einer schnellen Form der Differenzierung, ob es sich um die übliche oder eine VOC handelt. o Wenn möglich, sollte eine Isolierung nach Kohorten stattfinden, insbesondere bei den Varianten B1.351 und P1. o Sinnvoll ist auch eine Wiederholung des Screenings nach 1 Woche bei Langliegern um nosokomiale Infektionen zu verhindern. o Sequenzierung ist nicht beste Methode, da zu langsam. o Mit einer N501Y Analyse können alle VOCs erfasst werden. o Über ZIG evaluieren, wo südafrikanische Variante zirkuliert? Eher Reiseanamnese allgemein erheben. o Varianten sollen nicht mit den Ländernamen bezeichnet werden. o **Zusammenfassung**: Aufnahmescreening, VOC-Suchtest + Reiseanamnese, Surveillance, Wiederholungstests o Kliniken sollten nicht in eine Situation versetzt werden, die organisatorisch nicht umsetzbar ist. o Wann kann das Dokument publiziert werden? Noch kleine Änderungen nötig, kann Mittwoch veröffentlicht werden. **b) RKI-intern**	FG37 ([redacted])

7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • ZBS1 o In letzter Woche gingen 855 Proben ein, davon waren 230 (26,9%) Proben positiv auf SARS-CoV-2. Dies liegt im Bereich der letzten 2-3 Wochen und bedeutet eine geringfügige Entlastung im Vergleich zum Dezember. • Virologische Surveillance o In den letzten 2 Wochen wurden von 333 Proben knapp 10% pos. auf Rhinoviren getestet; 24 Proben (7,2 %) pos. auf SARS-CoV-2, 1 Probe auf Parainfluenza-Virus Typ 3. o Erstmals Fund der brasilianische Variante P2, wird zurzeit nicht als VOC betrachtet. o Zurzeit viele Fragen zu Varianten und Vorkommen von Varianten in Nachbarländern. o In den Handreichungen für Sequenzierungen ist Impfversagen als Anlass für eine Sequenzierung enthalten.	ZBS1 ([redacted]) FG17 ([redacted])
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Es gibt noch keinen größeren Abfluss von monoklonalen Antikörpern in Apotheken.	IBBS ([redacted])
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (nur montags) o Unter nationale Lage besprochen • Pilot SORMAS o Aufgrund von großem politischem Druck wird in 5 Pilot-GA SORMAS im Laufe dieser und nächster Woche produktiv gestellt. o Es besteht die Befürchtung, dass SORMAS nach der Pilotphase aufgrund des politischen Drucks auch im Falle von Mängeln bei der Datenqualität in allen übrigen GA ausgerollt wird. o Auf der anderen Seite könnte die Pilotierung auch eine bessere Evidenz für eine Beeinträchtigung der Datenqualität liefern. • Wie wird die Untererfassung im Moment eingeschätzt? o Zahl der Infizierten in Modellen: was soll als Untererfassung angenommen werden? Faktor 2-6, stimmt das noch? o Sehr zuversichtlich, dass Inzidenz den Verlauf der Epidemie gut abbildet.	FG32 ([redacted]) Alle

	o Untererfassung der schweren Fälle ist nicht so hoch. Mortalitätszahlen sind nahezu deckungsgleich mit den Sterbefällen des Statistisches Bundesamts. o Es gibt Angaben aus den Blutspenderdaten (nicht repräsentativ) und aus den Corona lokal Untersuchungen in Hotspots. Die Untererfassung sollte sich irgendwo dazwischen bewegen. o Abhängig von der Altersgruppe, bei > 80 Jährigen scheint es keine relevante Untererfassung zu geben. • Gibt es Daten zur Kontaktpersonen-Nachverfolgungsquote in den Gesundheitsämtern? o Nein, dass beurteilen die GA auf Landkreisebene vor Ort. • Ausbruchsgeschehen im HUK: o Letzte Woche fand ein Treffen mit dem Konsiliarlabor statt: Einigung auf Bildung einer Arbeitsgruppe mit 3 Leuten vom KL und 3 vom RKI (ZBS1, MF1/[redacted]), in der besprochen wird, was ausgewertet werden könnte. Alle Proben aus Klinikum sind beim KL, beim RKI sind Proben aus dem Umfeld. o Nächste Woche soll 1.Termin mit KL stattfinden und besprochen werden, welche Fragestellung adressiert werden soll. o Die Einladung zur Ausbruchsuntersuchung ist auf Spandau ausgedehnt worden.	FG37 ([redacted])
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*10.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Ausbruch Belm (Osnabrück)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37; AL3 MF4 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse;P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** •	Alle P4 [redacted]
7	**Dokumente** •	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kontaktpersonen-Nachverfolgung (auf alle Flüge ausweiten?) • Ausnahmeregelungen BPOL für einreisende landwirtschaftliche Saisonarbeitskräfte aus Virusvariantengebieten	Alle FG38 /[redacted]
12	**Surveillance** • Ggf. Pilotierung SORMAS • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	 FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** - Austausch mit EU KOM/ V.a. Leyen (Schaade, 10.2.)	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag 12.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*10.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2 FG24/Thomas Ziese
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.299.996 (+8.072), davon 62.969 (+813) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 68/100.000 EW o 4-Tage-R=1,03; 7-Tage-R=0,94 o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.405.156 (2,9%), mit 2 Impfungen 1.104.504 o DIVI-Intensivregister: 3.846 Fälle in Behandlung (-111) o aus intensivmed. Behandlung entlassen: +525, davon 31% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Abnehmender Trend oder Plateau in allen Bundesländern ▪ Höchste Zahlen weiterhin in TH, SL, SN, BB ▪ MV derzeit auf dem 5. Platz, Plateau o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ Mehr als 100 LK < 50/100.000 ▪ Mehrzahl der LK >50/100.000 ▪ Einige LK < 25/100.000, vor allem im Norden ▪ Weiterhin stärkeres Infektionsgeschehen im Süden und Osten (z.B. Grenzgebiet CZE) ▪ Karte hellt sich insgesamt auf (Rückgang) o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen (AG) ▪ Im Wochenvergleich Rückgang in allen AG ▪ Deutlichster Rückgang in AG >80 ▪ In AG 15-34 und 35-39 jetzt auch deutlicher Rückgang ▪ In den jüngsten AG vergleichsweise geringer Rückgang, hier war auch der Anstieg geringer o COVID-19 Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Nach dem Peak in KW 52 2020 in den letzten 6-7 Wochen abnehmender Trend bei den Sterbezahlen o Beurteilung ▪ 7-Tage -Inzidenz sinkt weiter langsam ▪ Anzahl der Verstorbenen weiterhin hoch ▪ R-Werte bleiben um 1 ▪ Weitere Fortschritte bei den Impfaktivitäten o Diskussion ▪ Frage: Entwicklung der VOC hat sich laut Bericht in KW 5 beschleunigt (regional unterschiedlich), ist eine Korrelation mit den Inzidenzen festzustellen, z.B. LK mit erhöhter Inzidenz und vermehrt VOC?	FG32 [redacted]

- Antwort: BW stellt derzeit keinen Zusammenhang her, bei niedrigem VOC-Vorkommen ist keine Auswirkung auf die Inzidenz zu erwarten, auch in BY (z.B. Tirschenreuth) ist ein Zusammenhang nicht belegbar [redacted]
- Es ist geplant, Meldedaten und Sequenzierdaten zu verknüpfen, nach Zusammenführung der Daten (auch Labordaten mit 3-stelliger PLZ und Expositionsdaten) sind Auswertungen möglich
- Erste Ergebnisse in 1-2 Wochen möglich

- **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) [redacted]
-
  - GrippeWeb
    - Trend zur Abnahme setzt sich fort, Zahlen liegen minimal unter den Zahlen des Frühjahrs-Lockdowns,
    - In absoluten Zahlen für die PK am 12.02:
      KW 5 2021: 914.000 ARE
      KW 5 2020: 5.650.000 ARE
  - ARE-Konsultationen
    - Im Jahresvergleich extrem niedrige Zahlen, keine Grippeaktivität
    - Beispiel NW:
      2021 400.000 Konsultationen,
      2020 1.500.000 Konsultationen
  - ICOSARI-KH-Surveillance
    - Entspannung in den älteren Altersgruppen (AG)
    - Auch in der AG 35-59 nach hohen Zahlen jetzt deutlicher Rückgang
    - AG 0-14 Jahre liegt unter dem Sommerniveau
    - Sari insgesamt nach Altersgruppen: Liegen in allen AG auf normalem Niveau, keine Grippewelle ("Winterberg" fehlt)
  - SARI-Fälle mit laborbestätigter COVID-Diagnose
    - Maximale Verweildauer von 7 Tagen: Rückgang der Zahlen auch in der AG >80.
    - Auch bei Zählung aller Fälle (inklusive noch liegender Patienten) setz sich der Trend zum Rückgang fort [redacted]
  - Diskussion
    - Frage: Welche Auswirkungen wird das auf die Grippeproblematik der nächsten Saison haben (Immunität, Impfverhalten)?
    - Antwort: Hängt von mehreren Faktoren ab: a) Subtyp, der sich ausbreitet, b) Einsatz nicht-pharmazeutischer Maßnahmen
    - Es besteht die Hoffnung, dass diese Saison die Grippewelle ausbleibt, Influenzaexperten sind

besorgt bzgl. des Verlaufs der kommenden Saison, wenn durch Lockerungen eine weltweite Ausbreitung wieder möglich ist (derzeit kein Eintrag aus südl. Hemisphäre)

- **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)
    - Testzahlen und Positivquote [redacted]
      - Rückgang setzt sich fort (um 100.000 auf jetzt etwa 1.000.000 Testungen)
      - 60% weniger Testungen als in der Vorweihnachtswoche
      - Die Positivenquote geht zurück: jetzt 7,9 %
    - Auslastung der Kapazitäten
      - 50% der Kapazitäten werden ausgeschöpft
      - Anzahl der beteiligten Labore schwankt geringfügig, ohne Einfluss auf die Aussagekraft
    - Probenrückstau
      - Probenrückstau und Lieferengpässe sind unproblematisch, allerdings wird nach wie vor Mangel an Plastik, v. a. Pipettenspitzen angegeben
    - AG-POCT (Voxco-Abfrage) in Einrichtungen
      - Teilnahme an der Befragung hat sich etwas gebessert, dennoch i. Vgl. zur Anzahl der Einrichtungen ist der Einblick klein
      - Beteiligung mehrere Verbände mit zahlreichen Einr. ist angekündigt
      - 95% aller positiven Testergebnisse (etwa 1%) wurden zur PCR eingesendet.
    - **Neu:** VOC in Testzahlenerfassung
      - Erweiterte Voxco-Abfrage nach Anzahl der Untersuchungen auf VOC
      - Anzahl der Labore hat sich von KW 2-5 auf 50 erhöht
      - In der vorangegangenen Woche wurden 23.000 Tests auf VOC durchgeführt, hier sind Sequenzierungen, Teilsequenzierungen und Punktmutations-PCR subsummiert
      - Anteil der Proben mit Hinweis auf VOC (von allen auf VOC geprüften Proben) hat sich auf 12% erhöht, B.1.1.7. liegt bei 10 %

- **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier)
    - Bestätigung der Ergebnisse der Voxco-Abfrage, 7,5% Positivenrate
    - Anteil positiv Getesteter nach Bundesland [redacted]
      - In TH mit >10% und MV mit 10% relativ hoch
      - In fast allen BL leichter Rückgang, Ausnahme: MV, hier leichter Anstieg

FG 37 [redacted]

- Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe
  - Anzahl der Tests/100.000 EW ist rückläufig bei den Ältesten, relativ stabil in allen anderen Altersgruppen
  - Positivenanteil in allen Gruppen rückläufig
  - Ausnahme: Kein Rückgang bei AG 0-4
- Abnahmeort
  - In Arztpraxen: Weiterer Rückgang
  - In KH: leichte Zunahme der Testzahlen
  - Spielraum besteht v. allem in Arztpraxen, hier könnte mehr und sensitiver getestet werden
- Zeit zwischen Abnahme und Test
  - SL und TH noch hoch (hier auch hohe Fallzahlen)
  - In B Anstieg eventuell durch Ausbrüche (HUK und KH Spandau) beeinflusst, wird beobachtet

- **VOC Daten aus 5 Laboren**
  - Anteil der positiven Tests mit Zusatznachweis von N501Y an allen positiven Tests: Anstieg auf 9%
  - Anteil von B.1.1.7 in KW 5 liegt bei 6%
  - Die gute Übereinstimmung mit anderen Erfassungssystemen zeigt, dass ARS für eine bundesweite Betrachtung der Zahlen geeignet ist
  - Aufschlüsselung nach BL bisher noch nicht möglich
  - Bisherige Finanzierung aus Haushaltsmitteln ist langfristig nicht ausreichend

- **Diskussion**
  - In Voxco: Anzahl der auf VOC geprüften Proben ist eine schwierige Bezugsgröße für den VOC-Positivenanteil [redacted]
  - Es gibt keine Kontrolle, welche Proben auf VOC untersucht wurden
  - Der deutliche Anstieg (von 5,8% auf 10-12% diese Woche) hat eine Aussage, sollte aber nur für interne Diskussionen verwendet werden
  - Die mögliche Überschätzung könnte Vorteile für die Kommunikation haben, als Argument gegen eine „Lockerungseuphorie“ (es gibt erste solche Stimmen sogar aus dem ÖGD)

  - Es gibt Diskrepanzen zu anderen Erfassungssystemen, dies ist besonders zu beachten, weil aus Voxco die ersten Zahlen sind, die jeweils zur Verf. stehen.
  - Einigung: Bei Verwendung in Bericht muss die Limitation beschrieben werden, Nachkommastellen weglassen
  - Der Anteil VOC-positiver Proben an allen Tests ist eine geeignetere Bezugsgröße, jedenfalls muss der Nenner genau beschrieben werden

ToDo: Anpassung der Tabellen [redacted]

- Frage zum Testort: Könnten die rückläufigen Testzahlen in Arztpraxen auf den Rückgang von ARE→weniger Screening zurückzuführen sein? [redacted]
- Wohl nicht dadurch zu erklären, bereits seit Weihnachten rückläufige Testzahlen [redacted]
- Spricht der rapide Absturz der ARE -Zahlen nicht doch dafür?
- Annahme: Ärzte vermeiden, dass sympt. Patienten in Praxen kommen
- Testkriterien wurden bereits angepasst
- Eventuell hat das RKI durch frühere Dokumente zur Trennung von Patientenströmen die Verlagerung aus Praxen in Testzentren mitverursacht? Hier sollten alte Dokumente überprüft werden [redacted]

ToDo: Aufnahme auf den Sprechzettel für die PK am 12.02.: ÄrztInnen sollen mehr und sensitiver testen (Presse)

- **Kurzbericht Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern** (Folien hier) [redacted]
  Neu: Darstellung der neu dazugekommenen Ausbrüche

  - Altenheime
    - In KW 14 2020: 200 Ausbrüche
      In KW 51 2020: 350 Ausbrüche
      In KW 5 2021: 48 Ausbrüche
    - In KW 5 wurden 40 Ausbrüche für KW 4 nachgemeldet, trotzdem ist insgesamt ein Rückgang zu verzeichnen
  - Krankenhäuser
    - In KW 3 > 150 Ausbrüche, insgesamt leichter Rückgang (weniger ausgeprägt, als in Altersheimen)
  - Insgesamt 150.000 Fälle im Rahmen der Ausbrüche, 117.000 in Altenheimen, mediane Fallzahl 18, 36.000 in Krankenhäusern, mediane Fallzahl 5
  - Neue Darstellung wird bisher nicht im Lagebericht gezeigt, sollte angeglichen werden

ToDo: Diesbezügliche Absprachen mit [redacted] *und* [redacted] *weiterführen (*[redacted]*)*

- Zwischenfrage: ist der Rückgang der Ausbrüche in Altenheimen auf den Einsatz von POCT 2/Woche zurückzuführen? Ein Erfolg?
- Antwort: Ev, eher erster Impferfolg, Umsetzung der Hygieneempfehlungen sind teilweise desaströs, Beispiel Ausbruch Klinikum Spandau: Verlegungen in

	Altenheime wurden bis jetzt nicht nachverfolgt, Einrichtungen nicht informiert • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o COVID-19-Intensivpflichtige ▪ Stand 10.02.2021 3773 Fälle ▪ Zahlen sinken damit unter 4000 ▪ In vielen BL sinken die COVID-Zahlen auf ICU ▪ Insgesamt melden 1300 Akutversorger ▪ SL, SH und BE melden schwankende Zahlen, kein Trend ablesbar o Fallzahlen auf ICU ▪ Verfügbarkeit steigt leicht an, Auslastung sinkt etwas ▪ Anteil der Covid-19-Fälle an der Gesamtzahl der Betten liegt nur in 2 BL > 20% ▪ Rückgang abhängig vom Schweregrad: je leichter der Verlauf, desto stärker der Rückgang (bis zu 40%), bei invasiver Beatmung und ECMO langsamer Rückgang, >2000 COVID-ICU Fälle sind noch beatmet o Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Gesamtbelastung ist weiterhin hoch ▪ Vollauslastung geht zurück, erste Häuser melden wieder Verfügbarkeit ▪ Personalsituation bessert sich vereinzelt ▪ Zahl der freien Plätze stagniert o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Trend zeigt weiterhin nach unten ▪ Nach Kleeblättern: im Norden Prognose geringer Rückgang, im Osten deutlicher Rückgang (von 1500 auf 1000 Fälle), im Süden mittlerer, im SW geringer Rückgang • **Kurzbericht zum Ausbruch in Belm, (LK Osnabrück, NI)** o Ausbruch in einem Altersheim in dem alle Bewohner bereits 2x geimpft sind o 2. Impfung liegt < 2 Wochen zurück, Impfdurchbruch daher fraglich o Fälle BewohnerInnen: 14 (2x geimpft) o Fälle MA: 3 o Bislang milde Verläufe (eine Person könnte versterben, 101 Jahre, wird nicht hospitalisiert) o Es handelt sich um B.1.1.7 o Eintrag: Hypothetisch durch TagespflegenutzerIn mit positiv getesteter Betreuung aus Polen, Weiterverbreitung durch Nachtpflege zunächst an MA, dann an BewohnerInnen o Es wurden schnell und weitreichend Maßnahmen ergriffen	MF4 [redacted] [redacted]

	o Eindruck der KollegInnen vor Ort: Verlauf könnte durch Impfung abgemildert sein	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Textanpassung zum Thema „Impfung" in der Risikobewertung Aufgabe ID 2722_1, wird am Freitag vorgestellt	FG36 [redacted] [redacted] FG 33
5	**Kommunikation** **BZgA** • Seit 4 Wochen läuft die Kampagne „Deutschland krempelt die Ärmel hoch". Die Wirksamkeit wurde geprüft, folgende Meldungen gingen von den beauftragten Agenturen ein o Radiospots: Reichweite in der Bevölkerung 58% o Fernsehspots: Reichweite in der Bevölkerung 78% o Aufrufe der Webseite zum Thema Impfen 1.000.000 o Gesamtreichweite in der Bev.: 66% o Impressions (Social Media) 70.000.000, dies ist in Anbetracht des Budgets eine gute Quote • Es gibt Überlegungen eine FAQ zu entwickeln zur Thematik Südafrika/VOC/Abbruch der Impfung mit AstraZeneca Impfstoff • BZgA und RKI wurden durch den Steuerungskreis aufgefordert, eine Broschüre zu Covid-19 und Impfung (entsprechend der Broschüre mit Hintergrundinformationen zu Influenza und Impfung) zur Auslage in Arztpraxen und Apotheken zu entwickeln, dies ist in Bearbeitung **Presse** • Bitte bei Änderung von Dokumenten immer Disclaimer mit Hinweis auf die Änderungen einstellen, ist hilfreich für die NutzerInnen • Diskussion o Frage zu Südafrika/Impfkampagne: Werden spezielle PCR-Tests entwickelt, um auf Mutationen mit geringerer Impfstoffempfindlichkeit zu testen o FG 17: PCRs sind in Entwicklung, auch zur Erkennung der anderen Varianten bzw. Mutationen, sind bislang nicht einsatzbereit o Geringe AstraZeneca-Wirksamkeit ist erklärbar durch den Vektor (Immunität gegen Schimpansen-Virus), Sputnik mit Adenovirus-Vektor umgeht das	BZgA [redacted] [redacted]

	ToDo: Thematik soll in AG Diagnostik ([redacted]) aufgenommen werden, Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Thema muss gut begründet und aufgebaut sein **EpiLag** o Hinweis aus EpiLag; BW sequenziert alle positiven Proben, dabei werden auch neue Mutationen entdeckt, es ist unklar, welche davon wirklich gefährlich sind o Dazu wird ein Ansprechpartner am RKI gewünscht o Aus Kommunikation mit UK ist bekannt, dass eine hohe Anzahl an Varianten gefunden wird, die eingeordnet werden müssen o Bioinformatische und phylogenetische Einordnung ist komplex o Rolle der Varianten zeigt sich über den Anteil in unterschiedlichen Gruppen o Länder brauchen Beratung: Nicht nur „IMSurveillance“ IMService“ o Ansprechpartner schwierig: In erster Näherung kommt KL/[redacted] in Frage o Zur Studienlage [redacted] *ToDo: Dreizeiler an [redacted] zur Frage Ansprechpartner ([redacted]), [redacted] soll einbezogen werden*	[redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Modellierungsstudie** Nicht besprochen • Frage: Ist bekannt, inwiefern Städte und Kommunen die von den Ländern beschlossenen Maßnahmen umsetzen bzw. anpassen/abändern? Umsetzung der Empfehlungen ist auch eine grundsätzliche Frage (s. Altenheime) o Bielefeld betreibt ein Maßnahmen-Monitoring auf Länderebene (BL und ausgewählte Landkreise) o Verlässlichkeit der Daten ist vorhanden, wurden soeben vervollständigt o Eine Publikation der Daten ist angekündigt o Eine Verknüpfung mit den Fallzahlen soll durchgeführt werden *ToDo: Vorstellung im Krisenstab, sobald Daten vorliegen ([redacted])*	Alle [redacted] [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • **Management von Kontaktpersonen** (Dokument hier) o Soll auf alle Flugreisen ausgedehnt werden, nicht nur auf Virusvariantengebiete oder Hochrisikogebiete o Dokument wird wie präsentiert freigegeben o Soll ab 11.02. gelten	FG 37 [redacted]

	• Frage: Gibt es neue Erkenntnisse zu Abstand und Dauer des Kontakts für KP I bei Kontakt zu VOC? o Aus UK keine neuen Daten, dort keine Anpassungen o Aktuelle Entwicklung muss abgewartet werden o Genaue Umsetzung der gültigen Empfehlungen soll betont werden o CWA-Daten wären wünschenswert, um dazu Aussagen zu treffen o Datenschutz schränkt hier ein *ToDo: bei der nächsten CWA-Besprechung thematisieren*	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** (Folien bitte im Krisenstabsordner ablegen) o 160 Probeneinsendungen in KW 5 o Konstant etwa 150 Einsendungen /Woche o Anteil Sars-CoV-2-positiver Proben bei 6% (ähnlich zu letzter Woche), Rückgang, Zahlen entsprechen den anderen Erhebungen o Influenza: keine Nachweise o Rhinoviren < 10% o Coronaviren saisonal: 1 Nachweis o VOC: lokal (eine Praxis) o Im Sentinel werden 16 verschiedene Viren untersucht • Influenza: bisher keine Nachweise, Ausfall der Welle wird erwartet • RSV: weiterhin keine Nachweise • Rhinovieren (ganzjährig, geringe Immunität) und Sars-CoV-2 (keine Immunität) derzeit nachweisbar • Infektionsdosis wird durch Schutzmaßnahmen reduziert • Prognose zum weiteren Verlauf schwierig: Heftigkeit der nächsten Influenzawelle ist abhängig von Umfang der Impfung und Einhaltung der Schutzmaßnahmen	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Keine Beiträge	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ausnahmeregelung für BPOL In der EinreiseVO sind Quarantäne-Ausnahmen für Personen, die einen Wohnsitz und eine Aufenthaltserlaubnis besitzen, vorgesehen o Besorgnis, dass dies für Saisonarbeitskräfte Im Sommer angewendet wird o Arbeitsmigration (Erntehelfer) ist ein europäisches Problem, das demnächst wieder akut wird	[redacted] Diskussion: Alle

	o Gibt es eine Kommunikation dazu im Haus/ soll eine gemeinsame Haltung dazu formuliert werden? o FG17, [redacted] PH-Intelligence L. Schaade und ZIG waren im Gespräch: Einreisebeschränkungen sind bei geringer Inzidenz von VOC sinnvoll o Es sollte eine möglichst einheitliche Regelung gefunden werden o Bei Testauflagen tragen Beförderer die Arbeitslast o Haltung des RKI: Es sollen einheitliche möglichst strenge Bestimmungen zur Einreise gelten o Für Berufspendler und Saisonarbeiter muss eine Lösung gefunden werden o Formulierungsvorschlag: Quarantäne sollte nicht verkürzt werden können, „möglichst wenig" Ausnahmen sollten möglich sein o Quarantäne 14 Tage bei Virusvariantengebiet, oder 10 Tage (Mischkalkulation), 14 Tage sind sicherer? o Dauer der Quarantäne bleibt eine politische Abwägung bzw. Entscheidung, je nachdem, wieviel Sicherheit man möchte o Ausnahmen haben nicht nur theoretische sondern auch praktische Auswirkungen: Eintrag durch Erntehelfer im Vorjahr könnte hier eine Argumentationshilfe sein *ToDo: Frage in die weiteren Gespräche aufnehmen, Abstimmung zwischen [redacted] und [redacted]*	
12	**Surveillance** • **Pilotierung SORMAS** o DEMIS/SORMAS Schnittstelle ist in Betrieb, bisher wurden 10 Fälle darüber gemeldet o Bisher ein GA pilotiert: Vorpommern Rügen o 5 weitere GÄ sollen nächste Woche folgen o Erste Ergebnisse: Daten wurden nicht richtig gemappt, SORMAS Team verspricht rasche Problemlösung o Geplantes Vorgehen war: Anbindung von 2 GÄ (Vorpommern-Rügen und Reutlingen), Rollout erst, wenn alle Probleme behoben sind o Hoher Druck von Ministeriumsseite auf HZI und Konsortium, den Rollout zu beschleunigen, kein expliziter Bruch der Abmachungen, aber es wird befürchtet, dass SORMAS Rollout vorgezogen werden soll, könnte auch bei MPK thematisiert werden o Einspruch L. Wieler: Vorgehen wird nicht geändert *ToDo: Bei konkreten Hinweisen auf Änderungsversuche Rücksprache mit der Leitung*	FG25 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • PK Freitag 12.02.	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 12.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende 12:51

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*12.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Vorschlag Berücksichtigung Impfprävention	 FG 33, alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** • Verschärfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung (s. E-Mail) • VOC – Bericht Dänemark • EU: Umgang mit COVID-19 Genesenen hinsichtlich Testung bei Einreise (bis 90 Tage ggf. positives Erg.) **b) RKI-intern** • MPK Beschluss 10.02.2021 – Konsequenzen für RKI	Alle P4 ([redacted]) FG38 ([redacted]), Abt1 ([redacted]) FG36/ [redacted] FG38 ([redacted] [redacted]) FG38, alle
7	**Dokumente**	Alle

	• Erinnerung an Aktualisierung der Dokumente vor dem Hintergrund der angepassten Teststrategie	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Vorschlag zur Integration des Impfens	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Ergebnisse der Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19 Pandemie, Oktober 2020	FG38/ [redacted]
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 15.02.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - FG12/[redacted]
- Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** (Folien hier) • Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle: o Die meisten Länder unverändert seit letzter Woche, Deutschland und Türkei (wieder) auf Liste • 7-Tages-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner o Karte hat sich nicht verändert • WHO Epidemiological Update 09.02.2021 o Die vierte Woche in Folge ist die Zahl der weltweit neu gemeldeten Fälle gesunken (niedrigster Wert seit Oktober). Alle WHO-Regionen melden Rückgang. o Auch die Zahl der neu gemeldeten Todesfälle ging die zweite Woche in Folge zurück • SARS-CoV-2 Varianten: VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) o 38 Länder mit Nachweis von B1.1.7, 3 Länder mit Fällen unter Verfizierung o unverändert wie letzte Woche • SARS-CoV-2 Varianten: 501Y.V2 (Linie B1.351) o 37 Länder mit bestätigten Fällen, 8 Länder mit Fällen unter Verfizierung o Spanien hat Fälle bestätigt o Italien, Malta und Türkei seit letzter Woche unbestätigte Fälle o Tirol, Slowakei und Tschechien neues Virusvariantengebiet • SARS-CoV-2 Varianten: P1. Variante (Linie B1.128.1) o Neue Länder: Peru, Spanien, Frankreich, Niederlande o Kanada und Türkei Fälle unter Verifzierung • SARS-CoV-2-Varianten: Nachbarländer Deutschlands o Überblick in welchen Nachbarländern Deutschlands welche Varianten vorhanden sind o Quellen allerdings sehr unterschiedlich • Anteil der vollständig gegen COVID-19 geimpften Bevölkerung o 3 Länder mit den meisten Impfungen wie letzte Woche • Excess Mortalität Europa o Portugal und UK zeigen hohe Excess Mortalität • Diskussion: o In der Übersicht über die Varianten in den Nachbarländern liegt der Anteil für Tschechien bei nur 16,7%. Allerdings wurden nur 120 Proben sequenziert. Nach Daten eines PCR-Herstellers in den Städten (Pilsen, Prag) Anteil bei fast 50%, auch bei Pendlern hoher Anteil und Tschechien selbst hat bst. Gebiete zu Risikogebieten erklärt. Anteil ich Slowakei bei 74%, in Grenzgebieten zu Tschechien wahrscheinlich ähnlich o Länder, die hohe Excess-Mortalität gesehen haben, sprechen von sinkenden Todeszahlen, insgesamt leichter Abfall	ZIG1 [redacted] ZIG1 [redacted], FG36 [redacted]

	o In UK: VOC mit B1.1.7 + Mutation E484K bisher 55 Fälle im Cluster, zusätzlich noch eine weitere Variante in UK under investigation o Aus Dänemark auch Bericht zu neuer Variante mit E484K-Mutation (mind 50 Fälle, E484K-Variante) o Insgesamt wird die Problematik der Einschätzung der Eigenschaften der verschiedenen neuen Varianten in den nächsten Wochen zunehmen. o PK des brasilianischen Gesundheitsministeriums: 3-fach erhöhte Transmission der neuen Variante (aber keine weiteren Daten/Quellen dazu), Impfstoffe werden getestet - Verringerung der schweren Verläufe	
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.320.093 (+9.860), davon 64.191 (+556) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 62/100.000 EW o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.940.423 (3%), mit 2 Impfungen 1.178.725 (1,4%) o DIVI-Intensivregister: 3.675 Fälle in Behandlung (-61) o aus intensivmed. Behandlung entlassen: +497, davon 25% verstorben o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückläufiger Trend in allen BL, TH weiterhin höchste Inzidenz, MV muss beobachtet werden o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ 143 LK < 50/100.000, Anstieg hier ▪ Mehrzahl der LK >50/100.000 ▪ Besonders stark betroffen Tirschenreuth und einzelne weitere LK o Sterbefallzahlen Deutschland ▪ Leichter Rückgang bzw. Plateau, trotzdem weiterhin Übersterblichkeit, leichter Verzug o Sterbefallzahlen nach BL ▪ Nun auch von Destatis abgebildet, sehr unterschiedlich nach BL, da Länder unterschiedlich stark betroffen	FG32 [redacted]
	o Diskussion ▪ Weiterhin interessant, dass die Kurven aller BL auf einen Inzidenzwert hinsteuern und nicht weiter runtergehen ▪ Analysen zu Unterschieden in Mortalität schon in Meldedatengruppe durch [redacted] und [redacted], weitere Analysen sollen bei nächstem Treffen vorgestellt werden, auch altersadjustierte Analysen und Analysen zu Bevölkerungsstruktur (wie viele Personen wohnen in Alten- und Pflegeheimen etc.) werden durchgeführt ▪ In Euromomo sieht man Untersterblichkeit bei 0-14-jährigen (Aufall der Grippewelle etc.) ▪ Artikel zu Auswirkungen von COVID-19 auf andere Infektionskrankheiten in EpidBull erschienen.	FG37, AL3, FG32

2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Textanpassung zum Thema „Impfung“ o Aufgrund der voranschreitenden Impfungen wird die Risikobewertung angepasst und um Textabschnitte zum Thema ergänzt. o Einfluss der Impfungen auf Todesfälle und Fälle auf Intensiv erwartet o Hinweis auf Wirksamkeit der Impfstoffe für Varianten eingefügt o Textabschnitt zu Hinweisen auf Verringerung der Übertragbarkeit durch Impfung eingefügt, Daten dazu aus Israel vorhanden o Änderung der generellen Aussage zu Risiko der Bevölkerung in ca. 2 Wochen, wenn mehr Personen geimpft sind und mehr Klarheit über neue Varianten o Sprachregelung zur zurückgehenden 7-Tages-Inzidenz und dem Effekt der Impfungen? In Alters- und Pflegeheimen 60% erste Impfung, ansonsten 25% der Älteren erste Impfung. Derzeit noch zu früh, vorsichtig formulieren, weniger Ausbrüche in Altenheimen, kann nicht quantifiziert werden, v.a. durch insgesamt zurückgehende Fallzahlen. Erst klare Aussage, wenn durch Daten zu belegen.	FG33/alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Am 20.02. erneut ein Townhall-Meeting mit Hr. Spahn, Hr. Wieler, [redacted] und [redacted] • Di, 16.02. Wartungsarbeiten in Redaktionsumgebung von 16:30 bis 20 Uhr und Dashboard zw. 16 und 18 Uhr, Disclaimer wird geschaltet **Weiteres** • [redacted] in Steuerungskreis Corona-Impfkommunikation: Kampagne mit RKI Unterstützung, um über AstraZeneca-Impfstoff zu informieren, um Empfindung der 2-Klassenimpfung entgegenzuwirken.	Presse [redacted] FG33 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Verschärfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung o Wunsch der Länder nach Verschäfung der Maßnahmen angesichts der VOC-Verbreitung in AGI, EpiLag, TK der IGV-benannten Flughäfen und in separaten E-Mails	FG38 [redacted] alle

formuliert: Änderungen in Kontaktpersonenmanagement, Isolierung/Entisolierung etc. gewünscht.

- Anekdotisch, keine weiteren Daten: Überraschend hoher Anteil der KP infiziert sich, längere Inkubationszeiten bei Kontakten
- GÄ, Länder können zwar über die RKI-Empfehlungen hinausgehen, aber bei Klagen werden die RKI-Empfehlungen herangezogen
- Wunsch der Länder nach 14 Tage Quarantäne, auch wenn kein Verdacht auf VOC:
  - Wunsch zur Verkürzung kam ursprünglich von Politik, grundsätzlich keine Einwände bei Verlängerung der Quarantäne auf 14 Tage, Aussage dazustellen, dass zunächst nicht unterscheidbar, ob VOC oder nicht
  - Aber Std.-Empfehlungen zum Kontaktpersonenmanagement sollten nicht geändert werden
  - Modellierung hat gezeigt, dass 10 Tage plus Testung mehr Fälle verhindern als 14 Tage ohne Testung, daher Empfehlung der Testung (mind. AG-Test) zusätzlich
  - Daten aus Spandau zeigen, dass auch dort ungewöhnliche Dynamik (60 Fälle, auch Fälle unter MA, obwohl in Monaten zuvor keine Fälle aufgetreten sind), keine Daten für längere Übertragbarkeit
  - Aktuell laufen mehrere Ausbruchs-untersuchungen, in denen Fragen zur Inkubationszeit etc. untersucht werden, insbesondere in Schulen
  - Veränderung der Empfehlung: Keine Verkürzung der Quarantäne, Empfehlung, dass zusätzlich mind. AG-Test gemacht wird
  - Veränderte Empfehlung soll BMG vorgelegt werden.
- Änderung der Entlasskriterien auf 14 Tage?
  - In Schalte mit UK wurde von UK keine Notwendigkeit der Verlängerung der Entlasskriterien für DEU gesehen
  - In UK selbst 14 Tage aber ohne Testung, wurde nicht verändert
  - Derzeitige Entlasskriterien: 10 Tage, plus 2 Tage Symptomfreiheit, plus Testung bei Verdacht auf VOC sind wahrscheinlich ausreichend (international oft 7 Tage ohne Kriterium der Gesundung)
  - Die gesonderten Regeln für VOC und Wildtyp werden kritisiert gesehen, weil VOC-Status zu selten bekannt und sich VOC örtlich schon sehr weit ausgebreitet haben

	▪ Bei Änderung der infektiösen Dosis der Mutanten müssen ggf. bisherige Analysen nochmal neu bewertet werden und auch AG-Teste erfassen dann ggf. weniger symptomatische Personen ▪ Aus Schalte der Testkoordinatoren: Es wird angestrebt, in den nächsten Wochen alle positiven Proben per Punktmutationsanalyse auf VOC nachtesten zu lassen. Klärungsbedarf bezüglich Kostenabrechnung, aber es wird versucht das zeitnah umzusetzen ▪ Entlasskriterien werden daher nicht verändert o Änderung der Klassifizierung KP2 – Zeit und Abstand? ▪ Empfehlungen sollten operabel sein, werden sonst nicht akzeptiert/befolgt – Verkürzung auf 1min scheint nicht operabel ▪ 15 min ggf. großzügig bemessen, aber keine gut dokumentierten Daten, nur Einzelfälle, Berichte über Einzelfälle gab es aber bisher auch ▪ Abstand – bisher auf Tröpfchen bezogen, könnte mit der anderer infektiöser Dosis unterschiedlich sein ▪ 30 min – Faktor am ehesten relevant, da Effekt von infektiöser Dosis, aber auch hier aufgrund der Folgen in der Umsetzung, erst Entscheidung, wenn belastbare Daten vorhanden sind ▪ Aber wichtig: in Empfehlung sollte aufgenommen werden, dass KP1 großzügig definiert werden sollten	
	ToDo: Anpassung der Empfehlungen (FG36) • EU: Umgang mit COVID-19 Genesenen hinsichtlich Testung bei Einreise (bis 90 Tage ggf. positives Erg.) o Erlass bis Montag 11 Uhr zu RKI-Haltung zum Verzicht auf PCR-Testung von Genesenen bis zu 90 Tage nach Erkrankung/Testung; o ZIG, Abt. 1, FG36, FG38 an Erlass beteiligt, vor Versand an Hr. Schaade o Hintergrund: positive Virus-Nachweise von Genesenen längerfristig möglich, USA haben Regelung des Verzichts auf Testung zum 29.01. eingeführt. Keine Auswirkung auf Quarantäne. Nachweis per medizinischem Zertifikat o Reinfektionen mit VOC würden so nicht erfasst o Vorgeschlagen wird bei Genesenen eine PCR-Testung mit Quantifizierungsstandard (als unbedenklich gelten $<10^6$ Kopien, wie in Entlassmanagement)	FG38 [redacted]
	• Quarantäne bei Genesenen o Genesene müssen 3 Monate nicht in Quarantäne, außer bei Kontakt mit vulnerablen Personen/Gruppen o Nachfragen bei Kontakt zu geimpften vulnerablen Personen, Vorgehen genauso? o Es sollte vor Ort bewertet werden, aber wahrscheinlich keine Abweichung, da in Alten- und Pflegeheimen i.d.R. nicht	FG37 [redacted]

	alle geimpft sind und noch Fragen zur Impfeffektivität bestehen o Möglichst wenige Abweichungen bei Geimpften und Genesenen **a) RKI-intern** • MPK Beschluss 10.02.2021 – Konsequenzen für RKI o Folgende Aufgaben für das RKI ergeben sich aus dem MPK-Beschluss: ▪ Selbsttestungen – Umsetzung im Meldewesen ▪ Aufgaben bezüglich SORMAS und DEMIS, z.B. SORMAS-Anbindung bei allen GÄ bis Ende Februar – Punkt in letzter Sitzung besprochen, d.h. Anbindung weiterer GÄ wenn die technische Umsetzung in Pilot-GÄ funktioniert	FG38 [redacted]
7	**Dokumente** • Erinnerung an Aktualisierung der Dokumente vor dem Hintergrund der angepassten Teststrategie o [redacted] hat Dokument an Krisenstab versendet o Diskussion verschoben auf Montag	FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Daten zur Wirksamkeit: o Daten aus Israel zeigen, dass Biontech ähnlich gute Wirksamkeit hat wie in Zulassungsstudien o Daten zu Astra-Zeneca Impfstoff aus Südafrika: nur noch 10% Wirksamkeit bei B1.351-Variante, allerdings milde Erkrankung als Endpunkte o Daten zu Johnson & Johnson-Impfstoff, ebenfalls in Südafrika, mehr Power, auch schwere Erkrankung als Endpunkte - dort Wirksamkeit bei moderaten und milden Fällen niedriger, aber Wirksamkeit bei schweren Fällen erhalten, 85% Wirksamkeit bezüglich schwerer Erkrankungen • Anpassung der Vakzine an Varianten: o Alle Hersteller arbeiten an Anpassung der Vakzine, möglicherweise im Rahmen der Booster-Impfung Impfstoff mit neuen Varianten o GSK hat Kooperation mit Curevac – Multivarianten-Impfstoff, Launch 2022 • Analysen zu Impfdurchbrüchen: o FG33 schaut sich IfSG-Meldungen zu Impfdurchbrüchen systematisch an, bisher 9000 Fälle, mit einer Impfung und 4 Fälle mit Zweifach-Impfung, Zusatzfragebogen etabliert, in EpiLag vorgestellt, u.a. bei Impfdurchbrüchen auch Probe an ZBS zur Sequenzierung • Weitere Infos: o Ein gutes Korrelat für die Protektion fehlt, bisher NT genutzt o Übergang von Impfzentren zu Regelsystem, Problem der Erfassung der Impfung in Praxen, ggf. Schwerpunkt-Impfpraxen, die an DIM angeschlossen werden, oder Möglichkeit der Meldung über KV-System. Noch in Diskussion.	FG33 [redacted] FG36 [redacted]

	• Vorschlag in seroepidemiologischen Studien zwischen Impfung und Erkrankung zu unterscheiden o Gelder zur Verlängerung der Studien erhalten o Forschungsfragen müssen angepasst werden, Punkt wird aufgenommen	
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o Insgesamt 579 Proben analysiert, davon ▪ 42 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%, rückläufig) ▪ 50 Proben Rhinovirus-positiv ▪ 2 Proben positiv auf Parainfluenza ▪ 11 Proben positiv für das Coronavirus NL63 ▪ Weiterhin kein Nachweis von Influenza o Hinweise zur Testung werden geupdated, Testung aller positiven Proben auf Varianten wird aufgenommen o Wie ist weiterer Nachweis der saisonalen Coronaviren zu erklären? Infos zur Übertragbarkeit? Unklar, keine weiteren Infos zu Übertragbarkeit von NL63 vorhanden. Möglicherweise keine effektive Immunantwort. • ZBS1 o Daten wurden am Montag schon vorgestellt	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Empfehlung zu MNS im ambulanten Setting o Nachfrage von IBBS zur Vereinheitlichung: zusätzlich FFP2 erwähnen? o Es sollte weiterhin auch im ambulanten Setting ein medizinischen MNS empfohlen werden, fachliche Evidenz hat sich nicht geändert, ECDC und WHO empfehlen medical masks, MNS ist leichter zu nutzen und wird eher als Einmalartikel begriffen	FG14
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Ergebnisse der Befragung zum RKI-internen Lagemanagement während der COVID-19 Pandemie, Oktober 2020 (Folien hier) o Abfrage über VOXCO Anfang Oktober bei allen MA o Wahrnehmung des RKI-internen Lagemanagements, Krisenstabs- und Lagezentrums-spezifische Aspekte o 225 Teilnehmende, 57% sehr zufrieden oder zufrieden mit dem Lagemanagement, bei sehr hoher oder hoher Arbeitsbelastung o Ergebnisse:	FG38 [redacted]

	▪ Kommunikation wird als verbesserungswürdig empfunden ▪ Techn. und räumliche Aspekte: zufrieden, aber Fehlen von digitalen Tools (Datenbanken etc.) ▪ Grundsätzlich Zufriedenheit mit Krisenstab ▪ Schichtbesetzung wurde als kritisch angesehen. ▪ Mehr Wertschätzung wird gewünscht ▪ Evaluation anderer Bereich sollte durchgeführt werden (Diagnostik) ▪ Personalaspekte: Schutz der MA vor Überlastung von Mehrheit als nicht ausreichend empfunden. Depriorisierung nicht ausreichend ▪ Angebote zur psychischen Entlastung erwünscht (vorhandene Angebote nicht bekannt) ▪ Informationen nicht leicht genug zu finden oder nicht vorhanden, MA fühlen sich z.T. „außen vor“, Info zu Zugang zum Verteiler RKI-Corona ▪ Vernetzung und Kooperation als positive Aspekte o Diskussion: ▪ Vorschlag eines Webex-Seminars für alle RKI-MA, möglicherweise im Rahmen des internen Seminars, mit Raum für Fragen ▪ Auswertung sollte vorab im LK besprochen werden, um Vorschläge vorzubereiten	
15	**Wichtige Termine** • s. Kommunikation	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 15.02.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*15.02.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** • Stufenplan **b) RKI-intern**	Alle P4 ([redacted]) FG36/ [redacted]
7	**Dokumente** • Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei Patienten mit Verdacht auf COVID-19 (s. Dokument) • SARS-CoV-2-Testkriterien für Schulen (s. Dokument) • Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen (s. Dokument)	Alle

	• Anpassungen der Isolationszeiten hinsichtlich der längeren Präsenz von SARS-CoV-2 auf der Schleimhaut bei älteren Personen (s. Dokument)	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Frage zu Sprechen im öffentlichen Verkehr bzw. Supermärkten und ähnlichen Settings	FG38
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - FG12/[redacted]
- Abt. 2
  - [redacted]
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Top 10 Länder nach An **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.338.987 (+4.426), davon 65.076 (+116) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 EW o 45/100.000 EW bei 60-79 Jährigen, 89/100.000 EW bei 80+ Jährigen o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.736.109 (3,3%), mit 2 Impfungen 1.410.239 (1,7%) o 235/412 Kreise mit 7 Tages-Inzidenz >50/100.000 EW o 43/412 Kreise mit 7 Tages-Inzidenz >50/100.000 EW o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Ähnlicher Trend in den BL ▪ TH weiterhin höchste Inzidenz, RP niedrigster Trend ▪ Plateau oder weiterer Rückgang muss sich zeigen ▪ Wartungsfenster führte zu verzögerter Übermittlung o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ 167 LK < 50/100.000 ▪ Weiterhin Mehrzahl der LK >50/100.000 ▪ Besonders stark betroffen Tirschenreuth und einzelne weitere LK (Vorpommern-Greifswald, Burgenlandkreis, Schmalkalden-Meiningen) o Diskussion ▪ Frage nach Berichten über Contact Tracing mit nur wenig erfolgreicher Kontaktnachverfolgung, Folien hierzu sollen für Mittwoch zusammengestellt werden ▪ Tischenreuth führt seit 2 Wochen die Liste der LK an. Sollte dort geschaut werden woher die Infektionen kommen? Ggf. Frage nach Grenznähe zu Tschechien stellen und anschauen, auffällig sind die Altersgruppen, in Tischenreuth sind in fast allen Altersgruppen hohe Inzidenzen zu sehen ▪ Frage nach einer Seroprävalenzstudie in Tischenreuth, ggf. Kontakt mit Verantwortlichen in Bayern aufnehmen ▪ In Teilen Frankreich zeigten sich recht hohe Anteile mit südafrikanischer und brasilianischer Variante, Frage nach Varianten in Saarland und Rheinland Pfalz ▪ Virusvarianten und Risikogebiete, Frage von Herrn Wieler warum individueller Reiseverkehr nicht konsequenter eingeschränkt wird. Herr Wieler macht deutlich, dass es aus seiner Sicht	[redacted] Leitung Wieler FG36 [redacted] Schaade [redacted] Wieler

	unverständlich ist warum dies nicht konsequenter umgesetzt wird.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Digitale Einreiseanmeldung wird immer komplexer, seit 12.2. neue Updates online, Anmeldung Mitreisende ist weggefallen, da jede Person eine eigene Einreiseanmeldung benötigt • Fragen werden kommen z.B. Uploadfunktion Testergebnis, Umsetzung ist sehr komplex • Uploadfunktion ist wichtig und wird auch häufig nachgefragt, Hamburg hat Funktion umgesetzt bei der ein PDF hochgeladen wird • Feedbackfunktion, es gab Gespräche mit der ÖGD Feedbackgruppe • CWA Risikoanpassung, wichtig ist, dass Risikoparameter gleich sind, Evaluation läuft gerade, Befragung bei Personen mit roter Benachrichtigung geplant, weitere Akteure zur Evaluation sind eingebunden • Es bildet sich ab, dass evtl. die Messung unter bestimmten Umständen beeinträchtigt sein könnte, z.B. in Bahnen, dies wird untersucht • Datenspende-App wird erneuert und eine Version um Befragungsinhalte erweitert • DEMIS: Anpassungen in DEMIS für molekulare Surveillance werden vorgenommen • SORMAS-Pilotierung weiterhin in einem Gesundheitsamt, noch nicht alle notwendigen Daten können über die Schnittstelle von SORMAS an SurvNet übermittelt werden, SORMAS wird weiter angepasst. • Gemäß MPK-Beschluss sollen Schnittstellen zu SORMAS extralayer vom Bund zügig zur Verfügung gestellt werden. Hier muss das RKI eng eingebunden sein, damit keine parallele Berichterstattung entsteht.	[redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Bundesweit <60/100.000 EW soll die Risikobewertung weiterhin sehr hoch bleiben? • Mit Blick auf VOC wird sehr hoch beibehalten, wichtig ist auch die ITS Belastung, mehr noch als die reinen Inzidenzwerte	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nicht besprochen **Presse** • Webmaster-Team dünn besetzt, was heute nicht unbedingt umgesetzt werden muss bitte auf morgen verschieben **Weiteres** •	Presse [redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Stufenplan wurde angepasst, Grenze auf 35/100.000 EW angepasst, wird zirkuliert • Frage nach Publikation: soll publiziert werden, wichtig ist schnell und deutschsprachig, später dann auch Englisch und international • Frage nach der Publikation wird noch einmal geklärt, ggf. im Epidemiologischen Bulletin • EpiBull ist allerdings ein feststehendes Dokument, wenn aber Aktualisierungen erfolgen sollen, dann eher auf der Webseite • Tendenz ist Publikation auf der Webseite **a) RKI-intern** •	Schaade [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • **Testkriterien symptomatische Patienten** (Folien hier) • Viele Änderungen, v.a. Fokussierung auf alle Personen mit Symptomen jeglicher Schwere unabhängig von Herbst-/Wintersaison • Diskussion um Vorgehen ohne Vorliegen einer Testung, Formulierung wie im Flussschema • Hinweis auf den zunehmenden Anteil von besorgniserregenden Varianten von SARS-CoV2 auch in Deutschland, die mit einem erhöhten Ansteckungspotenzial einhergehen • Wording in Bezug auf vulnerable Gruppen anpassen • **SARS-CoV-2 Testkriterien für Schulen** (Folien hier) • Fokussierung auf alle SuS mit Symptomen jeglicher Schwere unabhängig von Herbst-/Wintersaison • Löschung von Passage zur Aufrechterhaltung des Schulbetriebs • Ergänzung von Passagen zu schweren Verläufen: „Allerdings werden auch für das Kindesalter länger anhaltende Krankheitssymptome beschrieben und der Anteil der Spätfolgen ist bisher noch nicht bekannt.“ • Aufnahme von Passage zu Varianten: „Aufgrund des zunehmenden Anteils von besorgniserregenden Varianten von SARS-CoV2 auch in Deutschland, die mit einem erhöhten Ansteckungspotenzial einhergehen, ist auch mit einem erhöhten Übertragungsrisiko in Schulen zu rechnen.“ • Unter Ziele Aufnahme von Präsens- und Wechselunterricht • Inzidenzwerte >25/100.000 sollen gestrichen werden • Wording angepasst • Es muss klar herauskommen, dass symptomatische und kranke Kinder strikt zu Hause bleiben sollen • Long-Covid bei Kindern soll auch in Bundespressekonferenz angesprochen werden • Auch etwas zum Testen aufnehmen? Es gibt kein Dokument auf das hier verwiesen werden könnte, ggf. in der Einleitung auf die Diagnostik • Strategieergänzung soll so lange noch bleiben bis klar ist wie verlinkt werden kann	FG36 [redacted] [redacted] [redacted] Wieler [redacted] [redacted] [redacted] Schaade [redacted]

	• AHA+L müsste noch um zu Hause bleiben ergänzt werden, ist aber sicher nicht ohne weiteres umsetzbar • **Kontaktpersonen-Nachverfolgung** (Folien hier) • Änderungen: „Unter 3. Definition und Management von Kontaktpersonen: Ergänzung allgemeiner Hinweise zur Einteilung der Kontaktpersonen in Kategorie 1 oder 2; unter 3.1.2. Punkt 2: Ergänzung und Aktualisierung der Hinweise zur Anordnung von Quarantäne bei Kontaktpersonen der Kategorie 1; unter 3.1.2 Punkt 4: Hinweis zum gesundheitlichen Selbstmonitoring der Kontaktperson der Kategorie 1 bei Nachweis einer Infektion des Quellfalls mit einer besorgniserregenden SARS-CoV-2 Variante“ • bei Einteilung in K1 oder K2, immer wenn unsicher dann in K1 • 14 Tägige Quarantänezeit soll nicht verkürzt werden, • Am 14 Tag sollte vor Entlassung aus Quarantäne ein AG-Schnelltest oder PCR-Nachweis durchgeführt werden • Änderungen bei Quarantäne im Fall Streichung von Satz zu pausieren von Tätigkeit von Personal bei Kontakt mit Risikogruppen, Diskussion um eine Ergänzung um privates Umfeld • Formulierung wird jetzt Tätigkeit und privat belassen • Frage nach Update in verschiedenen Dokumenten und allgemeine Anmerkung zu Virusvarianten bspw. zur Krankheitsschwere, es soll ein Vorschlag erarbeitet werden • **Anfrage eines Arztes vom Gesundheitsamt Friedberg/Hessen** (Folien hier) • Anliegen: „Bitte um eine fachliche Diskussion hinsichtlich der längeren Präsenz von SARS-CoV-2 auf der Schleimhaut bei älteren Personen, um hieraus für die Praxis erforderliche Anpassungen der Isolationszeiten zu erreichen.“ • Frage nach längerer Isolation und Anwendbarkeit von AG-Schnellteste, • Hierzu wurden Beschlussvorlagen erarbeitet • Diskussion um den Vorschlag, dass die Isolation nach Maßgabe des GA verlängert werden kann. Dies wird kritisch gesehen, ggf. Schwellenwert anpassen? • Frage, ob ggf. bei Personen 80+ andere Schwellenwerte sinnvoll wären, weitere Frage nach der Anwendbarkeit der AG-Schnellteste • Es wird bei Entlassung aus Isolation ohnehin mit PCR-Nachweis bestätigt, eigentlich damit alles erfüllt, jede Änderung müsste wirklich gut begründet werden • Antwort sollte ihm darlegen, dass er im Rahmen von Ausbrüchen bestimmte Dinge nach eigenem Ermessen regeln kann aber dies nicht zur Anpassung der Isolationszeiten bei älteren Personen führt	[redacted] [redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** Update aus dem AGI Sentinel, KW 5-6:	FG17 [redacted]

	• Insgesamt 228 Proben analysiert: • Positivenquoten: SARS-CoV-2: 5.9% (fallend) Rhinoviren: 9.0 % Saisonales HCoV 2% • Dänemark berichtete im EWRS über eine neue putative Variante der Linie B.1.525 in Dänemark mit Polymoprhismen E484K, die ggf. eine neue VOC werden könnte. 42 Fälle in drei Regionen. In 7 Fällen Bezug zu NIgeria • Frage nach einem Gremium, das festlegt was einen VOC eigentlich ist o ZBS1 • Insgesamt 773 Proben analysiert, davon: 224 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%, rückläufig) • Isolate aus Japan bekommen • Britische und südafrikanische Variante angezüchtet, brasilianische wird noch angezüchtet	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Therapiehinweise werden ergänzt, ansonsten keine weiteren Punkte	[redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Frage einer Bürgerin zu Sprechen im öffentlichen Verkehr bzw. Supermärkten und ähnlichen Settings • MNS ist bereits eine wichtige Maßnahme, ggf. kann BzGA nochmal darauf hinweisen aber kein Sprechverbot befürworten • BzGA-Kampagne könnte dennoch das Risiko beim Sprechen noch einmal aufgreifen • Anmerkung: Sollte das RKI solche Empfehlungen geben, könnte das auch falsch verstanden werden von der Bevölkerung und starke Ablehnung auslösen	[redacted]
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • ARE gehen deutlich zurück im Vergleich zu sonstigen Jahren, ARE-Inzidenz in Altersgruppe 0-5 Jahre war im Vorjahr rund 17-mal höher • geschätzte ARE in KW 5: 0-5 Jahre: 52.000 ARE (1.100/100.000), davon 0% mit Arztbesuch; 6-10 Jahre: 22.000 ARE (600/100.000), davon 0% mit Arztbesuch; 11-14 Jahre: 24.000 ARE (800/100.000), davon 0% mit Arztbesuch • Insgesamt wurden in SurvNet 1.060 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (>= 2 Fälle) angelegt • 792 (75%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 15 Jahren, 41% (1.975/4.864) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt • 268 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter • 65 neue Kita-Ausbrüche gemeldet • in den letzten Wochen rund 50 Ausbrüche pro Woche (KW 6 wegen Meldeverzug ausgenommen) • In KW 5/6 gab es 9 Ausbrüche mit >= 10 Fällen • Mediane Ausbruchsgröße in KW 5/6: 4 Fälle	[redacted]

	• Wirkung der Schulschließungen zeigt sich bei Schulausbrüchen, deutlicher Rückgang • Insgesamt wurden in SurvNet 1.337 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) • 1.237 (93%) Ausbrüche inkl. mit Fällen < 21 Jahren, 22% (6-10J.), 25% (11-14J.), 30% (15-20J.), 23% (21+) • 100 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter • 60 neue Ausbrüche; größtenteils Nachmeldung • in KW 3 ein größeres Geschehen in einem Internat mit 44 Fällen (41 Fälle <21 Jahre)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** •	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*17.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern**	Alle
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	IBBS

	•	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*17.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.350.399 (+7.556), davon 66.164 (+560) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw. ▪ Ähnliches Niveau wie in Vorwoche, kein deutlicher Rückgang der Fallzahlen. o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 2.894.028 (3,5%), mit 2 Impfungen 1.525.943 (1,8%) o DIVI-Intensivregister: 3.352 Fälle in Behandlung (-87) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Plateaubildung, in einigen BL Rückgang. ▪ Leichter Anstieg in Thüringen, Situation in Thüringen wird im Anschluss an Krisenstabsitzung geklärt. o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Ca. 180 LK mit Inzidenz < 50. ▪ Östliche LK und LK an der Grenze zu Tschechien und Österreich stärker betroffen. o Importierte Fälle aus Nachbarländern ▪ Hinweis: Unterschiedliche Skalierung der Achse ▪ Während 2. Welle viele Fälle aus Frankreich, Polen, Tschechien und weiteren Nachbarländern. ▪ Seit Jahresbeginn im Meldewesen keine nennens-werten Einträge aus den Nachbarländern dokumentiert. ▪ Wurde bisher nicht mit BMG geteilt, ist für BMG von großem Interesse. ▪ Länder mit mehr als 25 Importfälle in letzten 2 Wochen: Polen und Rumänien. o Anteil epidemiologisch bestätigter Fälle ▪ Information kann in verschiedenen Variablen erfasst werden (Anteil Information vorhanden). ▪ ca. 40% Kontakt zu bestätigtem Fall ▪ ca. 20% Zugehörigkeit zu Ausbruch ▪ ca. 20% wahrscheinliches Infektionsumfeld ▪ ca. 50% Fall bekannt durch ▪ „Mutmaßlich angesteckt durch“ wird nicht mehr erfasst. ▪ < 5% manuelle Epi-Bestätigung o Angabe zum epidemiologischen Kontext ▪ In ca. 50% der Fälle Angaben zum Infektionsumfeld. Anteil hat sich über gesamten Verlauf kaum verändert. ▪ Bei wie vielen von diesen hat Kontakt tatsächlich stattgefunden? Noch nicht analysiert. ▪ Analyse soll noch verfeinert werden. • **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**	FG32 [redacted]

	Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl PCR Testungen ging leicht zurück, in KW 6 lag die Positivenquote bei 6,5%. ▪ Anzahl der übermittelnden Labore blieb in letzten Wochen vergleichbar. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Testkapazitäten nach wie vor hoch, zurzeit Nutzung der Hälfte der vorhandenen PCR-Kapazität. o AG-POCT in Einrichtungen ▪ Anzahl teilnehmender Einrichtungen hat sich etwas erhöht, zurzeit knapp 200 Einrichtungen beteiligt. ▪ Von 58.718 AG-POCT waren 450 positiv. ▪ 98% (442) davon gingen in die PCR. Davon waren nur 116 in der PCR auch positiv. ▪ Dass nur 116 von 442 Antigentests bestätigt wurden, sollte in Bulletin Artikel eingebaut werden. Bestätigung wurde bei fast allen veranlasst. o VOC in der Testzahlerfassung ▪ Alle Untersuchungen auf Varianten sind zusammengefasst. ▪ Von KW 2-6 ist die Zahl der meldenden Labore und der gemeldeten Tests auf Hinweis auf VOC deutlich angestiegen. ▪ In KW 6: ca. 7.000 Tests mit Hinweis auf VOC, Anteil der Varianten hat sich deutlich erhöht auf ca. 20% (keine Zufallsstichprobe!). ▪ Bei den Varianten überwiegt B.1.1.7 bei weitem. o Zweiwöchentliche Erhebung zu VOC - Karte ▪ Convenience sample/ad hoc Erhebung: Anzahl der Proben mit Hinweis auf Varianten nach PLZ: am höchsten in Nähe zu Tschechien ▪ Knapp die Hälfte aller detektierten Proben konnten nachgetestet werden.	Abt.3 [redacted]
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Deutlicher Rückgang von Proben und Positivenrate. ▪ Gilt für alle BL, nur in Thüringen noch Positivenrate >10%. ▪ Obwohl weniger getestet wurde, geht Positivenanteil in allen Altersgruppen deutlich zurück, auch bei Älteren. Bei Kindern geht er dagegen kaum zurück. o Abnahmeort ▪ Es wird weniger getestet. Testungen in Arztpraxen nehmen ab, weniger Testungen in KH letzte Woche, weniger Testungen auch in anderen Teststellen. o VOC (Daten aus 8 Laboren) ▪ Nicht alle Proben wurden auf die Deletion getestet. Anstieg des Anteils von positiven Proben mit Hinweis auf B.1.1.7. o VOC nach BL ▪ In manchen BL noch keine Daten dazu.	FG37 [redacted]

- In Bayern und Niedersachsen hoher Anteil positiver PCR mit Zusatznachweis delH69/V70.
- Bisher nur Daten aus 8 Laboren und nicht aus allen BL, soll noch nicht nach außen gegeben werden.
- In Thüringen Anstieg der Inzidenz, Anteil Varianten jedoch <10%. Fällt in dieser Hinsicht nicht besonders auf.

- Ausbrüche Altenheimen
  - Deutlicher Rückgang der Ausbrüche, in KW 6 weniger als 50 neue Ausbrüche gemeldet.
- Ausbrüche KH
  - In KH werden wieder etwas mehr Ausbrüche gemeldet, kaum ein Rückgang in KH.

- Selbst wenn alle Personen in Altenheimen geimpft wurden, sollen diese weiterhin routinemäßig getestet werden. Testung soll nicht gestoppt werden. Wird so von FG37 kommuniziert: keine Änderungen beim Testen!

- 0-4 Jährige: viele Ausbrüche in Kitas mit neuer Variante. Positivenanteil bei 0-4 Jährigen sinkt nicht weiter. Kinder und Jugendliche sollten zunehmend im Auge behalten werden. Es wäre sinnvoll, für die neuen Varianten eine Grafik nach Alter Grafik zu erstellen. -> Schaut sich FG37 an

- Wie korreliert Zunahme der Varianten mit Zunahme der Fallzahlen? Ist Zunahme der Varianten mit Zunahme der Inzidenz verknüpft?
  - RKI erhält Daten direkt von Laboren.
  - Außerdem vom Surveillance-System im Rahmen der molekularen Surveillance, dies läuft jetzt erst an.
  - Auch im Meldewesen sind zwischenzeitlich Angaben möglich. Liegen in allen BL in Promillebereich.
  - In allen BL ansteigender Trend. Noch sind keine Trends darstellbar und mit Sequenzdaten verknüpfbar. Wird in nächsten Tagen zunehmend vollständiger im Meldesystem abrufbar sein.
  - Nur die Hälfte der PCR positiven Befunde wurden nachgetestet.
  - Es sollen so schnell wie möglich neue Ergebnisse über diesen Zusammenhang im Krisenstab gesammelt werden.
  - 2 verschiedene Epidemien: allgemeiner Rückgang, gleichzeitig Anstieg der neuen Varianten
  - Sollte nicht als 2 Epidemien bezeichnet werden. Wird bei Subtypen bei anderen Epidemien (z.B. Influenza) auch nicht gemacht. Es ist normal, dass bei Atemwegserregern neue Subtypen auftreten, ist weiterhin das gleiche pandemische Geschehen.
  - Könnte als 2 Ausbrüche betrachtet werden. Eine Unterscheidung sollte stattfinden.
  - Sprachregelung 2 Epidemien wäre relevanter, wenn Anteil stabiler geschätzt werden könnte und Entwicklung in letzten Wochen nachvollzogen werden kann.

	ToDo: räumlich adjustierte Auswertung der regelmäßigen Ad-hoc-Erhebungen des Vorkommens von VOCs, FF [redacted], [redacted], Aufgabe vom LZ (ID 2862) o Sinnvoll wäre es, lokale Inzidenzen mit Zunahme von Varianten zu korrelieren. ▪ Im Moment fehlen noch Daten, ist geplant. o Gibt es Werte für die Variante B.1.351? Gibt es Informationen zur Variante B.1.525? ▪ Hr. Wieler hat [redacted] Berichtsentwurf zugeschickt. o Es wäre sinnvoll Varianten in Fallzahlen (Anteil der Varianten in %-Angaben) auszuweisen. Soll nicht in ganzer Komplexität in Lagebericht aufgenommen werden, hierzu Verweis auf Bericht zu Virusvarianten. *ToDo: Wichtigste Angabe in Lagebericht aufnehmen.*	[redacted]
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ ARE-Rate liegt deutlich unter Vorjahren, aktuell ist jedoch ein Anstieg zu sehen, muss gut beobachtet werden. ▪ Sprung von 5. auf 6. KW vor allem bei 0-4 Jährigen. o ARE-Konsultationen ▪ Dieser Anstieg ist bei Arztbesuchen nicht zu sehen, weiterhin auf sehr niedrigem Niveau. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Schwere Krankheitsverläufe gehen zurück, liegen bei Kindern deutlich unter Werten der Vorjahre. ▪ Auch bei 15-34 Jährigen deutlich unter Vorjahres-niveau. ▪ Weiterer Rückgang bei allen schweren Fällen, inklusive der noch liegenden Patienten. ▪ Bei Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen ist der Rückgang bei >80 Jährigen etwas verzögert.	FG36 [redacted]
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o Aktuell 3.260 Patienten auf ITS, in fast allen BL geht Belegung kontinuierlich zurück. o Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und Anzahl der Verstorbenen nimmt ab. o Anteil der COVID-19 Patienten an Gesamtzahl der Intensivbetten ▪ Nur noch in einem BL (BE) >20%, in 6 BL >15%. o Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Lage stabilisiert sich weiter. ▪ Personalmangel verbessert sich weiter, Raummangel bleibt bestehen. ▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an. ▪ Verfügbarkeit von High-Care noch verbesserungs-würdig. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten	MF4 [redacted]

	▪ Trend zeigt nach unten, auch im Norden zeigt die Prognose jetzt nach unten. o Diese Woche wird das Stufenkonzept veröffentlicht. Die Auslastung in den Intensivstationen ist als Indikator genannt. ▪ Kann die Karte zum Anteil an der Gesamtzahl der Intensivbetten auf der Webseite zur Verfügung gestellt werden? Karte ist auf Seite des Intensiv-registers bereits zugänglich. ▪ Anteil der hospitalisierten >60 Jährigen wurde auch als Indikator genannt. Wo könnte dieser verfügbar gemacht werden? -> Daten vorbereiten o Warum steigt ITS-Auslastung in Hamburg? Gründe? ▪ Evtl. hoher Anteil von UK-Variante, erhöhte Schwere der Erkrankung? ▪ Verlegungen? Haben in letzten 2 Wochen nicht stattgefunden. ▪ Mehrere Ausbruchsgeschehen in Hamburg, großer Airbusausbruch. ▪ Datenqualitätsmängel in Hamburg *ToDo: Situation in Hamburg über STAKOB Behandlungszentrum klären, FF* [redacted] o Wäre es sinnvoll den Anteil von VOC im Intensivregister zu erfassen? ▪ Muss immer im Vergleich zu nicht schweren Erkrankungen betrachtet werden. ▪ Der Schwerpunkt sollte auf der fallbasierten Erhebung mit Meldedaten liegen. Dies lässt sich besser auswerten. ▪ Eine Erfassung über DIVI Register sollte nicht erzwungen werden. -> Prüfen, wie aufwändig eine Erfassung der VOC wäre.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Impfbereitschaft in der Bevölkerung und beim Gesundheits-personal liegt bei ca. 75%. • Akzeptanz von Impfstoffen ist bei AstraZeneca am geringsten, am höchsten bei Biontech.	BZgA [redacted]

	• Auf Facebook wurden Inhalte gepostet zu: wie berechnet sich Wirksamkeit von Impfstoffen, Infos zu AstraZeneca Impfstoff, wie meldet man Nebenwirkungen.
	• Weitere Themen für soziale Medien werden vorbereitet.
	• Wurde Kommunikation zu nicht pharmakologischen Maßnahmen (NPI) angegangen?
	  o Kontakt zu öffentlich-rechtlichen Medien wurde aufgenommen, Kommunikation zu Masken von BZgA in Angriff genommen.
	  o Schnell- und Selbsttests werden in der Öffentlichkeit intensiv diskutiert (Game changer?).
	  o BZgA entwickelt FAQ dazu, wie kann die Bevölkerung gut informiert werden.
	  o AHA-Regeln + L + krank zuhause bleiben, sollten immer als Paket kommuniziert werden.
	  o Game Changer ist Impfangebot für alle Impfwilligen. Es wäre für die Bevölkerung hilfreich zu wissen, wann welche Altersgruppe mit einem Impfangebot rechnen kann.
	  ▪ Es ist schwierig, diese Info verlässlich aus den BL zu erhalten.
	  o Antigentests werden häufig missverstanden. NPI sollten als Gesamtpaket dargestellt werden, damit sich Bevölkerung nicht in falscher Sicherheit wiegt.
	  o Es muss klar kommuniziert werden, dass Selbsttests nicht für Kontaktpersonen zur Verkürzung der Quarantäne gedacht sind.
	
	Presse
	• Epidemiologie im Schulsetting soll diese Woche im EpidBull veröffentlicht werden.
	• Weiterhin geringe Besetzung beim Internet Team, Belastung durch Emails hat deutlich zugenommen.
		Presse
		[redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen**
	a) Allgemein
	• Modellierungsstudie (mittwochs)
	  o Nicht besprochen
	
	b) RKI-intern
	• Viele Signale von Kitas über Ausbrüche, auch große Ausbrüche; die Gruppen der Kinder könnten zukünftig eine größere Bedeutung bei der Übertragung spielen. Konzepte zur Offenhaltung/Wiederöffnung Kitas und Schulen werden eine besondere Rolle spielen.
	ToDo: Sprechzettel für BPK zu Signalen aus Kita/Schule vorbereiten, FF [redacted].
	
	• Ideen für bessere Bezeichnung von „Nicht pharmakologischen Interventionen“ (NPI) gesucht, Begriff ist schwer verständlich.
	  o Public Health Maßnahmen nicht geeignet, da dies auch Impfungen miteinschließt.
		Alle
		
		[redacted]
		
		Wieler

	o Bei ständiger Nennung aller Maßnahmen wird der Text relativ lang.	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Virologische Surveillance (Folien hier) o Stagnation der Entwicklung, Anzahl Proben seit Wochen auf konstantem Niveau, ca. 150 Proben/Woche. o In 6. Woche leichter Rückgang trotz Rekrutierung neuer Praxen erkennbar, bedingt durch Rückgang der Aktivität in Arztpraxen. o In KW 6: 147 Einsendungen, davon 11 pos. Nachweise von SARS-CoV-2 (7,5%). o Positivenanteil von Rhinoviren liegt konstant um 10%. o Nachweise von saisonalen Coronaviren, hauptsächlich bei Kindern, bei einem Patienten Koinfektion mit Sars-CoV-2 und saisonalem Coronavirus. o Auch bei RESPVIR saisonale Coronaaktivität in letzten Jahren sichtbar. o Bei ca. 10% der positiven SARS-CoV-2 Proben Nachweis von VOC, zumeist UK-Variante.	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Zulassung des Antikörper-Mittels wird erwartet, Fachhinweise von PEI und BfArM werden erstellt • Urin Proteom Test hat mittlerweile CE Zertifizierung, kann angewendet werden. • Ist Rekonvaleszenzplasma noch Thema? Die Hoffnung wird eher auf Antikörper gesetzt, diese werden spürbar häufiger angefragt.	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 19.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*19.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** • classification schemes of high risk areas • effect of travel restrictions on COVID-19	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** •	Alle P4 ([redacted])
7	**Dokumente** • Dokument zu Definiton „Reinfektion“	[redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)**	FG33

	•	
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL1
  - Martin Mielke
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  -
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	• Trendanalyse international (Folien hier): weltweiter Rückgang der Fallzahlen (-12,5%)
	  o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage
	  ▪ Top 5 wie letzte Woche, Änderungen im unteren Bereich: Spanien, Türkei, Deutschland nun nicht mehr dabei, neu hinzugekommen sind Indonesien, Mexiko und Tschechien, letzteres mit der weitaus höchsten Inzidenz und stärksten Veränderungen (R>1)
	  ▪ Abnahme der Fallzahlen in den meisten Ländern bis auf Brasilien, in Italien, Indien geringe Abnahme
	  ▪ Sehr hohe Fallsterblichkeit in Mexiko (8,8%)
	  o 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner Karte
	  ▪ Tschechien deutlich zu sehen, auch Anstieg in manch anderen Ländern sichtbar, z.B. Schweden, Finnland
	  o WHO epidemiological update 16.02.2021
	  ▪ Rückgang in allen Regionen, sowohl Neufallmeldungen als auch Todesfälle
	  ▪ Übersicht Virusvarianten VOC, weitere Länder melden Nachweise, UK VOC B.1.1.7 in 94 (+8), Südafrika B.1.351 in 46 (+2), Brasilien P.1 in 21 (+6)
	  o Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 17.02.2021)
	  ▪ Zunehmender Anteil VOC
	  ▪ Daten aufgrund unterschiedliche Testmethoden und teilweise sehr geringer Datenlage vorsichtig zu interpretieren
	  ▪ B.1.1.7 in vielen Ländern über 30%
	  ▪ Frankreich Grand-Est relativ viel VOC B.1.351 (18%)
	• Erster „human challenge trial“ gestern von“ GB angekündigt
	  o Es werden 90 freiwillige 90 junge Erwachsene gesucht
	  o Diese sollen dem Virus der ersten Welle (geringeres Risiko für junge Erwachsene) ausgesetzt werden
	  o Ziel: Studieren der Immunantwort, Ermittlung der geeigneten Virusdosis
	• Neues RRA WHO/FAO/OIE: Spillover Risiko von SARS-CoV-2 von Pelztierfarmen auf Menschen
	  o Sehr gutes RRA, nach Regionen aufgeteilt
	  o Risiko in Europa aufgrund der höchsten Dichte an Pelztierfarmen am höchsten, gefolgt von Asien und Amerika
	• Kommentar: Israel sollte gut beobachtet werden, durch hohe Durchimpfungsrate dort vermehrt Virus in jüngeren Gruppen, dies ist interessant für Deutschland
	
	National
	• Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
		ZIG1 [redacted]
		
		FG32 [redacted]

- SurvNet übermittelt: 2.369.719 (+9.113), davon 67.206 (2,8%) Todesfälle (+508), 7-Tage-Inzidenz 57/100.000 Einw.
- Fälle IST 3.177 (Rückgang)
- Geimpfte N1 3.085.114 (+88.829), N2 1.634.786 (+50.299)
- Keine großen Veränderungen, weder positiv noch negativ
- 7-Tage-Inzidenz BL
  - Mittwoch Anstieg in TH: Grund kann noch nicht gut eingeschätzt werden (informelle Info), ggf. durch Kältewelle (weniger Arztbesuche/Probenrückstau) erklärbar, eventuell größere Untererfassung wird nun aufgeholt, Rückkehr zu normaler Erfassung
  - Ergänzung TH: im Wochenvergleich wird Trendkarte insgesamt heller, doch einige Kreise in Thüringen sind dunkler geworden (hier)
  - Anstieg durch VOC kann nicht ausgeschlossen werden
  - In allen BL Plateau, die meisten liegen über der politisch erwünschten Inzidenz von 50/100.000
- 7-Tage-Inzidenz geografisch: vor allem hoch an bayrischer Grenze zu Tschechien, TH, SL, am höchsten in Kreisen Tirschenreuth, Wunsiedel im Fichtelgebirge, Hof, etc.
- Todesfälle letzte 14 Tage, neue Karte (ähnlich ECDC)
  - Färbung= Todesfälle/100.000 Einwohner
  - Zahlen auf Kreisen= absolute Werte
  - Aktivität am stärksten von wo die meisten Todesfälle und höchste Zahl pro Einwohner übermittelt wird
  - Kreise im südöstlichen Deutschland mehr betroffen
  - Gesondert für >70 und >80-jährige: generell ähnliches Muster, mehr Todesfälle/100.000 in Ostdeutschland
- Mortalitätssurveillance Stand 15.02.2021
  - Wird nun immer montags publiziert
  - Rückgang Anzahl von Todesfällen auch hier deutlich
  - Leichter Rückgang der Übersterblichkeit

- Diskussion
  - Fallsterblichkeit: Ist anhand der Daten absehbar, worauf sich diese einpendelt? Kann die Dunkelziffer abgeschätzt werden?
    - Fallverstorbenen-anteil insgesamt 2,8%, nach Altersgruppen sehr verschieden, bei älteren bis zu 30%, bei jüngeren nur sehr geringer Anteil
    - Von welcher Fallsterblichkeit gehen wir bei 60-70-jährigen aus? Wurde noch nicht mit Meldedaten abgeglichen, ist aber geplant
  - Virusvarianten VOC
    - Meldedaten können nicht mit VOC verknüpft werden, ggf. ist sichtbar, welche Labore welchen Anteil an VOC geliefert haben?
    - Aus TH gemeldeter B.1.1.7-Anteil sehr niedrig, Daten spiegeln ggf. lokale Entwicklung nicht wieder
    - Durch Wetter mehr Aufenthalt in schlecht gelüfteten Räumen?

	▪ Höhere Übertragbarkeit der VOC ist ein Faktor, aber nicht alleinig entscheidend ▪ In ARS gibt es keinen Hinweis auf viele VOC ▪ Übertragbarkeit ist was Inzidenzen angeht nur ein Parameter, wir sehen aber durch höhere Übertragbarkeit, dennoch sehen wir größere Ausbrüche auch im Kitabereich z.B., macht nachdenklich, wird sich erst sekundär in Inzidenzen zeigen o Lebenserwartung in USA aufgrund der Pandemie um 1 Jahr zurückgegangen o UK hat durch Lockdown Rückgang bewirken können, was wurde dort genau gemacht ▪ UK hat stärkeren Lockdown mit größerer Mobilitäts-beschränkung im Vergleich zu Deutschland um den Jahreswechsel als Zahlen in UK noch steigend waren ▪ ZIG1 bitte genauer eruieren *ToDo: ZIG1 bitte mehr Informationen zu Lockdown-Maßnahmen in UK präsentieren*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Hilfeersuchen aus Montenegro erhalten o COVID-19-Geschehen dort sehr aktiv mit hohen Inzidenzen o Bundesregierung hat Sorge um erneute Reisewelle zu Ostern wegen enger Verbindung zu Deutschland o Vorbereitung einer Unterstützungsmission, auch in Absprache mit FG38 die dort ein GHPP Projekt haben • Ziemlich dramatisches Hilfeersuchen über EMT Mechanismus an deutsche EMTs aus der Slowakei gestern o Aktives Geschehen mit VOC-Zirkulation o Anfrage bezüglich 10 IntensivmedizinerInnen und PflegerInnen o Hilfeersuchen wird heute diskutiert o Noch ist unklar, ob genug Ressourcen aus Deutschland freigestellt werden können **Vorstellen von zwei systematic reviews aus dem Herbst 2020** **Classification schemes of high risk areas** (slides hier) • This report was already shared within RKI for comments • Question: How did different countries decide on (high) risk area classification and which policies resulted from this? • Results o Search showed only one peer-reviewed publications from Mongolia, web scraping delivered 43 policy documents o Most from Europe (29), Americas (7), Asia (5), Oceania (2), Africa (1) o 44 countries included: 6 had domestic, 38 international classification schemes	ZIGL [redacted] ZIG2 [redacted]

- 38 countries with international classification most used count per 100,000 inhabitants, cut-off ranging from 20-50, use of different primary and secondary criteria
- Resulting policies 2020
  - Restrictions on internal movement: first in Bolivia; no restriction in African countries Jan-Feb; Mar-Aug 50% of countries applied restrictions
  - International travel control policies: first in Bolivia, Hong Kong, Taiwan; 50% of countries Mar-May; Oceania continued border closure until Dec 2020

Effect of travel restrictions on COVID-19 (slides hier)

ZIG2 [redacted]

- Question: effects of travel policies in COVID-19 pandemic
- Results
  - 69 peer-reviewed publications analysed
  - 3 policies evaluated
    - Border closure: may reduce spread across countries if implemented early, but may adversely affect epidemic size, less effective than community measures
    - Quarantine: can reduce number of cases, but less effective than lockdown and if not followed by testing
    - Travelers screening: least effective, unlikely to detect large number of cases, can be increased with sensitive screening
  - Travel policies adopted by 31 countries in all regions in 2020 (see slide 6)
- Discussion
  - More details on the comparison are available in the report (e.g. on specific measures and combination of border closure with other measures)
  - Main message of report: travel restriction policies are much more effective if combined with other Non-pharmaceutical interventions (NPI)
  - Are there differences in effectiveness depending on the continent? Not enough studies to tease this out
  - Können unterschiedliche regionale Verläufe teilweise durch verschiedene „border closure regimes“ erklärt werden? Verfügbare Evidenz hierzu ist nicht schlüssig, keine klare Aussage möglich
  - Kombination Grenzschließungen mit anderen nicht pharmazeutischen Maßnahmen (NPM) → stärkere Effektivität
  - Bericht ging vorab an BMG, wird zeitnah RKI-intern geteilt, noch keine Aussage-kräftige/interpretierbare Evidenz verfügbar
  - Schließung von Grenzen bei Pandemien kann Zeit gewinnen, wie viel Zeit kann gewonnen werden? Ist aktuell nicht ableitbar, stärkste Studie ist Lancet Studie letztes Jahr zu travel restrictions bei COVID-19: stärkste Determinante für Auswirkung von Grenzschließungen ist der Zeitpunkt derselben, je eher sie umgesetzt wird, desto stärker die Auswirkung (je früher desto mehr Zeit gewonnen)

	o In Lancet Studie ging es um Wochen (nicht Tage bzw. Monate), zum Studienzeitpunkt gab es noch keine VOC o Bei 20% VOC in Deutschland scheint Versuch, Import von B.1.1.7 aus Tschechien zu unterbinden, begrenzt sinnvoll o Aussage zur Strenge der Auswirkung ist aktuell nicht möglich (z.B. bezüglich Ausnahmen für Pendler)	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Informationspaket für niedergelassene Ärzte zu Impfungen in Vorbereitung, soll vor Impfung in Arztpraxen fertig sein **Presse** • Am Mittwoch angekündigter Artikel zu AG Tests noch in Abstimmung, erscheint voraussichtlich nächsten Montag **BMG Erlass heute Morgen** • Erwünscht: Infopaket zu VOC mit Zielgruppe Fachöffentlichkeit sowie Bevölkerung, Frist Montag, [redacted] arbeitet hieran • Beinhaltet auch Aufgaben der BZgA, Erlass ging wahrscheinlich nur an RKI, LZ bitte an BZgA schicken • Vollumfängliche Abstimmung in gesetzter Frist wohl nicht möglich, evtl. Begrenzung auf Kernpunkte • RKI Kernbotschaften werden in Bullet Points vorbereitet, zielgruppengerechte Streuung sollte durch BZgA erfolgen • Tenor BMG legt nahe, dass es neue Empfehlungen geben müsste, eigentlich sollten dieselben Maßnahmen, die Infektion verhüten und die wir bereits empfehlen gelten, Dokumente zu KoNa wurden fortlaufend angepasst, muss jetzt nicht erneut geschehen • Fixierung auf VOC wäre nur sinnvoll, wenn dies zu erheblichen Änderungen der Maßnahmen und Auswirkungen führen würde • Wichtig wäre eine intensive Kampagne, wie NPM im Gesamtpaket richtig angewandt werden sollen und dass Kranke zuhause bleiben *ToDo: BMG Erlass Infopaket VOC bitte an BZgA schicken (wenn noch nicht geschehen)* **Impfstrategie** • BMG Spahn hat heute Sonder-GMK am Dienstag angekündigt • Als nächstes sollen LehrerInnen priorisiert werden • Entspricht nicht der STIKO-Empfehlung	BZgA [redacted] Presse [redacted] FG36 [redacted] alle Präs

	Lagebericht Fieberkurve
	• Grafik ist verwirrend und führt zu Nachfragen, herausnehmen?
	• P4 ist nicht ganz klar, wie die aktuelle Kurve zu erklären ist, es wird weiterhin versucht, zu verstehen, was passiert
	• Fieberkurve wird vorerst herausgenommen, kann zukünftig nach neuem Ansatz geschaut werden
	• Aus Chat:
	  o Kann es an positiven AG-Tests ohne Bestätigung durch PCR liegen? d.h. Fälle sind da aber werden nicht gemeldet?
	  o Wenn es an AG Tests liegen würde hätten wir eine dramatische Untererfassung. Das geben die Zahlen im DIVI-Register aber nicht her), aber aus Lagebericht raus
		Alle

6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Hinweis ControlCOVID-19-Strategie und Stufenplankonzept** • Seit gestern Abend online unter Strategien und Krisenpläne **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente**
	Dokument zu Definition „Reinfektion“ (Dokument hier)
	• Hintergrund
	  o Komplexes Thema, international keine Falldefinitionen verfügbar (WHO, ECDC)
	  o Aus BL vielfach Frage, wie damit umzugehen ist bzgl. Erfassung (auch in SurvNet) und Definition
	  o Nutzung dessen, was international beschrieben ist sowie eines Arbeitsentwurfs der WHO
	• Vorstellen des FG36/32/Labor Entwurfs der Entwicklung von Definitionen
	  o Einteilung in verschiedene Abstufungen für Wahrscheinlichkeit einer vorliegenden Reinfektion: sicher, wahrscheinlich, möglich
	  o Lediglich sichere Reinfektion klar definierbar, wahrscheinliche bleibt Fall-zu-Fall-Entscheidung, feste Kriterien sind schwierig
	  o Definition überwundene Erkrankung: schwierig, da einige langwierige Verläufe/Symptome, Limitation auf akut respiratorische Erkrankung
	• Diskussion
	• Verbesserungsvorschläge des Krisenstabs wurden teilweise sofort eingearbeitet
	• Neuer Schwellenwert der quantitativen PCR benötigt einen Hinweis (Kommentierung der Begründung), da die Nutzung verschiedener Werte kommunikativ schwierig ist (z.B. wird bei Entlasskriterien andere Grenze genutzt)
		FG36 [redacted]
		alle

	• Bei potentiellen Reinfektionen, die innerhalb von weniger als 3 Monaten auftreten ist unsicher, ob es neue Infektionen sind, sie sollen dennoch als Fälle erfasst werden, um Nacheinschätzung anschließend zu ermöglichen
	• Anzüchtung ist schwierig, nicht jede Probe die anzüchtbar sein sollte ist anzüchtbar, gerade bei Reinfektionen spiel ggf. Antikörperstatus eine Rolle
	• Definition ist für GA, diese sollen damit Fälle einordnen können, wichtig ist, dass Fälle verknüpft werden können: Diagnosedatum Labor ist bereits enthalten, Zweitdiagnose Datum hinzuzufügen
	• Sichere Reinfektionen wird extrem selten sein, da Genomsequenzierung bei beiden Infektionen unwahrscheinlich ist
	• Aus epidemiologischer Sicht (Zielsetzung= Definition für Surveillance) ist die Rede von wahrscheinlicher Reinfektion akzeptabel (nicht virologisch), epidemiologische Einstufung muss für GA handhabbar sein
	• Weitere Analysen können unternommen werden, Surveillance kann Hypothesen generieren die bestätigt werden sollten
	• Antikörpernachweise wurden diskutiert und nicht aufgenommen
	• Spezialfall bei Immunsupprimierten
	  o Unterscheidung zwischen Virusevolution, Neuinfektion, Dauerausscheidung
	  o Immunsupprimierte sollten regelmäßig kontrolliert werden, sollten hier außen vorgelassen werden, da sie individuelle Betrachtung benötigen
	  o Es können nicht alle Konstellationen differenziert in der Surveillance abgebildet werden
	  o ZBS1: haben eine immunsupprimierte Person, die monatelang positiv war und die ggf. mehrfach sequenziert wurde, könnte erneut detailliert angeschaut werden
	  o Immunsuppression wird als Risikofaktor erfasst
	• Entwurf geht in weitere Abstimmung, AGI etc.	

8	**Update Impfung (nur freitags)**
	Aktuell 3 Themen im Fokus
	• Impfung Astra Zeneca Vakzine
	  o 800.000 Dosen verfügbar
	  o Medien berichten vermehrt Nebenwirkungen (NW), dies ist nicht ganz überraschend, NW-Profil ist bekannt
	  o Es werden mehr jüngere Erwachsene geimpft, diese sind häufig reaktogener als ältere Menschen
	  o Wird außerdem medial aufgebauscht, da das Vertrauen in diesen Impfstoff niedriger ist
	  o Problem soll überregional in Medien adressiert werden
	  o RKI bereitet auch Blatt zur Vakzine online vor
	• Neue Evidenz
	  o Publikation aus Israel: 85%Inzidenzreduktion nach 1. Dose
	  o Daten zeigen, dass bei Geimpften nur gelegentlich noch Infektionen vorkommen
	  o Deutliche Reduzierung der Dauer des Sheddings (1 Woche)
		FG33
		[redacted]

- Viruslast signifikant niedriger
- Geimpfte ähnlich gut geschützt vor Reinfektion wie nach durchgemachter Erkrankung
- US CDC hat gerade Bestimmungen geändert: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne, zu überlegen, wie viele Daten RKI benötigt um solcherart Entscheidungen zu treffen, Evidenz wird werden beobachtet

- Anpassung Impfstrategie
  - Überlegung zur Impfung von Gruppen, die nicht STIKO-Empfehlung entsprechen
  - Massenimpfung ab Mitte des 2. Quartals, ca. 70 Mio. Impfdosen vorgesehen
  - Ggf. früheres Erreichens des Herdeneffektes
  - Viele Diskussion im BMG zum Übergang von zentralisiertem Impfen zu HausärztInnen, Frage wie vorgegangen werden sollte, z.B. auch bzgl. Einladungen, basierend auf KK-Daten?
  - Aktuell wird dies mit 10 KK besprochen, inkl. Erfassung von Risikofaktoren, Etablierung des Einladungssystems

- Diskussion
  - Gibt es Hinweise, dass Impfung höhere Immunität bewirkt als natürlich Infektion?
    - In Zulassungsstudien werden in Kontrollgruppen oft Seren von Rekonvaleszenten benutzt
    - Bei mRNA Impfstoffen ist die Effektivität höher bei Infektion, bei Astra Zeneca ähnlich (ist dies richtig?)
    - In Studien keine Aufteilung in milde/schwere Fälle
    - Korrelat für Schutz ist noch nicht optimal etabliert, höhere neutralisierende Ak sind mit Schutz gleichzusetzen
  - Wenn niedergelassene ÄrztInnen impfen, sind zeitnahe Infos über das Schicksal der Impflinge unwahrscheinlich, wird das Monitoring dann eingestellt? Wie soll dann vorgegangen werden?
    - Digitales Impfmonitoring (DIM) wird gerade mit viel Geld und Arbeit etabliert, das System ist eventuell nicht weiterbetreibbar, wenn Impfungen dezentralisiert werden
    - Diskussionen laufen auf Hochtouren, in wie fern KV System genutzt werden kann, um Minimaldatensatz von KV an DIM zu übermitteln
    - Dies ist eine große Herausforderung, es handelt sich um sehr neue Impfstoffe, ein enges Monitoring ist essenziell
    - Je mehr Datenquellen und Zeitverzüge desto schwieriger
    - Aktuelle Überlegung am BMG ist Weiterbetreibung von Impfzentren mit mRNA Impfstoffen auch wegen Kühlung vor Ort, Astra Zeneca und Johnson & Johnson eher im Regelbetrieb

	o Gibt es neue Infos zu VOC und Shedding? ▪ Paper aus Israel zu Astra Zeneca Impfstoff: beinhaltet UK-VOC, sieht eher eingeschränkt aus, Paper wird geteilt, dies ist wichtig für Quarantäneerwägung für Geimpfte ▪ Studie aus USA: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2102017?query=featured_home	
9	**Labordiagnostik** **FG17** • 581 Proben, 43 SARS-CoV-2 positiv, 56 humane Rhinoviren, 13 saisonales Coronavirus (NL63), Proben aus unterschiedlichen Gegenden (kein lokaler Ausbruch), 1 Probe Parainfluenza **ZBS1** • 457 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, 143 positive, 31,3%, 300 studienproben für diverse Studien, Unterstützung von Ausbruchsuntersuchungen	FG17 [redacted] ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** **Antikoagulationsbehandlung** • Gibt es Empfehlungen zur Anwendung von niedermolekularem Heparin im stationären oder ambulanten Bereich? • Nein, es ist eine Risiko-Nutzen-Abwägung, es sind keine guten Daten für den ambulanten Bereich verfügbar, bei Beratungs-anfragen werden Einzelfallentscheidungen getroffen • Nutzung von Heparin eher bei älteren und Patienten mit Risikofaktoren, z.B. bei Monitoring hinsichtl. Niereninsuffizienz • Expertenbeiratssitzung: für Patienten mit Risikofaktoren für thromboembolische Entwicklung ist Entscheidung fallbasiert, es gibt keine Empfehlung/Stellungnahme durch Fachgesellschaft • Leitlinie wird aktuell überarbeitet, ggf. gibt es hierzu Äußerungen, IBBS behält dies im Auge	VPräs/IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Pakt für den ÖGD** • Es sind Mittel für IGV Flughäfen und Häfen vorgesehen • Ball ist beim BMG um das Förderprogramm aufzuziehen, inklusive Verwaltungsvereinbarung, Verteilungsschlüssel auf Länder, was kann gefördert werden	FG38

	• Entscheidungen im März 2021
	
	Weitere Themen
	• Flughafengruppe diskutiert Saisonarbeitskräfte, die ggf. zu vermehrter Einschleppungen von VOC führen, insbesondere von Ländern (wie Polen, Bulgarien, Rumänien) mit erhöhter VOC-Zirkulation
	• Es gab von Bayern aus einen Besuch vor Ort in Tschechien, dort wurde Betrug bei Reisen von Tschechien nach Deutschland aufgewiesen, z.B. negative Testergebnisse sind für 20 Euro käuflich, gurgeln mit Desinfektionsmitteln vor Testung, Bayern ist bestrebt, Ausnahmeregelungen zu reduzieren
	• Präs hatte Gespräch mit neuem Gesundheitsminister aus Bayern zu bayrischer Teststrategie, wie kann sichergestellt werden, dass Tests vernünftig angewendet werden?
	  o Vermeidung von Fälschungen durch Abgabe über Apotheken
	  o Vernünftige Anleitung
	  o Neuer EpiBull Artikel hierzu sollte proaktiv gestreut werden, kommunikativ Vor- und Nachteile klarstellen
	  o Auf fachlicher Ebene besteht in BL extreme Sorge wegen der Heimtestungen
	  o BZgA Steuerungskreis Thema testen hat Problematik der Sicherstellung einer vernünftigen Anwendung besprochen, BZgA wird Informationsstücke zu Selbsttests produzieren
	  o Eigendynamik solch eines Testangebots wird mit Gewinnung von Freiheit gleichgesetzt, Aufklärung zu Grenzen der Tests notwendig, dies muss an Bevölkerung transportiert werden, Botschaft: Freiheit ist (nur) durch Immunität zu erreichen	

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Füllung der LZ-Position leider sehr unzuverlässig, viele MA sagen kurzfristig Schichten ab (Gründe werden nicht immer angegeben) • RKI ist nicht aufgestellt, um jahrelang ein LZ zu führen • Bitte an andere Abteilungen zu kommunizieren, dass Einträge verbindlich sind, Verlässlichkeit ist ganz wichtig • Insbesondere in FG, die sich auch fachlich mit COVID-19 auseinandersetzen bestehen aktuell Personen-Engpässe • Krisentätigkeit ist prioritär • AL3 hat gestern erneut Bitte an alle AL geschickt, mehr MA aus ihren Abteilungen im LZ mitarbeiten zu lassen, es werden nun auch mehr Leute angesprochen, die bereits geschult wurden • Wir müssen überlegen wie wir wieder auf normalen Betrieb zurückgelangen, alle sind erschöpft durch allgemeine Fatigue aber auch LZ-Aktivität, die Kräfte sind langsam erschöpft • Eingehende Anfragen können jedoch in anderer Struktur nicht geleistet werden, es ist massiv mehr Unterstützung notwendig • Wie kann dies längerfristig aufrechterhalten werden?	FG38

	• Spezifischere Rückmeldung wäre gut, denn aktuell erhalten motivierte MA Appelle genau wie jene, die sich nicht aktiv einbringen • Abt. 3 bemüht sich, spezifischer zu sein	
15	**Wichtige Termine** • Präs morgen Townhall Meeting zu Impfungen	alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 22.02.2020, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*22.02.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** - Besondere Zunahme von Fällen (geographisch, Altersgruppen)? - Ursachen für Zunahme? Korrelation mit Häufungen von B.1.1.7 in den Laborerhebungen? - Welche Maßnahmen können zusätzlich empfohlen werden (individueller und Bevölkerungsebene)? **b) RKI-intern**	Alle Schaade

	•	
7	**Dokumente** •	[redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Dauer der Isolierung	Alle Schaade
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Meldepflicht für Sequenzierungsergebnisse	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.02.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - [redacted]
- Abt 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG 12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- ZIG 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.390.928 (+4.369), davon 67.903(+62) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 61/100.000 EW o 46/100.000 EW in der Altersgruppe (AG) 60-79 Jahre, 77/100.000 EW in der AG > 80J o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.312.351 (4,0%), mit 2 Impfungen 1.756.478 (2,1%) o 235/412 Kreise (+3) mit 7-Tage-Inzidenz >50/100.000 EW o 49/412 Kreise mit 7-Tage-Inzidenz >100/100.000 EW o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Einige BL bleiben stabil, andere zeigen eher einen Anstieg der Inzidenz ▪ In TH ist der Anstieg weniger steil als befürchtet, pendelt sich auf hohem Niveau ein o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ Ähnlich wie in der Vorwoche, nur 70 LK <50/100.000, Mehrzahl der LK >50/100.000 oder auch deutlich höher ▪ Im Osten (BY, TH, SN, SA) und weniger auch im Norden (Flensburg) LK mit sehr hoher 7-Tage-Inzidenz o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldedatum ▪ In der AG >80 J Abnahme ▪ In den AG 5-14 und 15-34J leichter Anstieg ▪ Inhomogenes Bild in der Auswertung nach Bundesländern: In BY Abnahme in der AG >80J, in anderen BL in dieser Gruppe die höchste Inzidenz ▪ In BB, BE, BW insgesamt Tendenz zum Plateau, in der AG >80J eher Abnahme ▪ HB unruhiger Verlauf, Anstiege in den AG 15-34 und >80J, HE stabil, in MV Anstieg in der AG >80 J ▪ In HB und MV beeinflussen einzelne Ausbrüche die Zahlen wegen der geringen Einwohnerzahl stärker ▪ In NW Anstieg in den AG 5-14, 15-34 und 35-39J ▪ Im SL Abnahme entgegen der Erwartung (Grenze zu FR), ▪ In SN geringe Zunahme in den AG 15-35 und 35-39J, Abnahme in der AG >80J ▪ In SH Anstieg in der AG > 80J o Differenz der 7-Tage-Inzidenz in den letzten 7 Tagen im Vergleich zu den 7 Tagen davor (Folie hier) ▪ SH und SL haben sich im Vergleich verbessert ▪ BY, TH, SN und NS zeigen einen Anstieg	[redacted] [redacted]

	▪ Weitere Entwicklung muss insbesondere in BY und TH beobachtet werden	
	o Aufbereitung der Zahlen zur Verbreitung besorgniserregenden Varianten (VOC) ist in Arbeit, werden am Mittwoch vorgestellt ([redacted])	[redacted]
	o Diskussion ▪ Insgesamt sind die unterschiedlichen Trends und Verläufe schwer zu interpretieren ▪ Kein klares Bild zu erkennen, eher unruhig in den jüngeren AG, Verbreitung von VOC und Beteiligung am unruhigen Bild können noch nicht beurteilt werden ▪ Frage: BY testet von allen BL am meisten/100.000EW, beeinflusst das die Zahlen? (Differenz der 7-Tage-Inz.) ▪ AW: Eher nicht, das Testaufkommen wurde in den letzten 14 Tagen ja nicht erhöht ▪ Positivanteil in Bayern (aus ARS-Daten) ist geringer als im Bundesdurchschnitt und Deutschlandweit am niedrigsten (etwa 5%), das spricht dafür, dass Bayern viel testet ▪ Im Rahmen der ECDC/WHO-Konferenz (19.02.) wurde berichtet, dass in DK mit einem hohen Anteil von B.1.1.7 der Positivenanteil bei 0,7% liegt, es wird viel getestet Daten aus CZ (spez. PCR, keine Sequenzierungsdaten) zeigen häufiges Vorkommen von B.1.1.7 in der Grenzregion (Tirschenreuth, Wunsiedel), 65% der pos. Getesteten CZ-Bürger, Träger von VOC waren ▪ Annahme: Wenn die hohen Testzahlen in BY zu einer geringeren Untererfassung führten, müssten auch die Sterberaten niedriger sein, dies ist jedoch nicht der Fall, deshalb ist nicht von einer geringeren Untererfassung auszugehen ▪ Solange es keine Anhaltspunkte für einen positiven Effekt gibt und BY trotz hoher Testzahlen nicht besser abschneidet, wäre dies ein Argument dagegen, mehr flächendeckende Testung zu empfehlen (entkräftet den Vorwurf an das RKI, dies nicht ausreichend zu fordern) ▪ Auch in Altersheimen hat das häufigere Testen nicht (in der Breite) zu einer Verhinderung von Ausbrüchen geführt, dies zeigt, dass auch vermehrtes Testen trotz gewisser Erfolge nicht bestimmte Bereiche infektionsfrei halten kann ▪ Deutschlandübersicht (Dashboard) zeigt über Deutschland verteilt kein gleichmäßiges Geschehen, es gibt viele Einflussfaktoren	Alle

		Zunahme in BY, RP, SL, TH, hohe Inzidenzen in NS (Vechta, Weserlandkreis) und leichte Zunahme in HH und HB lassen einen Trend insgesamt nach oben vermuten ▪ BW hat niedrige Zahlen und liegt an der Grenze, Grenze sollte als Einflussfaktor nicht überbewertet werden ▪ In Altersheimen sollte unbedingt weitergetestet werden, dies war in Teilen erfolgreich (z.B. Tübingen, was derzeit wieder als Positivbeispiel durch die Presse geht) ▪ Zusammenhang von Testfrequenz und Ausbruchsgeschehen muss unter Berücksichtigung weiterer Aspekte mit Vorsicht betrachtet werden; Wie wird die Teststrategie umgesetzt und welche Schlüsse werden daraus gezogen ▪ Tübingen hat eine niedrige Inzidenz, aber die umliegenden Landkreise auch, Tübingen fällt hier nicht heraus ▪ In AG >80J zeigen sich Erfolge in der 7-Tage-Inzidenz, ein essentieller Indikator ist in den anderen Altersgruppen die Positivrate. Liegt sie beispielsweise bei 10%, wird zu wenig getestet ▪ Es ist zu beachten, dass die Positivrate bei gleichbleibenden Testzahlen eine hohe Aussagekraft zum Infektionsgeschehen hat. Davon ist der Ansatz zu unterscheiden, an der Rate abzulesen, wieviel getestet wurde bzw. werden soll ▪ Wichtig wäre, genau zu wissen, wer im Alter <70J sich derzeit infiziert ▪ Toolbox ist ausgeschöpft, Maßnahmen müssten schärfer zugeschnitten werden auf genauer beschriebene Zielgruppen ▪ Aus den Meldedaten, dem SOEP und den Hotspotstudien lassen sich kaum zusätzliche bzw. aktuelle demografische Daten oder Informationen zu Aktivitäten gewinnen, müsste ggf. in der nächsten Hotspotstudie berücksichtigt werden ▪ Könnte eine Umfrage Daten liefern? Vor Ort bei den GÄ liegen detailliertere Daten vor, es entsteht viel Informationsverlust auf dem Meldeweg ▪ Traditionelle Werkzeuge der Surveillance müssten mit Befragungsinstrumenten verknüpft werden, das könnte Abt. 2 nicht allein umsetzen ▪ Die CoViRiS Studie zeigt Limitationen einer Befragung: Datenschutz konforme Umsetzung ist schwierige, Compliance der GÄ ist niedrig ▪ Es könnte diskutiert werden, ob eine CWA-basierte Umfrage bei bestimmten Personen zu Risikofaktoren genutzt werden kann ▪ Welche Empfehlungen können in der aktuellen Situation noch ausgesprochen werden (außer bei Symptomatik zu Hause zu bleiben)?	

	▪ Vorschlag: besondere Verantwortung auf die GÄ/Kontaktpersonen (Einhaltung der Quarantäne) übertragen, sie haben den weiteren Verlauf in der Hand ▪ Es könnte erwogen werden, die Quarantäne in Einrichtungen zu verlagern (Quarantänehotels etc.) ▪ Dies würde wahrscheinlich auf geringe Akzeptanz stoßen ▪ Besser gegensteuern: großzügigere Definition von KP I, Durchsetzung der bestehenden Regeln verschärfen, dafür sorgen, dass Geimpfte nicht zu unvorsichtig werden ▪ Empowerment des Einzelnen müsste gestärkt werden, um Fälle früher zu identifizieren und Konsequenzen schneller veranlassen zu können, wie kann dies der Bevölkerung vermittelt werden? ▪ Vorschlag: Breite Kommunikationskampagne zu den Übertragungswegen (auch asymptomatisch) da immer noch wenig Information dazu bekannt ist, verbinden mit der Erklärung, dass davon z.B. die Öffnung von Geschäften abhängt ▪ Effekte von Informationskampagnen sind endlich ▪ Frage an [redacted]: Sieht die BzGA hier noch Handlungsmöglichkeiten? ▪ AW: Eine Kampagne speziell an Jugendliche gerichtet wurde vom BMG nicht befürwortet ▪ Weitere Frage: Ist ein gemeinsamer Bericht (In Papierform) an das BMG sinnvoll, um den Handlungsbedarf aufzuzeigen? ▪ Bitte um Koordination von Hausleitung zu Hausleitung (Wieler/[redacted]) ▪ Die Bedeutung der zielgruppengerechten Sprache bzw. Ansprache soll dabei betont werden (z.B. durch Influencer, prominente Persönlichkeiten etc.) *ToDo: Pressestelle übernimmt auf der Grundlage der heutigen Diskussion die Federführung ([redacted]). Ein Bericht, der (von [redacted] federführend verfasst) bereits vorliegt und als Email versendet wurde, kann herangezogen werden, Abt. 3 soll einbezogen werden*	[redacted] [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • **CWA** o Evaluation steht im Fokus ▪ Zweckbindung soll gegenüber BDFI nachgewiesen werden ▪ Es soll dem BDFI gegenüber verdeutlicht werden, welche Kennzahlen geliefert werden können	[redacted]

- Zur erfolgreichen Kontaktpersonennachverfolgung der GÄ (als Benchmark) steht wenig belastbares Material zur Verfügung
- Austausch bezgl. SORMAS erfolgt über [redacted]
- Eine Ereignis-getriggerte Befragung aller Personen, die eine rote Warnung erhalten haben, ist angestrebt: ein Link in der CWA führt zu den Voxco-Dokumenten und zur Befragung
- Bisher wurden alle diesbezüglichen Prüfungen bestanden
- Diese Anwendung würde über die Evaluation hinaus einen etablierten Weg ermöglichen, eine große Personenzahl anzusprechen, inwiefern eine Nutzung über Evaluation und Kurzbefragung hinaus möglich ist, bleibt zu eruieren
- Falls ja, wird dies Interesse bei verschiedenen Stakeholdern und Playern wecken

- **DEA**
  - Nach wie vor sehr hohe Workload
    - Hohes Anfragenaufkommen von Pendlern und Transportunternehmen, da auch Pendler und Durchfahrende ohne Wohnsitz eine DEA ausfüllen müssen
    - Verbessertes Mapping der Postleitzahlen zu den GÄ konnte bereits umgesetzt werden
    - Die Frage der Zuständigkeiten seitens der Gesundheitsämter für die jeweiligen Firmen ist noch ungelöst
    - Das letzte Teilelement der DEA soll umformuliert werden (der aktuelle Text suggeriert eine Quarantäneanordnung durch das RKI)
    - Upload von Testergebnisse soll bis Ostern ermöglicht werden, hierfür ist kein internat. Standard verfügbar
    - Sehr knapper Zeitplan für Bundesdruckerei und RKI (bspw. ist nicht geklärt, ob PDF oder JPG verwendet werden soll)
- **DEA**
  - Frage zur Erwähnung der Datenspende-App im Lagebericht: Kann von [redacted] beantwortet werden
- **DEMIS**
  - Derzeit melden 347 Labore über DEMIS
  - Es wird geprüft, ob die Daten über IMS nutzbar zu machen sind
  - Integration der Datenflüsse in Beziehung zu SORMAS wird untersucht

[redacted]

	o Im SORMAS- Team ist ein „Lessons learned"-Workshop zur Bestandsaufnahme und Weiterentwicklung terminiert	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Ggf. erforderlichen Anpassungen (sinkende Zahlen) *ToDo: Vorschlag soll von FG 36 federführend formuliert werden*	FG 36
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Themen (s. auch Diskussion unter „Aktuelle Lage") **Presse** • Artikel zu Schnelltests ist heute (22.02.2021) im EpiBull online gestellt worden	Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • S. bitte Diskussion unter „Aktuelle Lage" **a) RKI-intern** • **Nicht besprochen**	
7	**Dokumente** • **Nicht besprochen**	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • **Nicht besprochen**	
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** • Update aus dem AGI Sentinel, KW 6-7 o Insgesamt 276 Proben analysiert o Positivenquote: SARS-CoV-2 7% Rhinoviren 10% Saisonales HCoV NL63 2% o Kein Influenzanachweis • Sequenzierung (auch einiger AGI Proben) o In 45 Proben wurde 8x B.1.1.7 identifiziert o In einer Probe wurde B.1.525 identifiziert (in DK als VOC bezeichnet) o Seit Januar in D 16-17 Identifizierungen (in 5662 proben) von B.1.525 (etwa 0,28%) o Keine Aussagen zur geografischen Verteilung bisher o Zunahme wird weiter beobachtet • **ZBS 1** o Insgesamt 629 Einsendungen, davon 194 SARS-CoV-2 positiv (30, 8%) o Alle werden gescreent auf 501Y	FG17 [redacted] [redacted]

	o Es handelt sich um Proben von Berliner GÄ (Ausbrüche, Freitestungen zum Quarantäneende) daher die hohe Positivrate o Frage: Könnte man aus den Ergebnissen der Freitestungen interessante Informationen ziehen? *ToDo: Dienstag in AG Diagnostik skizzieren, welche Informationen hier eventuell extrahiert werden könnten*	ZBS 1
	o AW: Information ist nur bei einem Teil der Proben vorhanden o Frage: Ist bei B.1.525 die Mutation 484K vorhanden? o Ja, sorgt für verlängerte Reaktion mit AK o In DK stieg der Anteil von 0,1 auf 2%, wurde deshalb zu VOC erklärt o Sollte diese VOC in die Ad hoc- Analysen einbezogen werden? o Nach Mutation 484K wurde bereits gesucht (nicht nach B.1.535), viele der Proben wurden zur Sequenzierung weitergereicht, Anteil von B.1.525 sehr gering o Sollte jedoch bei PCR Interpretation im Blick bleiben, damit Mutation keine falschen VOC zugewiesen werden o Frage: Lage wird komplizierter, es gibt 4 Datenquellen, ist es sinnvoll, diesen klare Bezeichnungen zuzuordnen? o Frage: Ist im Bericht eine Grafik sinnvoll, die Darstellt, nach welchem Algorithmus die Annäherung an VOC erfolgt? o AW: Algorithmus ist eventuell besser in den Hinweisen zur Testung unterzubringen (auch, um die GÄ mitzunehmen) o Die jetzt gezielte Suche nach VOC wird zeitnah abgelöst werden durch das regelmäßige Screening im Rahmen der IMS o Neubenennung der Datenquellen wird positiv gesehen, Vorschläge sollten von außen kommen *ToDo: Vorschläge für die Neubenennung der Datenquellen zu VOC sind erwünscht*	L. Wieler [redacted] Alle
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Entlassmanagement aus der Isolierung** o Eine neue Veröffentlichung zeigt bei 7 Studienteilnehmern die mit B.1.1.7 infiziert waren, eine Verlängerung der Ausscheidungsdauer auf 13,3 Tage im Vergleich zu 8,2 Tagen bei Infektion mit dem Wildtyp. Welche Schlüsse sollen daraus gezogen werden? o Isolierungszeit liegt derzeit bei 10 Tagen o Frage: Welche Klinik/Verlaufsschwere lag den Studienfällen zugrunde? Für Risikogruppen (nach schwerem Verlauf, vor Verlegung in vulnerable Einrichtungen mit vulnerablen Gruppen) ist bereits ein Test vor Entisolierung empfohlen	L. Wieler L. Schade

	o Es wir in der Veröffentlichung angenommen, dass die höhere Infektiosität von der verlängerten Ausscheidung verursacht wird (Laut [redacted] zeigt B.1.1.7 im Tierversuch ansonsten kein anderes Verhalten, als der Wildtyp). Deshalb geht es hier grundsätzlich um alle Verläufe o Frage an IBBS: Sind sogar 14 Tage möglicherweise zu kurz? o AW: Bisher gab es keine Hinweise hierzu, STAKOB-Gesamtkonferenz am 22.02.2021 soll für eine gezielte Abfrage diesbezüglich genutzt werden o Gespräch mit Berliner GÄ und FfM zeigt, dass 14 Tage Isolierung ohne Test einer Isolierung von 10 Tagen mit Freitestung vorgezogen werden, da die Bewertung der Testergebnisse häufig kompliziert ist o Die (unbeliebten)10 Tage plus Test waren ein Kompromiss ohne konkrete Datengrundlage, da jetzt Daten vorliegen, kann darauf aufgebaut werden o Könnte eine Angleichung von Isolierung und Quarantäne auf 14 Tage sinnvoll sein? o Hinweis: VOC können zwar neue Reaktionen erfordern, Änderungen sollten nicht zu engmaschig erfolgen o Es wird angeregt, Kontakt mit [redacted] aufzunehmen mit der Frage, ob mit den Studiendaten eine Modellierung möglich ist *ToDo: IBBS erarbeitet nach STAKOB- Beratung und unter Beteiligung von [redacted]/AG Diagnostik federführend einen Vorschlag zu modifizierten Empfehlungen bzgl. der Isolierungsdauer* *Deadline: möglichst Mi 24.02, spätestens Fr. 26.02.* → Aufgaben ID 2878 • **Unterstützungsangebote an CZ** o Ein Angebot zur telemedizinischen Unterstützung wurde ausgearbeitet o Bisher liegen keine Bitten um Übernahme von Patienten vor	IBBS [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **Nicht besprochen**	
12	**Surveillance** • **Corona-KiTa-Studie** (Folien hier) o GrippeWeb: ▪ Anstieg 5. auf 6. KW von ARE in der der AG 0-5J ▪ Wird beobachtet, noch nicht beurteilbar o Covid-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppen ▪ Zahlen stagnieren, kleiner Anstieg in den höheren Altersgruppen, eventuell relativer Anstieg, da andere AG sinken o Ausbrüche ▪ 43 neue Ausbrüche wurden gemeldet	[redacted]

	▪ Median der Fallzahl /Ausbruch steigt von 4 auf 6 Fälle ▪ Ob dies durch B.1.1.7 verursacht ist, wird derzeit in 4 KiTas untersucht • **Meldepflicht für Sequenzierungsergebnisse** o BMG vertritt die Meinung, dass Sequenzierungsergebnisse kein Erregernachweis per definitionem sind o RKI möchte eine Meldepflicht für das sequenzierende Labor erreichen, damit die Sequenzierungsergebnisse nicht an das primär diagnostizierende Labor zurückgegeben werden müssen, um von dort gemeldet werden, dadurch gehen erfahrungsgemäß Daten verloren o Dienstag 23.02. 18 Uhr Termin mit BMG, Referat 611 zu dieser Frage mit [redacted] und FG 32 o Sequenzierende Labore müssten personenbezogene Daten besitzen, das sie auch abrechnen können, eine Meldung durch das sequenzierende Labor wäre möglich, dies kann kein Hinderungsgrund sein o Falls das BMG ablehnt, muss eine gute Lösung gefunden werden o Dies betrifft auch das RKI: Die Weitergabe der personenbezogenen Daten bei Charakterisierungen ist ein bekanntes praktisches Problem, das transparent gemacht und datenschutzkonform gelöst werden muss o Voraussetzung für den Datenfluss zw. den Laboren ist ein geeigneter Identifier, der von diesen auch gewünscht wird o Über DEMIS/Identifier könnte eine Meldung durch das primär diagnost. Labor an das GA erfolgen, die Umsetzung dieser Lösung würde 3-4- Wochen dauern o Typisierungs-ID ist ungeeignet, da sie erst nach der Typisierung vergeben wird o System sollte insgesamt nicht zu sehr verändert werden o Sequenzierung wird als direkter Erregernachweis an Bedeutung gewinnen *ToDo:* [redacted] *versucht, eine Lösung im RKI-Sinn (Meldung durch das sequenzierende Labor) herbeizuführen*	[redacted] [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	
15	**Wichtige Termine** • GMK 23.02.2021 (L. Wieler) o Themen voraussichtlich: besorgniserregende Varianten, VOC	

	o Hinweis [redacted]: Darstellung der auch gegen VOC nützlichen Maßnahmen und der Bedeutung ihrer konsequenten Beachtung in der letzten PK war sehr gut o Haltung zur Priorisierung der Lehrerschaft: wird aus fachlichen Gründen abgelehnt, ist eine politische Entscheidung o Hinweis: Gesetzesänderung ist bereits formuliert: Grundschullehrkräfte sollen zunächst geimpft werden o Ab Ende des zweiten Quartals 2021 kann die Priorisierung wahrscheinlich aufgehoben werden, weil ausreichend Impfstoff vorhanden ist	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende: 14: 54

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*24.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** • SARS-Cov2 re-infection risk (Studienbewertung s.a. Email VPräs Mi 17.02. v 09:02)	[redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Überarbeitung der COVID-Seite	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie **(mittwochs)** **b) RKI-intern** •	Alle P4 [redacted]
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33

9	**Labordiagnostik** • Influenza	FG17/ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** • Auswertung der VOC	FG32 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Heute: Teilnahme von Herrn Wieler an GMK • Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch [redacted]) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 26.2.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda, [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)
- MF4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.402.818 (+8.007), davon 68.740 (+422) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 Einw. ▪ Bayern: 400 Meldungen nicht übermittelt, derzeit in Klärung o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.581.294 (4,2 %), mit 2 Impfungen 1.854.928 (2,2 %) o DIVI-Intensivregister: 3.037 Fälle in Behandlung (-23) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ In allen BL gleichbleibender Trend ▪ Thüringen: kein weiterer Anstieg ▪ Derzeit BW und SH niedrigste Inzidenzen, SH wegen Situation in Flensburg zu beobachten o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK ▪ LK mit hoher Inzidenz: v.a. in Bayern, Thüringen, BL mit LK an tschechischer Grenze sowie u.a. auch Flensburg (s.o.) o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Anzahl der Todesfälle geringfügig abnehmend, hier mögliche Korrelation zu derzeit sinkender Inzidenz bei der Altersgruppe (AG) der über 80-Jährigen ▪ Graue Balken in Grafik über 3 Vorwochen: Nachmeldungen für diesen Zeitraum möglich bis wahrscheinlich ▪ Höhepunkt Sterbefallzahlen: KW51/52 2020 o 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW: derzeit ca. 130; niedrigste 7-Tage-Inzidenzen derzeit bei AG der 65-79-Jährigen, höchste bei AG der 90+Jährigen, aber auch bei den 20-24-Jährigen hoch o **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 % ▪ Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Test-kapazität ausgenutzt ▪ Insgesamt ca. 60 % weniger Testungen im Vgl. zum Zeitraum vor Weihnachten ▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen, über 1 Mio. pro Woche ▪ Positivquote und Anzahl der Testungen scheint sich zu stabilisieren ▪ Eindruck jedoch weiterhin, dass zu wenig mittels PCR getestet wird ▪ Ärzte könnten wieder niedrigschwelliger testen	FG32 [redacted] Abt. 3 [redacted]

- Auslastung der Kapazitäten
  - Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden
- Probenrückstau
  - Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch
- AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ
  - Zahlen insgesamt etwas gestiegen, Kernaussage unverändert: nur geringe Positivquote bei POC-Tests, größter Anteil (ca. 92 %) der Antigen-POC Tests werden PCR zugeleitet, von den Antigen-positiven Tests sind nur ca. 29 % in der PCR positiv, entspricht dem Bild der vergangenen Wochen und den Erwartungen
  - Weitere Akquise in Arbeit (Coronatest-Seite, viele Dachverbände/Träger kontaktiert, Gespräche mit Testkoordinatoren der BL zu Zusammenführung von Daten eigener Erhebungen der Länder)
- Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal:
  - Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher
  - Geringe Bestätigungsquote in PCR (bei Bewohnern und Personal erfolgt Rückmeldung zuverlässig, bei Besuchern vermutlich nicht)
  - Cave bei Interpretation aufgrund geringem Stichprobenumfang, ermöglicht aber prospektive Abschätzung der Situation

FG37
[redacted]

Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier)

- Anzahl Testungen und Positivenanteile
  - Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positivenanteils, derzeit ca. 5 %
  - Für jedes Bundesland: Thüringen: derzeit bei über 20 % Positivenanteil, muss weiter beobachtet werden
  - Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen werden zunehmend weniger getestet
  - Positivenanteil nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen stellt nicht mehr die Gruppe mit dem höchsten Positivenanteil dar, hier nun die AG der 5-14-Jährigen führend; Positivenanteil jedoch insgesamt in allen AG abnehmend
  - Abnahmeort in KW: Trend der Vorwochen setzt sich fort: am wenigsten getestet in Arztpraxen, derzeit hier ca. 1/3 der Testungen wie zu Höchstzeiten vor KW52, kongruent zu o.g. Zahlen; in Krankenhaus Testrate stabil; in anderen Einrichtungen nur geringfügiger Rückgang der Testrate
  - Appell an Arztpraxen zu vermehrtem Testen sinnvoll
- VOC:

	▪ Übersicht (Daten aus 11 Laboren): deutlicher Anstieg des Positivenanteils hinsichtlich der delH69/V70 B auf ca. 17.5 % ▪ VOC (Daten aus 11 Laboren) für einzelne BL: heterogenes Bild, Bayern ca. 14 % del.-positive Proben, NRW ca. 20 %, andere Länder wenig betroffen ▪ Aufschlüsselung Situation Bayern nach LK: Nachtestung durch einzelne Labore, siehe Bsp. LK Tirschenreuth: Vortestung in einem Labor, Sequenzierung in anderem, somit hier angegebene 90 % durch Selektionsbias verursacht ▪ Aufschlüsselung nach AG: klarer Anstieg der B.1.1.7 auf nahezu 24 %; am wenigsten in AG der über 80-Jährigen (scheinbar bislang erfolgreiche Abschirmung); vor allem die 0-4 Jährigen betroffen, aber cave bei Interpretation aufgrund geringer Probenzahl ▪ Nach Abnahmeort: in Arztpraxen höchster B.1.1.7-Anteil o Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen o Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen o Diskussion: ▪ Stets zu bedenken, dass VOC ca. 50-70 % höhere Übertragbarkeit besitzt ▪ Arztpraxen müssen aufgefordert werden, wieder mehr zu testen, da sonst die Erkennungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt ▪ Wurde bereits bei der KBV und dem Hausärzteverbund sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen ▪ Ursache: vermutlich symptombasiertes Testverfahren in Arztpraxen, in anderen Einrichtungen vorwiegend Routinescreening ▪ Ggf. auch Betriebsärzte hierzu ansprechen, um die jüngeren, mobilen AG besser abzudecken ▪ Appell an Bevölkerung, auch bei leichten Symptomen den Arzt aufzusuchen und Test durchführen zu lassen, sollte kommunikatorisch aufgegriffen werden ▪ Änderung der Teststrategie hinsichtlich Arztpraxen vermutlich eher weniger zielführend o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Anstieg der Vorvorwoche setzt sich scheinbar nicht fort ▪ ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau o ARE-Konsultationen ▪ Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen fortgesetzt ▪ In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche	FG36 [redacted]

	▪ Regionale Unterschiede: Brandenburg/Berlin: AG der 0-4-, 5-14- und 15-34-Jährigen Trend steigend; BaWü: Inzidenz der AG der 15-34-Jährigen sinkt nicht so stark wie in anderen AG → diese AG ggf. übertragungsrelevant und zu beobachten o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI in AG > 60 Jahren sinkt; bei AG der 35-59-Jährigen etwas ansteigend ▪ Ähnlich SARI im Jahresvergleich: 15-34-Jährige stärker von Grippe betroffen, aber auch in der AG bis 59 Jahre zunehmend; bei älteren AG Trend eher abnehmend ▪ Max. Liegedauer 7d: AG der 35-59-Jährigen eher zunehmende Anzahl Covid-19-Fälle, auch bei AG 15-34-Jährigen leichter Anstieg, hier hinsichtlich des Vorhandenseins neuer Varianten zu überprüfen, beunruhigende Entwicklung o Diskussion ▪ Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich): o Gemessen an der Inzidenz: noch keine Zunahme aber auch keine weitere Abnahme, obwohl Maßnahmen noch nicht gelockert wurden bzw. sich Lockerungen noch nicht in Zahlen niederschlagen können o Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden o Effekte abhängig von Alter zu betrachten: AG 0-4 Jahre: KiTa-Situation; 80+Jährige: Impfung; AG drunter: derzeit sehr compliant; AG 20-50 Jahre: mobil und im Fokus → altersstratifizierte Betrachtung nötig o Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden o Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern"), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance	
	o **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.971 COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021) o In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig o Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig o Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer) o Anteil der Covid-19-Patient*innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten: Rückgang in den meisten BL, in 4 BL liegt Anteil von Covid-19-Patient*innen an Intensivbetten über 15 % (~ jedes 6.Bett) o Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Weitere Stabilisierung	MF4 [redacted]

	▪ Situation des Personalmangel verbessert sich ▪ Raummangel bleibt bestehen ▪ Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten ▪ Trend setzt sich nach unten fort o Regional ▪ Beispiel Amberg, Landshut, Coburg, Hochfranken, (Erding nicht zu berücksichtigen): Vorwoche überall Trend nach unten, diese Woche Trend steigend, teils auch mit IST-Zunahme prognostiziert	
2	**Internationales (nur freitags)** **SARS-Cov2 re-infection risk** (Slides here), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document here) o Case reports/series ▪ 199 previously recovered COVID-19 cases testing positive (PCR) with SARS-COV-2: 3 – 91 years, > 75 co-morbidities ▪ 16 & 60 asymptomatic at 1st and 2nd "episode" ▪ Duration between "episodes": 1 – 32 weeks ▪ Follow-up testing in 7 studies ▪ Transmission onward reported in 3 case reports, 4 identified positive contacts ▪ Only 17 cases confirmed as reinfections through whole genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations) o Almost no study reports on growth or level of virus o Symptoms at repositive are common o Using RKI in-working definition ▪ Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible o Observational Studies ▪ Predominantly from China ▪ Total: 168.874 positive from 33 studies, 1041 re-positive (0.6%), + 44 from one study with no denominator ▪ Genome sequencing performed in only 1 study, full-length viral genomes could not be obtained ▪ Age of re-positive: 2 months – 90 years ▪ Duration between two "episodes": 1 – 33 weeks ▪ Symptoms at re-positive: at least 56 % when reported ▪ 2 studies included follow-up testing, no onward transmission identified o Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies ▪ Top rates studies: 11/14 criteria o Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes o Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes o Chen: 44/NA, 2 weeks post-discharge ▪ Studies ≥ 12 weeks follow-up (Pilz: 30 ± 4 weeks, Hanrath: 24 weeks, Lumley: 22.8 – 33 weeks) ▪ Studies with repositive >20 %: 21.4 – 50.0	ZIG2 [redacted]

- Reviews: 8 (1 preprint)
  - Three descriptive and five with metanalysis
  - Largest include 82 publications, 1350 re-positive cases, 2.6 % required ICU
- Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses
  - Pooled recurrence rate from top two rated studies (11 and 9/11 criteria) between 14.6 % and 17.7 %
  - Median interval onset to recurrence: 21 to 50 d
  - Time discharge to recurrence: 13.4 d
- Main Observations
  - Confirmed re-infections rare (17 known cases, maybe 19)
  - Difficult to ascertain first infection (testing error/lack of samples)
  - Genome sequencing rarely performed
  - Re-positive SARS-COV-2 test among previously recovered cases is a commonly-reported phenomenon during first few weeks (some of these cases follow exposure, severe illness at "re-positive" reported, includes deaths)
  - Limited evidence on re-positive contact tracing and onward transmission
- Diskussion:
- Aspekt der Reinfektion im ÖGD hochrelevant, Verfahrensweise nötig
- Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden
- Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides):
  - Confirmed reinfection: Genome sequence of virus from previous SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequence of the virus of the current SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequences of viruses from previous and current SARS-CoV-2 infection do **not** match
  - Probable reinfection (*prerequisite: no genome sequencing result available or known for at least one of the two confirmed SARS-CoV-2 infections*): Person overcame acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** SARS-CoV-2 genome copy number in the context of current PCR detection ≥105/ml **or** virus can be grown
  - Possible reinfection (*precondition: neither A nor B applies*): person has overcome acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** individual tested positive for SARS-CoV-2 by PCR (but: SARS-CoV-2 genome copy number in current PCR detection <105/ml or not known and virus cultivation is not possible (sample not available or cultivation negative)

	o Three-month-cutoff used at RKI, similar numbers from ECDC, in Austrian study evaluated last week four months were used, so far not less than 3 months used	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** o Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Aktualisierung Risikobewertung** (Dokument hier) o Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen o Überblick über zentrale Anpassungen: ▪ Zeitloser formuliert, Höhepunkt 2. Welle Ende Dezember ▪ Nicht nur Fallzahlenrückgang sondern auch der schwerer Erkrankter, Ziel der Anstrengung: Nachhaltigkeit des Fallzahlrückgangs ▪ Brasilianische VOC P1 nicht nur „nachgewiesen“, sondern regional unterschiedlich mit deutlichen Anteilen nebst WT zirkulierend, höhere Übertragbarkeit und potentiell schwerer Krankheitsverläufe können zu Fallzahlzunahme und Verschlechterung der Situation führen ▪ Einzelne Indikatoren: Übertragbarkeit weiter nach vorne gestellt ▪ Bei Ressourcenbelastung: „angespannt“ statt „sehr angespannt“ o Bevölkerung sollte aktiver eingebunden werden, sich an die Regeln zu halten anstelle der schon seit geraumem Zeitraum kommunizierten Durchhalteapelle *To Do1: Bitte um Zirkulation und Durchsicht bis Donnerstagabend zwecks Besprechung und Finalisierung am Freitag, [redacted] schickt link zu dem zu bearbeitenden Dokument an den Krisenstab* *To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten“ sinnvoll?*	FG36 [redacted]
5	**Kommunikation** **BZgA** o Keine aktuellen Anliegen **Überarbeitung der Covid-Seite** (Dokument hier) o Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten o Beispiel Infektionsschutzmaßnahmen: verschiedene Empfehlungen für Schulen vorhanden – S3, seitens RKI und MPK-Beschlüsse → könnte auf eine Unterseite „Empfehlungen für Schulen“ ausgelagert werden; ebenso „Hygienemaßnahmen bei Covid-19“	BZgA [redacted] Presse [redacted]

	o Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen o Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens [redacted]) *To Do: Zirkulation des Dokuments an [redacted] (Hygienemaßnahmen) und [redacted] zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** o Modellierungsstudie (mittwochs) o Nicht besprochen **b) RKI-intern** o Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument hier) o Hintergrund: Brief von Prof. Exner und zwei Organisationen an Herrn Wieler zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS) o Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern o Vorschlag Prof. Exner sehr differenziert: sofern gelüftet → betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2 Umformulierungsvorschlag UB: o Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition“ realitätsgetreuer, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden o Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement“ abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind o Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer“ und „Kontinuität“ ggf. streichen o Erfahrungswerte haben gezeigt, dass Empfehlung des RKI auch vor Gericht von Bedeutung sind	FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** o Influenza / Virologische Surveillance (Folien hier) o Proben ▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche	FG17/ZBS1 [redacted]

	▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen ▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE o Viruszirkulation ▪ Rhinovirennachweis bei ca. 10 %, SARS-CoV-2 ca. 6 %, geringer Nachweis von Parainfluenza 3 (neuerdings leichte Hintergrundaktivität), kein Nachweis von Influenza im Sentinel, saisonale Corona-Viren: leichte Zirkulation o Sequenzierungen ▪ n = 75 sequenziert und ausgewertet, davon 11 (15 %) B.1.1.7 und 1 (1 %) B.1.351 ▪ Ansteigender Trend der B.1.1.7 (rot) o Diskussion: ▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten *To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik" in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag [redacted])*	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Verlegung von 50-100 Patienten aus Tschechien geplant, Freitag dazu aktuelle Informationen (Cave: Verlegung muss auch hinsichtlich SPoCK berücksichtigt werden)	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** o Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) o Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten o VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis": wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis": durch Sequenzierung o Nachweis/Verdacht: ca. 11.000 Fälle in Meldesystem, meiste Fälle aus Bayern, v.a. VD B.1.1.7 (v.a. aus BaWü und Bayern) o Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche o Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig o Verknüpfung Genomsequenzierung mit Meldedaten: ca. 7.000 Matches → LK-Ebene: Anzahl Testungen mit Genomsequenzierung und Variantennachweis: sehr geringe Fallzahlen, daher sehr hohe Anteile (Daten somit nicht für externen Gebrauch) o B.1.1.7 nach Bundesland (Folie 3): Grundlage > 5 Genomsequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtes weitergereichte Proben), schwarz: Anteil B.1.1.7 70-80 %	FG32 [redacted]

- Zufallsstichproben (Folie 4): Top 6 Varianten (B.1.177, B1.1.7, B.1.221, B.1.258, B.1.160, B.1) aufgelistet; B.1.1.7 in KW6 bis KW6 in Top 6 enthalten, Anteil ca. 10 %
- Höhere Zahlen in VOC-Bericht angegeben, Ursache der Diskrepanz: Nachmeldung von Sequenzierungen in den letzten 2 Wochen
- Untere drei Zeilen: B.1.525 zwischen KW3 und KW6 in 23 Fällen detektiert
- Unterschiedliche Datenquellen zu B.1.1.7 (Folie 5): Laborverbund (orange), RKI (grau), Fallzahlen mit Verdacht bzw. Nachweis von B.1.1.7 (blau): kontinuierlicher Anstieg, Genomsequenzierung B.1.1.7 (gelb): Sequenzierungsnachmeldungen ausstehend
- Verteilung AG (Folie 6): AG der 15-34-Jährigen steiler Anstieg, aber auch bei 35-59-Jährigen; gegenläufiger Trend zur Gesamtinzidenz
- Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich
- Diskussion:
  - Kongruentes Bild einer Stagnation, Inzidenz der Varianten nimmt jedoch zu, v.a. in bestimmten AG (→ Einfluss auf Gesamtinzidenz)
  - In Gesamtinzidenz noch keine Zunahme ersichtlich aber deutliche Anzeichen, dass bei einer Lockerung mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen ist
  - Betriebsmedizin muss zu vermehrter Testung herangezogen werden, sollten auch für die Impfung aktiviert werden
  - Andere Länder mit rückläufigen Zahlen trotz Vorliegens der B.1.1.7 - mögliche Erklärungsansätze: Hypothese, dass Personen hier vor Peak der Virusausscheidung symptomatisch und somit Effekt auf Ausbreitung, dennoch waren schnelle und drastische Maßnahmen entscheidender Faktor zum Erfolg
  - Vorschlag der Darstellung der Inzidenzen ohne VOC
  - Vorsicht bei Kausalitätsbezügen, hier sollte mit Modellierung gearbeitet werden
  - Anstieg der VOC wird vermutlich erst Anfang/Mitte März deutlich sichtbar werden, bei Lockerungen sind Anstiege unvermeidbar, dies muss weiterhin klar kommuniziert werden auch angesichts der Lockerungstendenzen seitens Politik
  - Grundsätzlich gilt: Varianten werden dominieren und, sofern Reisen/Mobilität erfolgt, diese werden sich verbreiten
  - Cave bei Betrachtungen: Tirol - Südafrika-Variante → biologisch anderes Verhalten als B.1.1.7 durchaus denkbar, sollte berücksichtigt werden
  - Regionale Unterschiede oder Auffälligkeiten zu beobachten (Region Mosel, Saarland), vor allem bei Vorliegen der Südafrika-Variante, zu der noch keine ausreichenden Hinweise auf hohen Wirkungsgrad der Impfung vorliegen

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** o Teilnahme von Herrn Wieler an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht o IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weiteregegeben o Webex-Konferenz, 13-14 (Einladung durch [redacted]) zu Unterstützungsersuchen CZE - Aufnahme 50-100 ITS-Patienten	Alle Presse [redacted]
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*26.02.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs) o Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs) o Präsentation Ausbruchsteam Heppenheim o Situationsbericht LK Leer wegen britischer VOC	 ZIG1 FG32 FG36 FG37 MF4 [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Lage im Grenzbereich FR, LUX, DE, Anfrage Expertengruppe Genomanalysen (E-Mail an nCoV-Lage 24.02.2021, 14:51)	ZIG [redacted]
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente**	

	•	[redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Englischer Lagebericht	[redacted]
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 29.02.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
  - ZfKD/[redacted] (Protokoll)
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
- FG16
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
  - ZIG 1/[redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** (Folien hier) • weltweit > 112 Mio. Fälle, Trend bewegt sich leicht nach oben • Top 10 Länder nach Anzahl neuer COVID-19-Fälle: o Top 3 in Reihenfolge unverändert seit letzter Woche: US, BR, FR; neu in Top 10: PL; nicht mehr in Top 10: MX o 7-Tage-Inzidenz (7TI) mit abnehmendem Trend in US, RU, UK, in übrigen Top 10-Ländern 7TI zunehmend, bes. starker Anstieg in CZ (7T-Fallzahlen +29 % ggü. Vorwoche, aktuelle 7TI > 700/100.000), PL (7T-Fallzahlen +34 % ggü. Vorwoche) o mind. 1 Impfdosis erhalten: UK 27 %, US 14 % • Karte: 7TI weltweit pro 100.000 Einwohner o im Vgl. zu Vorwoche erhöht in: DK, BE o im Vgl. zu Vorwoche entspannt in: PT, ES • lt. WHO Sitrep (23.02.2021) Nachweis von… o VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) in 101 Ländern, o VOC 501Y.V2 (Linie B1.351) in 51 Ländern, o VOC P1 (Linie B1.128.1) in 29 Ländern; o 45 Länder berichten *community transmission* von VOC 202012/01 (Linie B.1.1.7) • zu bedenken bei Einordnung int. Zahlen: Länder nutzen unterschiedl. Methoden zur Detektion von Varianten und unterschiedl. Berichtsintervalle • VOC B.1.1.7 in dt. Nachbarländern stark verbreitet (DK > 60 %, FR knapp 50 %, BE > 30 %), VOC B.1.351 regional mit hohem Anteil (bspw. > 20 % in Region Grand-Est, FR, knapp 40 % in Tirol, AT) • neue VOI/VOC: o B.1.1.7 + E484K: UK o B.1.525 + E484K: NG, UK, 13 weitere Länder, z. B. DK o B.1.526 + E484K: New York, US o B.1.429: Kalifornien, US, weitere US-Bundesstaaten und Länder (z. B. AU)	ZIG1 ([redacted])
	National • Dashboard: letzte Nacht fehlerhaftes Datenupdate bei ESRI, dadurch Darstellung falscher Zahlen; Dashboard zwischenzeitlich inaktiv und mit Disclaimer versehen; Fehler inzwischen behoben • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o 7TI vom bisherigen Plateau (niedrigster Wert um 15.02.) leicht ansteigend, Bewertung schwierig o SurvNet übermittelt: 2.424.684 (+9.997), davon 69.519 (+394) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 63 Fälle/100.000 EW o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 3.759.906 (4,5 %), mit 2 Impfungen 1.956.085 (2,4%) o DIVI-Intensivregister: 2.898 Fälle in Behandlung (-57)	FG32 ([redacted])

- aus intensivmed. Behandlung entlassen: +450, davon 27% verstorben
- 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum
  - TH weiterhin mit höchster Inzidenz, kein BL mit deutlichem Anstieg oder Rückgang
- Geografische Verteilung 7TI nach LK
  - 161 LK < 50/100.000
  - 251 LK > 50/100.000
  - besonders stark betroffen, 7TI > 170/100.000: u. a. SN (Vogtlandkreis), ST (Burgenlandkreis), TH (Schmalkalden-Meiningen, Hildburghausen, Saale-Orla-Kreis), BY: Oberfranken (Wunsiedel, Hof, Kulmbach), Oberpfalz (Tirschenreuth, Weiden, Neustadt)
- VOC B.1.1.7 häufig nachgewiesen u. a. in Flensburg, im Norden und Osten Bayerns (Grenzregion DK bzw. CZ)
- Altersmedian
  - zuletzt abnehmend Gesamt und bei Hospitalisierten, konstant bei Verstorbenen
- Sterbefallzahlen Deutschland
  - Übersterblichkeit geht zurück auf Durchschnittsniveau 2017-2020

Ausbruchsuntersuchung Kreis Bergstraße (Folien hier)

FG36 ([redacted]), FG38 ([redacted])

- Amtshilfeersuchen zu Ausbruchsgeschehen mit B.1.1.7-Hinweis in 3 Kitas; Team vor Ort 15.-18.02.2021
- Ausbrüche in Kita 1 und 2 zurückgehend auf jeweils 2 Primärfälle unter Erziehenden; Kitas mit strikten Hygienekonzepten/Kohortierung, dennoch: hohe Attackraten (Kita 1: 25-69 %, Kita 2: 14-43 %) bei Erziehenden und Kindern; hohe sekundäre Attackrate auch bei Kindern (29 % in Haushalten); auch Personen, die als KP2 eingestuft worden wären, wurden infiziert; Rolle von Aerosolen?
- B.1.1.7 scheint mediane Ausbruchsgröße zu erhöhen
- Publikation geplant, möglw. Eurosurveillance Rapid Communications

Situationsbericht GA LK Leer (E-Mail von NLGA hier)

FG38 ([redacted])

- Inzidenzanstieg im LK Leer innerhalb einer Woche von ca. 60 auf 100; B.1.1.7-Anteil wird auf weit > 50 % geschätzt
- auch hier wurden Personen, die sonst als KP2 gelten würden (sehr kurzer Aufenthalt im selben Raum, Anwendung von Masken), infiziert; pos. Nachweise bei KP teilweise früher, teilweise später als gewohnt (Tag 13) – Konsequenzen für Entisolierungskriterien?
- Ct-Wert deutlich geringer als bei Wildtyp (bis zu 6), auch bei Nachtestung nach 14 Tagen noch hoher Anteil deutlich positiv (Ct-Werte im infektiösen Bereich)

Diskussion Ausbruchs- und Situationsbericht:
Wie gut wurden Hygienekonzepte in den Kitas tatsächlich umgesetzt?
- Es haben gemeinsame Besprechungen der Erziehenden im Besprechungsraum stattgefunden, erklärt aber nicht die Fälle bei den

	Kindern. / Was sind die Konsequenzen für den ControlCovid-Stufenplan im Hinblick auf Kita-Öffnungen? - Attackraten bei B.1.1.7 insgesamt (nicht nur bei Kindern) höher. – Vorläufig keine Anpassung des Stufenplans, Publikation abwarten, für entsprechenden Beschluss ist es zu früh.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Vorbereitung Unterstützungsmission Montenegro • weitere Mission geplant in Erbil, Irak • über GHPP (Global Health Protection Programme, BMG) werden > 100 Proben aus Namibia zur Sequenzierung nach DE geschickt; beteiligt: Forschungszentrum Borstel (FZB), RKI; weitere Anfragen ähnlicher Art laufen o Frage: warum werden die Proben nicht am NICD sequenziert? - unbekannt, möglw. ist NICD überlastet	ZIG1 ([redacted])
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** (Dokument hier) • aktualisierte Bewertung vorgestellt am 24.02.; Änderung gegenüber Vorversion: v. a. stärkere Bezugnahme auf Verbreitung von VOC in DE, insbes. B.1.1.7; o es wurden und werden keine Einwände geäußert; finale Version mit Anpassung zu VOC geht über LZ an webmaster	FG36 ([redacted])/ alle

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• kein Beitrag
	Presse
	• bei fehlerhaften Darstellungen im Dashboard bitte neben Pressestelle und Webmaster auch Zentrale und ZV5 in Kenntnis setzen
	P1
	• nicht anwesend
	Lagezentrum
	• engl. Lagebericht: angesichts erlahmten Interesses (fehlende Rückmeldungen und Neuanmeldungen) wird die Einstellung erwogen; Ressourcen sollen geschont werden; Daten weiterhin über ECDC erhältlich
	  o Diskussion: Kürzung statt Einstellung erwägen, engl. Bericht hilfreich für Kommunikation mit int. Presse, int. Partnern, EU, WHO; weitere Option: wöchentl. statt tägl. Bericht, ggf. auch als Zielstellung für den dt. Lagebericht; mögl. erster Schritt: Verzicht auf Erstellung am WE
	  o TODO: Ermittlung der Downloadzahlen für engl. Lagebericht; diskutierte Optionen prüfen; Wiedervorlage des Themas nächste Woche
		BZgA ([redacted])
		
		Pressestelle ([redacted])
		
		[redacted]

6	**RKI-Strategie Fragen** • Nicht besprochen	

7	**Dokumente** • siehe 10, Entlassungsmanagement	

8	**Update Impfen (nur freitags)** (Folien hier)
	• bisher in DE ca. 8 Mio. Impfstoffdosen ausgeliefert; für 2. Quartal 70 Mio. Dosen, für 3. Quartal 120 Mio. angekündigt; bis März Abschluss der Impfungen in Pflegeheimen; Erreichen „hoher" Impfquoten unter Berücksichtigung altersspezif. Impfakzeptanz und ohne „Impf-Rückstau" voraussichtl. nicht vor Sommer 2021
	• COVIMO: Befragung durch Usuma GmbH in mehreren Wellen; Impfbereitschaft ist hoch und steigt mit dem Alter; ca. 12 % unentschlossen, ca. 4 % Impfverweigerer; ggf. noch Kommunikationsbedarf bei jüngeren Altersgruppen; NW nach der Impfung wurden von ca. 52 % berichtet und als annehmbar bewertet
	• intensivierte Surveillance zur Erkennung von Impfdurchbrüchen am RKI: wöchentl. Screening von SurvNet, Rückmeldung an Landesbehörde und GA bei symptomat. Impfdurchbruch (> 14 Tage nach 2. Impfung), anschließend Anforderung einer Typisierung und ergänzende Datenerhebung durch das GA;
	  o SurvNet: Stand 25.02.21 haben 331 Fälle die 2. Impfung vor > 14 Tagen erhalten (3,5 %), davon sind 254 symptomfrei, 11 haben einen moderaten bis schweren Verlauf, bei 13 wurde eine VOC nachgewiesen; bei geimpften Fällen ist der Anteil derer mit nur 1 Impfung deutlich höher als der Anteil derer mit 2 Impfungen
	  o Kann bei einem symptomlosen Verlauf von einem Impfdurchbruch gesprochen werden?
	• Studien aus UK und Israel belegen hohe Effektivität von BioNTech und AZ bzgl. Schutz vor Infektion, COVID-19 und schweren Verläufen; unveröffentlichte Studien bestätigen die Ergebnisse; noch keine / wenig Daten zur Schutzdauer bzw. Effekt VOC auf Wirksamkeit
		FG33 ([redacted])

9	**Labordiagnostik**
	• **FG 17**
	  o Insgesamt 576 Proben analysiert, davon
	  ▪ 38 Proben SARS-CoV-2-positiv (Positivanteil 7%)
	  ▪ 60 Proben Rhinovirus-positiv
	  ▪ 3 Parainfluenza virus-positiv
	  ▪ 14 positiv für saisonales Coronavirus (NL-63)
	  ▪ Labor Berlin: erster Influenza-Nachweis in dieser Saison (Reiserückkehrer Tansania); Probenmaterial eingetroffen; Charakterisierung begonnen
	• **ZBS1**
	  o XX Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon XX positiv (21 %)
	  o N501Y-Vorscreening von SARS-CoV-2-pos. Proben: ca. 40 % weisen Mutation auf; Proben vorwiegend über Berliner Gesundheitsämter zugesandt, teilw. Mehrfachproben einer Person
		FG17 ([redacted])
		
		ZBS1 ([redacted])

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Anpassung Kriterien Entlassmanagement (Dokument hier): bei V. a. oder Nachweis von VOC 14-tägige Isolierung und Testung vor Entisolierung (PCR- oder Antigentest) empfohlen; Anpassung beschlossen; neue Version wird noch heute online gestellt, zusätzlich Tweet, um Aufmerksamkeit zu erhöhen	IBBS ([redacted])
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG14 nicht anwesend
12	**Surveillance** **IMS/DESH** • insges.ca. 14.000 Sequenzen, weit unterhalb 5 % Deckungsgrenze, Tendenz steigend • Verknüpfung/Matching von Sequenz und Meldefall noch problematisch	FG36 ([redacted])
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Kein Beitrag	FG38 ([redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Kein Beitrag	FG38/alle
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 01.03.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*01.03.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Lagezentrum: engl. Lagebericht: angesichts erlahmten Interesses (fehlende Rückmeldungen und Neuanmeldungen) wird die Einstellung erwogen; Ressourcen sollen geschont werden; Ermittlung der Downloadzahlen für engl. Lagebericht; diskutierte Optionen prüfen	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen**	Alle

	a) Allgemein • **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Cyber-Angriff auf Bundesdruckerei/DEA (s. E-Mails) • Nächste Sitzung: Mittwoch, 03.03.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*01.03.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - FG24/Thomas Ziese
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.447.068 (4.732), davon 70.105 (+60) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 66 Fälle/100.000 EW Kleiner Anstieg im Vgl. zu Vorwoche, mehr Landkreise mit höheren 7-Tage-Inzidenzen (7TI) o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.079.107 (4,9%), mit 2 Impfungen 2.095.255 (2,5%) o DIVI-Intensivregister: 2.869 Fälle in Behandlung (+29), insgesamt stabil o 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum Kurve schwer beurteilbar, in allen BL ein Plateau o Geografische Verteilung 7TI nach LK: 262 LK > 50/100.000 besonders stark betroffen sind LK im Osten, BY und an der Grenz zu Tschechien. LK 7TI > 170/100.000 keine große Veränderung zu letzter Woche, betroffene LK haben hohe Inzidenzen teilweise seit Wochen o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und Meldewoche Ein Tag von KW8 fehlt. In KW8 7TI bei Gruppe 80J ist geringer als in Gruppe 15-34J und 35-39J. Zunahme in Gruppe 0-4J und 5-14J. Die Zahlen sind ab morgen verfügbar. o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe Bundesweit sehr hohe 7TI bei 20-29J und 30-39J. Infektionsgeschehen ist bundesweit in diesen Altersgruppen. **Corona-KiTa-Studie (nur montags)** • Folien hier o Zahlen sind auf einem niedrigen Niveau und gehen für alle AG runter, dennoch kein einheitlicher Trend o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe: in niedriegn AG ansteigend (v.a. bei 0-5J). Im rechten Diagramm ist das Verhältnis zwischen den AL-Gruppen dargestellt. In der Gruppe 0-5 Jahre:104.000 ARE (2.200/100.000), davon 25% mit Arztbesuch (rund 26.000 Kinder). Zahlen hängen davon wer wie im Gesundheitswesen wahrgenommen wird und getestet wird. o Ausbrüchen in Kita (Vgl. letzte Woche) o 54 neue Ausbrüche; Seit Dez/2020 61 Kita-Ausbrüche mit mind. 1 Fall mit Verdacht auf VOC, davon mit 59 mit B.1.1.7 und 2 mit B.1.351; o ein B.1.351-Ausbruch ist der bisher größte Kita Ausbruch mit bislang 73 Fällen, bei 45 Fällen mit Verdacht auf B.1.351 (BW, LK Rastatt) o In KW 7/8 gab es 12 Ausbrüche mit >=10 Fällen +54	ZIG1 FG32 ([redacted])

	o Ausbruchsgröße: Trend aus letzter Woche (Anstieg des Median Fallzahl) hat sich nicht fortgesetzt, Ausbruchsgröße (Median) 4 Fälle o Bei Schulen noch keine neuen Entwicklungen Das RKI kann Aufträge und Anfragen des BMGs nur im geringen Maße ablehnen. Die Leitung achtet auf die Aufgabenlast. Externe Einflussnahme auf wiss. Daten und Ergebnisse ist nicht akzeptabel und bei solchen Versuchen sollte die Leitung umgehend bilateral kontaktziert werden um eine Klärung zu erwirken.	IL (L. Wieler)
2	**Internationales (nur freitags)**	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • DEA Webseite wurde am WE attackiert, dabei wurde die Seite lahmgelegt. Es wird aktuell der Schaden (Datenabfluss) beurteilt und eine Infoseite für Bürger erstellt. Dazu gab es diverse Pressenanfragen. Seitens der CWA besteht ebenfalls die Angst vor möglichen Attacken. • Am 01.03.2021 wird die große Nutzerbefragung des CWA gestartet. Erste Ergebnisse können evt. bereist nächste Woche vorgestellt werden • Es gibt viel Aufregung und öffentliche Diskussion um mögliche Verknüpfungen zwischen den unterschiedlichen digitalen Tools (mit GAs, Tools zur Abbildung, Verknüpfung mit DEMIS) . Der Druck ist dabei hoch und es braucht dafür Schnittstellen. • Effektivität der CWA hängt von Verbreitungen: ca 30% der Bevölkerung nutzen die CWA. Anbindung/ Nutzung anderer Endgeräte (Fitnessarmbänder) würde für größere Reichweite sorgen. Es gab Treffen mit spez. Berufsgruppen, die kleine Smartphones benutzten dürfen. Das System der CWA könne nur schwer damit verbunden dürfen, da kein zentraler Server verfügbar ist. Die Integration ist schwierig/unmöglich. • Es gibt zahlreiche Angebote rein, die einzeln beurteilt werden müssen. Die Einzelbeurteilung ist vom Team kaum machbar und aktuell gibt es keinen konkreten Auftrag dafür. • DEMIS läuft stabil und es gab letzte Woche ein Treffen mit dem BMG. Es wird auch hier ein Angriff befürchtet. Es wird zunehmend schwieriger/anspruchsvoller die Authentifizierung für die Anbindung (Testzentren) durchzuführen. •	Abt2 ([redacted]) FG32 ([redacted])
4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA ([redacted])

	• Keine Neuigkeiten **Presse** • Keine Neuigkeiten **P1** • Twitter und Instagram: Impffortschritt in Absprache mit FG33 eingestellt und wird jede Woche geteilt. • Es wird eine Zusammenfassung und eine Graphik, die die Situation zu VOC verständlich darstellen sollen, erarbeitet. Veröffentlichung ist für Mittwoch geplant, ab dann alle 2 Wochen erfolgt ein Update. **Lagezentrum: Engl. Lagebericht** • Abrufe im Verhältnis zum dt. Lagebericht: 1:10 • Pressestelle und ABT3 kann auf engl. Bericht verzichten. • Leitung ist dem Einstellen des engl. Lageberichts einverstanden. LZ am BMG wird in Kenntnis gesetzt, dass der engl. Version ab Mi/Do eingestellt wird. Die engl. Version ist auf Eigeninitiative des RKI entstanden. Kein Auftrag des BMGs. • Eine Ankündigung soll bereits ab heute in den engl. Lagebericht rein. TODO: *LZ Ankündigung in den engl. Lagebericht; LZ am BMG über das Einstellen in Kenntnissetzen.*	Pressestelle ([redacted]) P ([redacted]) VPräs/alle
6	**RKI-Strategie Fragen** • Nach der Vorstellung von ZIG2 zur Evidenz von Re-Infektionen und Infektionen von Geimpften sowie dem Vorgehen anderer Länder (Israel), EU-Plänen zu Impfausweis sollte die Empfehlung des RKI zu Quarantäne von Geimpften und Genesenen in Zukunft angepasst werden. Das wird eine Abstimmung mit dem BMG bedürfen, da die Quarantäneverordnung ggf. angepasst werden muss. • An der Evidenz zu steriler Immunität hat sich nichts verändert. Die Entlastung von Gesundheitswesen und Reduktion von schweren Verläufen ist durch die Impfung früher zu erreichen als die Unterbrechung von Infektionsketten. • Da die Diskussion zum Impfausweis in spätestens 3 Monaten mit der Einführung der EU-Version aufkommen wird, wäre es gut vorher eine klare Meinung zu haben. Es soll ein realistisches Ziel der Impfung unter Einbezug von Abschätzungen und Modellierungen, Erfahrungen mit Influenza und Grundimmunität entwickelt werden. Am 15.03.2021 findet ein Austausch mit [redacted] von FG33 und ZIG zu diesem Thema statt. Die Einladung kann mit dem Krisenstab geteilt werden. FG36 wird teilnehmen.	VPräs/alle

	TODO: FF FG36 (nach interner Rücksprache) in Zusammenarbeit mit FG33 bereitet einen Entwurf basierend auf dem Control Covid-Papier als Diskussionsgrundlage bis nächste Woche vor [ID 3026]	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o Keine neuen Zahlen o Online Meeting mit SSI, AGIS zu VOC: In Dänemark geht der Anteil von VOC B1525 ? vermutlich unter dem Druck von B.1.1.7 (Anteil 65%) zurück. o In Tirol/Österreich nimmt der Anteil von B.1.351 ab, Anteil B.1.1.7 steigt. Es wird an den aktuellen Maßnahmen festgehalten. o Das Verhalten von VOC untereinander ist kontextabhängig. In Deutschland ist der Anteil von B.1.1.7 bei 30%, es gibt einen deutlichen Gradienten zu eigenen Nachbarländern und Grenzmaßnahmen (Tschechien) helfen Zeit zu gewinnen um Maßnahmen und Teststrategie anzupassen. o Nächster VOC-Bericht wird am Mittwochnachmittag abhängig von Dateneingang veröffentlicht. • **ZBS1** o 1002 Einsendungen für SARS-CoV-2-Testung, davon 230 positiv (23 %) • **Einführung von Schnelltests für die breite Öffentlichkeit und Teststrategie** o Teststrategie wird seit der Publikation im EpiBull intensiv wahrgenommen. Im Rahmen der wiss. Begleitung des BeFast ?-Projektes (Telefonat [redacted])wird der Zusatznutzen von Schnelltests diskutiert. Es gibt bisher positive Erfahrungen (publiziert). Es gibt bereist Konzepte und Einsatz in bestimmten Gruppen (Schulen, Betrieben, Studenten). Die nächsten möglichen Gruppen wären Gruppen im priv. Leben (Chöre, Sportvereine). Dazu wird bereist gedacht und Austausch besteht. o [redacted] und [redacted] sind im WP Koordination, daher gern Rückmeldung über Aktivitäten an die beiden. o Im Kanzleramt (Hr. Braun) gibt es Bestrebungen eine zweiarmige Teststrategie umzusetzen. Einerseits soll sich jeden Bürger mind. 1-2 pro Woche Selbst testen (Schnelltest) können und auf der anderen Seite soll der Zugang zu best. Einrichtungen und Veranstaltungen durch Testung (Schnelltest) ermöglicht werden. Das würde über 100 mio Tests pro die Woche bedeuten und viele Fragen (wie praktisch eine Bestätigung erfolgen soll) aufwerfen.	FG17 ([redacted]) ZBS1 ([redacted]) VPräs/alle

	o Im BMG gibt es auf Arbeitsebene keine Informationen zu Plänen zu diesem Vorgehen. o Dieses Vorgehen würde die Inzidenzen verändern, da wir aktuell von Untererfassung ausgehen und die aktuellen Grenzwerte wären somit hinfällig. Es würde die aktuelle Teststrategie verzerren. Die Lage könnte nicht mehr beurteilt werden. Das scheint auf Fachebene im BMG klar zu sein. o Es geht die Tendenz dazu, dass Schnelltests bei Veranstaltungen als der „Türöffener"-Test sei sollen. Ergebnisse bei BeFast dazu sind noch rar. o Die breite Einführung der Schnelltests könnte entscheidend für Surveillance sein. Eine Beobachtung von einigen Regionen als „Modellregion" um Rückschlüsse auf nationale Ebene zu ziehen werden kritisch gesehen. Da die Entwicklung von zahlreichen lokalen Faktoren (Impfung, Maßnahmen, Compliance, lokalen Interessen etc.) abhängen. Beispiel schwankende Reduktion von Inzidenz nach LK und großen Unterschieden in benachbarten LK. o Dieses Vorgehen wurde jahrelang für Influenza probiert und dafür die syndromische Surveillance etabliert. Das System ist nicht regional nutzbar. o Es braucht eine Erfassung der Gesamtzahl der Testungen und Anteil der negativen Testungen. o Bestehende Surveillancesysteme werden als robust eingeschätzt und die Untererfassung als nicht groß gesehen. Entwicklungen sollten abgewartet werden und die Unterschiede werden voraussichtlich nicht erheblich sein. Schnelltest werden sich nicht als flächendeckende Präventionsmaßnahme durchsetzen. Mit Einführung von andere Testmodelle (gurgeln etc) könnte sich das evt. verändern. Es werden bereits Schnelltest in APH und Krankenhäusern täglich genutzt und die bestehen Systeme sind in der Lage die Situation abzubilden. o Sollte die Lage nicht mehr beurteilbar sein, wird ein Disclaimer veröffentlicht. Das wird aktuell als noch nicht notwendig gesehen.	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Update: Inoffizielle Anfrage aus Tschechien über die Patientenverlegung von 100 Patienten aus Tschechien nach Deutschland. Offizielle Anfrage über EWRS steht noch aus. o EWRS Anfrage zu Übernahme von 10 Pat. Aus der Slowakei: Bisher nur 50% der Patientendaten übermittelt. NRW kann die Personen aufnehmen. Weitere Details folgen am Mittwoch. o Entlasskriterien sind seit Freitag auf der Webseite und werden über AGI-Verteiler geteilt, falls noch nicht passiert.	IBBS

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	FG14
12	**Surveillance** • Keine Neuigkeiten	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • S. Engl. Lagebericht	FG38
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 03.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*03.03.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** • Diskussion zu KA 19/27115 Wege aus dem Lockdown (ID 3028)	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle

7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** • Performance des Roche Ag-Schnelltests bei britischer VoC, Einsatz POCT nach verlängerter Quarantäne • Gurgeln-basierte Probennahme?	FG17/ZBS1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ressortabstimmung Weiterentwicklung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (ID 3033)	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 05.03.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*03.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted] RKI

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	
	National
	o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  o SurvNet übermittelt: 2.460.030 (+9.019), davon 70.881 (+418) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 64/100.000 Einw.
	  o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 4.389.074 (5,3 %), mit 2 Impfungen 2.215.504 (2,7 %)
	  o DIVI-Intensivregister: 2.854 Fälle in Behandlung (-15)
	  o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum
	  ▪ In allen BL gleichbleibender Trend
	  o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz und B.1.1.7 nach LK, n=53.211 (COVID-19); n=8.573 (B.1.1.7)
	  ▪ LK mit hoher Inzidenz: Bayern, Thüringen, Sachsen-Anhalt, Südbrandenburg
	  ▪ LK mit Inzidenz der Virusvariante B.1.1.7: Nordbayern, Bayern an tschechischer Grenze – sehr hohe Inzidenzen
	  o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche
	  ▪ Leichter Rückgang der Todesfallzahlen
	  o 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW:
	  ▪ In KW8 7TI bei Gruppe 80J ist geringer als in Gruppe 15-34J und 35-39-Jährigen
	  ▪ Zunahme in Gruppe 0-4J und 5-14-Jährigen – hier ist ein Anstieg erkennbar
	
	o **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**
	Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)
	  o Testzahlen und Positivquote (Folie 1)
	  ▪ Positivquote stagniert
	  ▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen
	  ▪ Anzahl der übermittelnden Labore: leichter Rückgang
	  o Auslastung der Kapazitäten
	  ▪ Hohe und ausreichende Kapazitäten für PCR-Tests vorhanden (Folie 2)
	  o Probenrückstau (Folie 3)
	  ▪ Nicht besprochen
	  o AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folie 4)
	  ▪ Anteil der Antigen-positiven nicht übermäßig hoch
	  ▪ Weitere Akquise in Arbeit (Coronatest-Seite, viele Dachverbände/Träger kontaktiert, Gespräche mit Testkoordinatoren der BL zu Zusammenführung von Daten eigener Erhebungen der Länder)
	  o Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal (Folie 5):
	  ▪ Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern (1) am geringsten, bei Bewohnern 38) und Personal (27) etwas höher
		FG32
		[redacted]
		
		Abt. 3
		[redacted]

	▪ Die Entwicklung der Auslastung der Kapazitäten muss beobachtet werden	Präs
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: ▪ AG der über 80-Jährigen: Abnahme der Testungen ▪ AG der 5-14-Jährigen und 35-59-Jährigen: stabile Testungen ▪ AG der 0-4-Jährigen und 15-34-Jährigen Anstieg (muss beobachtet werden) (Folie 3) ▪ Mehr Arztpraxen haben Testvolumen erhöht, Positivenanteil sinkt nicht mehr – Dynamik verändert sich o VOC: ▪ Übersicht (Daten aus 12 Laboren): Beweis einer B.1.1.7 - weiterer Anstieg (Folie 6) ▪ VOC (Daten aus 12 Laboren) für einzelne BL: hoher Anteil in Bayern und Baden-Württemberg von über 30% Anteil, NRW leicht unter 20 % Anteil (Folie 7) ▪ Aufschlüsselung nach AG: gleiche Verteilung, AG der 60-79-Jährigen und AG der > 80-Jährigen geringer Anteil ▪ Nach Abnahmeort: hohe Anteile von Deletionen in Arztpraxen o Ausbrüche Altenheime: Rückgang der Ausbrüche, Abwärtstrend setzt sich fort (Folie 10) o Ausbrüche Krankenhäuser: kein Rückgang der Dynamik, keine Entlastung bei den Ausbrüchen (Folie 11)	FG37 [redacted]
	o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb (Folie 2) ▪ ARE-Raten stabil, seit 36. KW liegen Werte deutlich unter denen der Vorsaison (Wirkung der Kontaktbeschränkungen in Bevölkerung) ▪ Anstieg der ARE-Rate in 6. KW bei Kindern (insbesondere die AG der 0-4-Jährigen) und Erwachsenen (hier besonders die AG der 15-34J./60J.+) o ARE-Konsultationen (Folie 3) ▪ Leicht sinkende Arztkonsultationen ▪ In letzter KW ca. 360.000 ARE-Arztbesuche ▪ Regionale Unterschiede: starker Anstieg in Thüringen bei AG der 0-4-Jährigen (von 1000 auf 2000 Arztbesuche pro 100.000 Einwohner) ▪ Sachsen seit drei Wochen kontinuierlicher Anstieg der AG der 0-4- und 5-14-Jährigen o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6) ▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil geblieben ▪ Sehr leichter Anstieg in AG 60-79-Jährigen ▪ Leichter Rückgang in den AG 35-59, 80+ Jährigen	FG36 [redacted]

	▪ Die AG liegen insgesamt deutlich unter dem Niveau der Vorsaisons ▪ In der Altersgruppe 80+ Jahre noch auf dem Niveau der Vorjahre (erhöht) ▪ In den Altersgruppen 0-4, 5-14-Jähigen so gering wie zuvor nur im Sommer 2020 ▪ COVID-19 Fallzahlen in AG 35-39-Jährigen wieder zurückgegangen	
	o Diskussion: Umgang mit Anfrage zu Daten zu COVID-19 (z.B. durch FDP u.a.)	FG36 [redacted]
	▪ Mittel zur politischen Auseinandersetzung ▪ Muss hier grundsätzlich geantwortet werden? ▪ Beachtung der festgelegten Fristen zur Beantwortung (häufig Rückmeldungen, dass einzelne Fragen oder Aspekte nicht genug beantwortet sind, dann ist die Frist noch kürzer) ▪ Prüfung inwieweit Detailfragen vom RKI beantwortet werden müssen (Klärung mit BMG) ▪ Fachliche Zuarbeit sollte auf das Mindestnotwendige beschränkt werden (Verweis auf bereits veröffentlichte Daten) -> alle relevanten Daten werden im täglichen Lagebericht beantwortet	Abt.3 [redacted] FG38 [redacted]
	ToDo: Bitte an Leitung um Prüfung und Klärung des Generalerlasses mit dem BMG	Leitung
	o **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** (Folien hier) o Über Wochen 150 Proben o 200 Proben mehr als im Vorjahr um diese Zeit o Trend: leicht ansteigend bis stagnierend o Rhinoviren dominieren (Folie 3) o Leichte Parainfluenzaviren-Aktivität zu erkennen o Außerhalb des Sentinels: Rückkehrer aus Tansania mit Virus-Subtyp H3N2 o IMS Vorbereitung der Proben: Probeneingänge bis 823, Probenbearbeitung stärkster Anteil in 3. KW 2021 (Folie 3) o VOC B.1.351 nur 1x (Folie 5) o VOC B.1.1.7 deutlicher Trend des Anstiegs	FG17 [redacted]
	o **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.824 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021) o In den meisten Bundesländern COVID-19-Belegung auf den ITS weiterhin rückläufig (im Vergleich zu Januar 2021 ist ein Rückgang von 147 P zu verzeichnen)	MF4 [redacted]

	o Beobachtung: Anzahl von Patient*innen mit leichter respiratorischer Therapieform (High-Flow, NIV) leicht zunehmend, während die Anzahl Behandelter mit invasiver Beatmung und ECMO-Therapie weiter abgenommen hat (Folie 1) o Anteil der Covid-19-Patient*innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten: In 3 Bundesländern liegt der Anteil von COVID-19-Patient*innen an ITS-Betten über 15% (~jedes 6.Bett) und in 4 Länder unter 10% (* 2 BL mehr letzte Woche) ▪ Anteil über 15%: Thüringen, Bremen, Berlin ▪ Anteil unter 15%: Hamburg, Brandenburg ▪ Anteil unter 10 %: Schleswig-Holstein, Baden-Württemberg o Belastungslage auf Intensivstationen (Folie 3) ▪ Weitere Stabilisierung der Lage auf ITS ▪ Situation des Personalmangels verbessert sich weiterhin in den Akutkrankenhäusern ▪ Leichte Abnahme des Raummangels ▪ Freie Behandlungskapazitäten im High-Care steigen tendenziell wieder an o SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen (Folie 4) ▪ Leichte Abnahme der Kapazitätsprognose o Regional ▪ Beispiel Amberg, Trend weiter steigend, teils auch mit ITS-Zunahme prognostiziert	
2	**Internationales** • Diskussion zu KA 19/27115 Wege aus dem Lockdown (ID 3028) (Folie hier) o Frage 1 und 2: Abhandlung durch Stufenplan (dort sind bereits Dokumente vorhanden) o Frage 4: Verweis auf AHA+L Regelungen, Sprachfindung aus Chapeau des Stufenplans o Frage 8: Verweis auf Impfungen FG33, Studien zur Prüfung der Verlaufskontrolle der Geimpften laufen, viele Geimpfte werden getestet o Frage 9: keine Sonderregelung für Geimpfte o Beantwortung via Lagezentrum	ZIG [redacted] FG38 [redacted]
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** o Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	

5	**Kommunikation** **BZgA** o Vertiefung der Seite Infektionsschutz.de o FAQ werden weiterentwickelt o Entwurf zur geplanten Anzeigenkampagne ist in Arbeit **Presse** • Feiertag 08. März 2021 o Pressepostfach wird überwacht o Webmaster: Verfügbarkeit wie an Wochenenden o Rufbereitschaft wird eingerichtet (Telefonnummern werden von [redacted] noch mitgeteilt)	BZgA [redacted] Presse [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** o Modellierungsstudie (mittwochs) o Nicht besprochen **b) RKI-intern** o Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** o Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** o Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** • Performance des Roche Ag-Schnelltests bei britischer VoC, Einsatz POCT nach verlängerter Quarantäne o Diskrepanz bei Anwendung von Antigentests und PCR Tests in Kliniken o Diskrepanz trat bei Werten von über 25 auf – die Beobachtung ist eher hierauf zurückzuführen • Gurgeln-basierte Probennahme? o Aktualisierungen werden in AGI berücksichtigt	FG17/ZBS1 Abt. 1 [redacted] FG38 [redacted] Abt.1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Verlegung von 10 Patienten aus Slowakei – Übernahme durch NRW (beide Länder befinden sich im bilateralen Austausch, keine aktive Rolle des RKI in diesem Prozess, wir sind jedoch im Informationsfluss enthalten) o Für geplante Übernahme von 50-100 Patienten aus Tschechien wird die dafür zwingend erforderliche formale EWRS-Anfrage erwartet – 1. TK mit den 16 Bundesländern fand bereits statt o Hohe Aktualisierungsfrequenz bei Therapiehinweisen (Fokus auf monoklonale Antikörper)	IBBS [redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Ressortabstimmung Weiterentwicklung der Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (ID 3033) o Bitte zur Kommentierung FG33 an BMG o Gruppen für Impfpriorisierung werden gelockert o Kein ärztliches Zeugnis notwendig – individuelle Bearbeitung o Diagnoseschlüssel der Krankenkasse – daraus erfolgt Impfeinladung o Berichtspflichten von niedergelassenen Ärzten zu Patienten – Vorschlag an KV o Impfquotenerfassung muss angepasst werden, um bundesweiten Überblick zu behalten o Notwendige Abstimmungen dazu sind bereits im Gespräch	FG38 [redacted] Abt. 3 [redacted]
12	**Surveillance** o Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) o Neu: Kurzübersicht Grafik o Kernbotschaft: knapp 50 % bei B1.1.7 – aktuell vorherrschende Variante in Deutschland o Die bisher vorliegenden Daten und Analysen zeigen, dass sich der Anteil der VOC B.1.1.7 in den letzten Wochen deutlich erhöht hat. Es ist mit einer weiteren Erhöhung des Anteils auf über 50% der Virusvariante B.1.1.7 zu rechnen, wie dies in den letzten Wochen bereits aus anderen europäischen Ländern berichtet wurde. Dann wäre die VOC B.1.1.7 die häufigste SARS-CoV-2 Variante in Deutschland. Das ist besorgniserregend, weil B.1.1.7 nach bisherigen Erkenntnissen ansteckender als andere Varianten ist. o Die illustrierten Anteile entstammen den Analysen der Erhebung des Laborverbundes. Die Anzahl der verfügbaren Genomsequenzen ist zurzeit noch gering und womöglich nicht repräsentativ. Daher könnte die Verteilung der Virusvarianten von den abgebildeten Verteilungen abweichen. Variante B.1.1.7 ist besorgniserregend, weil sie ansteckender ist als der Vergleichsstamm aus 2020. Variante B.1.351 ist besorgniserregend, weil sie möglicherweise den durch die Impfungen vermittelte Schutz reduziert sein kann. (Folie 1) o VOC: variant of concern Begriff von PHE, der jetzt von der WHO klar definiert wurde. Strenge Definitionskriterien nur von drei Varianten (B.1.1.7, B.1.351, P.1) (Folie 2) Diskussion: Begrifflichkeiten – Wording am RKI o VUI / VOI Vorschläge für RKI Wording (Folie 3) o Mehrfache Zustimmung fand „Variante unter Beobachtung“	FG32 [redacted]

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** o Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 05.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*05.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente**	Alle

	•	
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Zertifikat für Genesene (ID3029)	Alle FG38/ [redacted]
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Verkürzung Zeitraum KoNa nach Exposition im Flugzeug von 28 auf 14 Tage	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 10.03.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*05.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Trendanalyse international (Folien hier) o Weltweit 114,8 Mio Fälle, Trend zur Zunahme (+ 4,8%) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Neu unter den Top 10: Türkei und Iran, ▪ Weiterhin dabei: USA, BRA, FRA, ITA, IND, CZE, RUS, POL ▪ Nicht mehr dabei: UK und Indonesien ▪ Zunahme der Fallzahlen in den meisten Ländern, Ausnahmen sind USA und RUS, hier leichte Abnahme o 7-Tage-Inzidenz weltweit pro 100.000 Einwohner (Karte) ▪ Weiterhin in Europa und USA hohe Zahlen, in Europa besonders CZE und EST, positive Entwicklung in Portugal mit jetzt 60/100.000 ▪ Aufwärtstrend in allen Kontinenten außer Afrika ▪ In Amerika v. a. Südamerika mit BRA, CHL und PER betroffen ▪ In Afrika Aufwärtstrend in LBY und BWA, leichte Besserung in Namibia o 1. und 2. Impfdosis ▪ USA 8,1%, keine Zahlen für Iran, dort wurden seit 2/2021 etwa 10.000 Dosen Sputnik V verimpft o Nachbarländer Deutschland (Quelle nationale Daten, WHO-Medien, Stand 04.03.2021) ▪ Spitzenreiter CZE > 500/100.000 ▪ ITA und POL > 200/100.000 • Maßnahmen in UK und England o Hohes Infektionsgeschehen mit Inzidenz-Spitzenwert > 600/100.000 im Januar, insbes. Nordirland und südöstl. Landesteile, derzeit um 180/100.000 o Tier- System: 4 risikoabhängige Stufen, Maßnahmen, werden von den Regionalregierungen in Nordirland, Schottland, Wales und England bestimmt o Stufe 4: "You **must** stay at home" (Stufe 3: "You should stay at home"), diverse Ausnahmen, z. B. Schulbesuch, Arztbesuche, Kinder(not)betreuung und "social bubble" (=gleichbleibende Kontaktgruppe aus 2 Haushalten, insbes. für 1-Personen-Haushalte erlaubt) o Lockdown nationwide kann verhängt werden, seit 04.01. besteht Lockdown Nr. 3, ab 08.03. Lockerungen (zunächst Bildungseinrichtungen) geplant o Vergleich Maßnahmen in UK und DEU Stringency-Index (nine response indicators incl. school closures, workplace closures, travel bans, Quelle: Our	ZIG1 [redacted]

	World in Data) nur geringfügig unterschiedlich zwischen DEU (81,5) und UK (88), UK: mehr Schulschließungen und Mobilitätsrestriktionen, DEU: mehr internat. Reisebeschränkungen o Maßnahmen in UK, etwas strenger (hatte höhere Inzidenz) o Seit 2/2021 in UK Inzidenzhalbierungszeit verdoppelt (von 15 auf 30 Tage) o Fragen: Vergleichbarkeit? Unterschiedliche Effekte bei unterschiedlichen Fallzahlen? Einfluss anderer Faktoren, z.B.“ Lockdown Fatigue“? • Diskussion o Frage: Gibt es zuverlässige Daten zum Mobilitätsvergleich zw. DEU und UK? o AW: Es gibt Daten von *Our World in Data,* Zuverlässigkeit ist nicht ganz sicher beurteilbar, eher positiv zu bewerten (universitärer Hintergrund?)	
	National	FG32
	• Fallzahlen, Inzidenzen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.482.522(+10.580), davon 71.504 (2,8%) Todesfälle (+264), 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW o Fälle ICU 2813 (-10) o Geimpfte N1 4.389.074 (5,3%, +146.773), N2 2.215.504 (2,7%, +52.581) o Keine großen Veränderungen, 7-Tage-Inzidenz in etwa gleichbleibend, etwas weniger Verstorbene, Zahl der Geimpften steigt kontinuierlich, Zahl der Patienten in ICU Behandlung stagniert o 7-Tage-Inzidenz der BL nach Berichtsdatum ▪ Uneindeutig, weder deutliche Anstiege, noch Rückgänge in den BL, sehr schwer zu bewerten bzw. weiteren Verlauf zu prognostizieren o 7-Tage-Inzidenz - geografische Verteilung nach Landkreis ▪ LK an der Grenze zu CZE besonders betroffen: TH, SA, südl. BB ▪ Nur 150 LK < 50/100.000 ▪ Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz in den LK/SK: Sowohl LK mit Zunahme als auch LK mit Abnahme der Inzidenz sind über alle BL verteilt o Sterbefallzahlen in Deutschland, wöchentlich ▪ Übersterblichkeit hat abgenommen, hier macht sich die Abnahme der Inzidenz bei den > 80jährigen bemerkbar o Hospitalisierung und CFR -Vergleich VOC und herkömmliche Varianten (Folien hier) ▪ Vergleich von B.1.1.7 (gesichert) mit allen anderen (hier sind eventuell auch VOC enthalten, es liegt aber keine Info dazu vor) ▪ 279 LK mit einer Vollständigkeit der Angaben von mind. 85% wurden einbezogen ▪ Anteil der Hospitalisierten ist über fast alle Altersgruppen verteilt höher	FG 38

	▪ Ausnahme: bei Kleinkindern und Kindern gleich oder niedriger ▪ Mortalität: In den AG >60J und >80J nicht signifikant erhöht (bei bisher 180 Todesfällen mit VOC) ▪ Auch aus DK und UK liegen Daten zu höherer Hospitalisierungsrate vor • Diskussion o Zeitnahe Publikation sollte angestrebt werden, u.a. zur Bestätigung bereits vorliegender Daten o Verzerrungen können nicht ausgeschlossen werden, können in Meldedaten aber letztendlich nie ausgeschlossen werden o Frage: Welches Bild ergibt sich ohne regionale Datenselektion nach Vollständigkeit (Auswertung aller vorhandenen Daten)? o AW: Es gibt zwei mögliche Vergleichsgruppen i) *Hospitalisierte* mit *Alle* (fehlende Information wird als *nicht hospitalisiert* gewertet) oder ii) *Hospitalisierte* mit *nicht Hospitalisierte* (Information vorhanden) Möglichkeit i) führt zu ähnlichen Ergebnissen *ToDo (Feststellung L. Wieler): Einigung über bestmögliche Auswertungsmethodik, Veröffentlichung ist zeitnah anzustreben, um Vorwürfen der Langsamkeit entgegenzuwirken und u.a. die positiven Aspekte von Meldewesen und Meldedaten zu zeigen*	Alle [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Keine Beiträge	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Beobachtung der Zahlen des DIVI Registers o DIVI Zahlen sollten im Zusammenhang mit der nationalen Lage engmaschiger beobachtet werden o Bisher täglich im Lagebericht, nur Mittwoch im Krisenstab o Wichtiger Indikator bei derzeitiger Seitwärtsbewegung in der Inzidenzentwicklung *ToDo: [redacted] soll damit beauftragt werden, bei Auffälligkeiten jederzeit den Krisenstab zu informieren*	FG 36 [redacted] [redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Kein Änderungsbedarf	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Teilnahme an heutiger Sitzung	

	Presse • Änderungen in den Veröffentlichungen o Unkritische Änderungen sind bereits umgesetzt o Unterseiten zu Hygiene und Schule sind noch in Diskussion *ToDo: Vordiskussion der Änderungen), dann Vorstellung im Krisenstab* • Hinweis [redacted]: Hinter der Thematik „Testen" tritt die wichtige und von der Testverfügbarkeit unabhängige Botschaft „bei Symptomatik zu Hause bleiben" in den Hintergrund o Prominente Platzierung möglich? o Wird bereits umgesetzt o Hinweis L. Wieler: Test-Thematik steht in der Presse zu sehr im Vordergrund *ToDo: Thematik soll aktiv in Abstimmungs- und Diskussionsrunden (z. B. BzgA) hineingetragen werden* • Hinweis: Das erste einer Reihe von BGBlättern zum Thema COVID-19 ist erschienen, mit interessanten Veröffentlichungen u.a. zum Thema bedarfsbezogene Kommunikationsstrategien, ein weiteres Heft mit Beiträgen aus dem RKI wird voraussichtlich im April erscheinen	Presse [redacted] FG 36 FG36 [redacted]/ alle Alle
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Frage: Ergeben sich aus den gestrigen MPK-Beschlüssen Handlungsaufträge für das RKI? • AW: Quarantäne für Einreisende aus Virusvariantengebieten wurde auf 14 Tage erhöht, dies muss in zahlreichen Dokumenten angepasst werden **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	L. Schaade
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfung (nur freitags)** **Keine Folien** • Kurzbericht durch L. Schaade o Themen des Stellungnahmeverfahrens (vermutlich 09.03.2021) sind a) Änderung der Altersgrenze für AstraZeneca Impfstoff (Datengrundlage aus UK), b) Ausnutzung des maximalen Impfintervalls, jedoch kein off	

	label use, c) nach stattgehabter SARS-CoV-2 Infektion nur 1 Impfdosis zu empfehlen • STIKO- Treffen o Altersgrenze für AstraZeneca Impfstoff wird erhöht, dies wurde aufgrund des hohen Drucks bereits vorab (vor dem Stellungnahmeverfahren) kommuniziert o Anpassung der ImpfVO durch das BMG muss folgende Änderungen berücksichtigen: ▪ Änderung der Altersgrenze ▪ Impfung von KiTa- und Schulpersonal ▪ Ausweitung der Impfkampagne auf Arztpraxen o Frage; Inwiefern ist die Dokumentation der Impfung durch Arztpraxen gesichert? ▪ Derzeitiger Stand nach Telefonat KBV/BMG/J. Spahn: Aggregierte Daten (3 Alterskategorien, kein Geschlecht) werden dokumentiert *ToDo: Einschätzung der Auswirkungen der eingeschränkten Dokumentation auf mögliche Datenauswertungen zu Impfstoffwirkung und AEs, Vergleich mit bzw. Berücksichtigung von bisher verfügbaren Daten zu verabreichten Impfungen, Gegenüberstellungen der Pros und Contras → z. Hd. L. Wieler*	FG33 [redacted] [redacted]
9	**Labordiagnostik** **FG17** • 591 Proben, 38 SARS-CoV-2 positiv humane Rhinoviren 64 saisonales Coronavirus (NL63) 18 Parainfluenza Typ 3 3 Keine Influenzanachweise **ZBS1** • 922 Einsendungen, davon 251 SARS-CoV-2 positiv 375 Proben auf 501Y untersucht, in 194 (54%) davon nachgewiesen • Frage: Wie häufig kommt Mutation 501Y vor ohne Teil einer VOC zu sein? Welchen prädiktiven Wert hat die Detektion von 501Y? o [redacted]: Bisher war 501Y nur in als B.1.1.7 identifizierten Proben vorhanden o [redacted]: Im Influenza-Sentinel waren bisher alle Proben mit 501Y auch B.1.1.7 (außer 3 Proben von Dezember mit Reiseanamnese Südafrika) o [redacted] es gab durchaus einige B.1.525 Proben *ToDo: [redacted] bitte internen Bericht mit den entsprechenden Zahlen dazu zirkulieren in*	[redacted] ZBS1 [redacted] [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Keine neuen Themen	[redacted]

Kommentiert [PC1]: ID 3069 vergeben

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Auf HSC-Ebene werden mehrere Dokument diskutiert, RKI wurde um Kommentierung gebeten (Dokumente hier und hier und hier) o Harmonisierter Approach zu Impfzertifikaten ▪ Kommentierung durch FG 33 bisher nicht geschehen o Zertifikat für Genesene ▪ Keine Quarantäne bei Einreise oder als KP I ▪ Vorgesehen u.a. in ISR, USA, IND, EST, ▪ DEU, AUT und NLD planen keine Ausnahmen für Genesene oder Geimpfte o Definition Genesene ▪ RT-PCR negativ vor > 20 Tagen ▪ Positiver PCR-Befund > 20 und < 90 Tage alt ▪ Kein ärztl. Attest nötig ▪ Ausnahmen möglich	FG 38 [redacted]
	• Diskussion o Frage: Gilt die bisherige Haltung des RKI, keine Ausnahmen für Geimpfte und Genesene zu machen weiter? o Hinweis: FG 36 hat einen Prüfauftrag zu dieser Frage in Bearbeitung o Hohe Dunkelziffer, es ist fachlich nicht begründbar und nicht sinnvoll, ein „opportunity sample“ (die Getesteten, die eine Infektion nachweisen können) mit Privilegien denen gegenüber, die es nicht oder nicht mehr (abhängig von AK-Test und Zeitspanne, die vergangen ist) nachweisen können o Das Impfzertifikat soll die Erfassung von Impfwirkung, Spätfolgen etc. ermöglichen, nicht Grundlage für Kategorien und Vorrechte sein o WHO befürwortet die Zertifikate nicht: Lack of data, keine Fälschungssicherheit, ethische Gründe (Diskriminierung) o Frage: Soll sich das RKI trotz Ablehnung der Zertifikate in die Diskussion zur Definition Genesener einbringen? o Definition wird aufgrund der zeitlichen Eingrenzungen (90 Tage) positiv bewertet (das sterile Immunität vermittelnde AK-Level ist kurz nach der Infektion am höchsten), ein negativer PCR wäre einem Schwellenwert von 10E6 Kopien vorzuziehen o Hinweis: Es sind Daten zu Novavax erschienen, Nebenergebnisse belegen, dass sich Personen nach stattgehabter SARS-CoV-2-Infektion ebenso mit VOC infizieren können, wie vorher nicht infizierte Personen→ Varianten müssen berücksichtigt werden o Es besteht Uneinigkeit, ob eine harmonisierte Definition für DEU verpflichtend anzuwenden wäre, vermutlich ist die Durchschlagskraft der harmonisierten Dokumente aber begrenzt	Alle

	o RKI kann einen Arbeitsauftrag nicht allgemein abschlägig beantworten o Entwurf sollte zweiteilig beantwortet werden: Bedenken und Einwände bezüglich der Zertifikate sollen geäußert, die Definition Genesener soll kommentiert werden *ToDo: [redacted] wird mit FG 36 die Kommentierung des Impfzertifikats besprechen und die Definition Genesener der Diskussion entsprechend kommentieren* o Frage: Wie wird der Begriff „Elimination" kommentiert? o Ist in Europa nicht realisierbar, wurde von [redacted] bereits umfangreich kommentiert o Hinweis: Es gibt zur Frage, welcher Endzustand zu erwarten ist, bereits ein Papier. Ähnlich wie beim Influenzageschehen: Balance aus Immunitäten und Virusaktivität	[redacted] L. Schaade
12	**Surveillance** • Neu: Auswertungen zu VOC werden jeweils Freitag im Lagebericht präsentiert	[redacted] FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Verkürzung Zeitraum KoNa nach Exposition im Flugzeug von 28 auf 14 Tage o Bisher: KoNa bei Kontakten auf Flugreisen bis 28 Tage (2x Inkubationszeit), stammt noch aus dem Frühjahr 2020 o Übliche Zeitspanne zur KoNa -Rückverfolgung ist mittlerweile 14 Tage, dies soll angepasst werden o Es werden keine Bedenken geäußert • Kann an die GÄ noch einmal gezielt die Empfehlung kommuniziert werden, alle Proben von KP, die zu Fällen werden zu sequenzieren? o Hierfür wird „grünes Licht" signalisiert	FG38 [redacted] [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Am Montag den 08.03. (Feiertag in Berlin) findet keine Krisenstabssitzung statt • Nach Rücksprache mit dem BMG soll der englische Lagebericht nun wöchentlich jeweils am Donnerstag erscheinen o Vorläufig geplante Inhalte sind - Syndromische Surveillance - Demografische Auswertung - Impfmonitoring o Vorschlag darüber hinaus mitaufzunehmen: - Geografische Verteilung - Zeitliche Verläufe	[redacted] FG34

Kommentiert [PC2]: ID 3070 vergeben

	- Eine Rubrik „geänderte/aktualisierte Dokumente“ o Längerfristiges Ziel ist, auch den deutschen Lagebericht wöchentlich erscheinen zu lassen und dadurch Arbeitskraft einzusparen	
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 10.03.2021, 11:00 Uhr, via WebEx	

Sitzungsende: 12:24 Uhr

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*10.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 FG36
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** • Kommunikation zum Screening mit Antigentests •	BZgA Presse P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • direkter Erregernachweis und Teststrategie; 08.02.21) • eine Synopse zum aktuellen Sachstand (Update Teststrategie) einschließlich des Bereiches "Schulen"	Alle [redacted] [redacted]

	• [ID 3026]: Prüfung der Quarantäne bei Geimpften/Reconvaleszenten • Kommunikation zu Ostern (und anderen religiösen Anlässen) in Bezug auf Verhaltensempfehlungen in verschiedenen Sprachen **b) RKI-intern** • Konzept, mögliche Nutzung der CWA für Covid-19 - Risikofaktorstudien	[redacted] [redacted]
7	**Dokumente** • Kritis Papier auf Bitten des BMG überarbeitet, über Freigabe entscheiden • Major Differences in ICU admission: Lancet Resp Med *(im Ordner abgelegt)* • Kontaktpersonennachverfolgung bei positivem AG-Schnelltest	Alle [redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Ggf. Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf?	IBBS FG38/FG28
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Impfung Feldteams	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Sitzung G20 innovative Public Health Officers (PHOs) training Laboratorium (TN: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 12.03.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*10.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt 2
  - Thomas Ziese (FG 24)
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 28
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
  - NN
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.518.591 (+9.146), davon 72.489 (+300) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 65/100.000 EW o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.555.420 (6,7 %), mit 2 Impfungen 2.605.818 (3,1 %) o DIVI-Intensivregister: 2.785 Fälle in Behandlung (-80) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Manche BL leicht ansteigend (BY, BW) andere abnehmend, einige BL mit Plateau (z.B. SN) ▪ Hohe Werte in TH aber kein weiterer Anstieg o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen ▪ Sehr heterogenes Bild ▪ Wiederholt Landreise mit Anstieg der 7-Tage-Inz. durch Ausbrüche ▪ an der Grenze zu CZE weiterhin hohe 7-Tage-Inz. ▪ RP und SH weiterhin mit den geringsten Inzidenzen o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ niedrige Zahlen seit mehreren Tagen o 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW (Heatmap) ▪ In den AG >90 und >80 deutlicher Rückgang ▪ Geringste Inzidenzen bei 60-80Jährigen ▪ Plateau bei den mittleren Altersgruppen ▪ Weiterhin Zunahme bei Kindern o Anzahl von konkordanten und diskordanten Ergebnissen der Antigen-Schnelltests und PCR-Tests nach Meldewoche (Folie 7) ▪ Etwa 200 Fälle/Woche mit positivem Antigen-Test und pos. PCR-Bestätigung ▪ Keine gute Erfassung durch die GÄ ▪ Inwiefern die Zunahme der Antigen-Tests die Fallzahlen beeinflusst, kann aus den Meldedaten nicht befriedigend beantwortet werden o Krankheitsschwere Variante B1.1.7 (Folien hier) ▪ Höchster Anteil von Hospitalisierungen bei den Fällen mit VOC-Ausschluss ▪ Grund könnte sein, dass die schwere Erkrankung bzw. Hospitalisierung der Anlass für die Sequenzierung war ▪ In der AG 35-59J ist der Anteil Hospitalisierter bei Fällen ohne VOC niedrig, hier aber niedrige Fallzahlen ▪ Fall-Verstorbenen-Anteil unter hospitalisierten Fällen bei Frauen der AG >80 mit B.1.1.7 am höchsten ▪ Für eine sinnvolle Interpretation sollte der Anlass für die Sequenzierung bekannt sein	FG32 [redacted] FG 34 [redacted]

	o Diskussion ▪ Die dominanten VOC werden ohnehin ursächlich bei Hospitalisierungen und Todesfällen in den Vordergrund rücken ▪ Frage: Die Heatmap zeigt für KW 31 und 32, dass der Anstieg in der AG 20-24 begann und sich dann nach oben verbreitete, spricht der jetzige Anstieg in den mittleren AG dafür, dass das Infektionsgeschehen jetzt dort überwiegt? ▪ AW: Bei den Ältesten AG macht sich die Impfung bemerkbar, die mittleren AG sind mobil und berufstätig (Übertragungen dort), hier ist nicht nur Impfung sondern auch Screening-Testung sinnvoll ▪ Testung in Betrieben ist bereits vorgesehen ▪ Hinweis: Ansteigender Trend der 7-Tage-Inzidenz in allen AG von 0-60 in der 9. KW. Die nicht institutionalisierte AG 60-80 ist sehr vorsichtig und schützt sich selbst ▪ Heatmap weist auf bevorstehende 3. Welle hin, wie kann RKI-Kommunikation zur Vermeidung beitragen? ▪ Sollte, neben der Beschleunigung von Impfung und Testung eine Änderung der Impfpriorisierung erwogen werden? ▪ In den vorliegenden Modellierungen wurde gezeigt, dass die derzeitige Priorisierung am geeignetsten geeignet ist, Todesfälle zu vermeiden ▪ Frage: Welche Inzidenzen liegen dem Modell zugrunde, gilt dies auch für die derzeitigen Inzidenzen?	Alle

	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Bestätigung der Zahlen der Testzahlenerfassung o Anteil positiv Getesteter nach Bundesland ▪ Abnahme in TH, Zunahme in BW o Anzahl Testungen/100.000 EW nach AG ▪ Weiterhin Abnahme in der AG >80 ▪ Zunahme in den AG 0-4 und 5-14 ▪ Alle anderen AG stabil o Positivenanteil nach AG und KW ▪ Abnahme in der AG >80 ▪ Geringe Abnahme in der AG 0-4 ▪ Geringe Zunahme in AG 0-4 und 5-14 o Abnahmeort ▪ Zunahme in Arztpraxen mit leicht sinkendem Positivenanteil o VOC ▪ Del H69/V70 (als Indiz für B.1.1.7): Keine weitere Zunahme (Daten aus 12 Laboren) ▪ B.1.1.7 Übersicht (Daten aus 12 Laboren): Inhomogenes Bild aus Anstieg, Abflachung, Plateau ▪ B.1.1.7 in Altersgruppen (Folie 10): Anstieg in den AG 0-4 und 5-14, Rückgang in allen anderen AG o Ausbrüche ▪ Altersheime: Rückgang ▪ Krankenhäuser: Rückgang i. Vgl. zu KW 8	FG37 [redacted]
	Hinweis: Bitte um Vorstellung von maximal 6 Folien	L. Schaade
	o Diskussion ▪ In der Testerfassung liegt der Anteil VOC bei 56%, in den Sequenzierungen (KW 8: 8,7%) bei 42%: Abflachung ist in allen Erfassungssystemen zu sehen, Steigerung verlangsamt sich	
	• **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Werte liegen weiterhin unter denen der Vorsaisons (seit KW 36) ▪ Steiler Anstieg in der AG 0-4, Anstieg auch in AG 5-14 o ARE-Konsultationen (Folie 3) ▪ Leicht steigende Arztkonsultationen ▪ In letzter KW ca. 408.000 ARE-Arztbesuche ▪ Regionale Unterschiede: in BW Anstieg in allen AG außer >60, in SN steiler Anstieg in AG 0-4, in BB und TH Anstieg bei den Schulkindern, in SH Anstieg in allen AG ▪ Öffnung der Kinderbetreuung und Schulen macht sich bemerkbar o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle (J09-J22) (Folien 4-6) ▪ SARI-Fallzahlen stabil, leichter Rückgang in den AG 60+	FG36 [redacted]

	▪ Insgesamt deutlich unter Niveau der Vorsaisons in allen AG, da keine Grippewelle vorhanden ist ▪ COVID-SARI-Fälle (J09 – J22) bis zur 8. KW 2021: AG 35-59: Stabilisierung etwa auf Niveau der 1. Welle, AG 60-79: möglicherweise wieder leichter Anstieg, AG 80+ : kontinuierlicher Trend nach unten, AG 15-34: leichter Anstieg ▪ Anteil COVID-19 an SARI-Fällen: in KW 8 bei 56% (KW 7: 50%)	
	o T-Tage-Inzidenz und Anteile nach Altersgruppen (Folien??) ▪ Anstieg in allen AG < 15J, in den KiTas ist etwa das Niveau von vor Weihnachten erreicht, in den Schulen etwas darunter ▪ Die Zahl der Ausbrüche ohne V.a. VOC ist konstant ▪ Die Zahl der Ausbrüche mit V.a. VOC nimmt zu	FG 36 [redacted]
	o Diskussion ▪ Vorschlag: Niederschwellige Kommunikation dieser Trends in Schulen und KiTas im Lagebericht ▪ Soll auch in der BPK thematisiert werden	L. Schaade
	ToDo: Übernahme in den Lagebericht *ToDo: Thema auf den Sprechzettel für die BPK*	Presse Lagebericht
	• **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** o **nicht besprochen**	
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.732 COVID-19-Patienten ITS (03.03.2021) o In einigen Bundesländern Stagnation, in einigen Zunahme, in einigen Abnahme o Anzahl mit High-Flow-Oxygen-Therapie oder NIV nimmt zu, Anzahl mit invasiver Beatmung nimmt ab o In HH, TH, HB, BE liegt der Anteil von COVOD-19-Fällen an ITS Betten > 15%, NS und MV stagnieren, SH und SL Rückgang, BB Anstieg o COVID-19-Belegung an täglicher ITS-Belegung: Anteil an Gesamtbelegung unverändert, Anteil bei invasiv Beatmeten 50-60%, Anteil bei ECMO 70% o SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen (Folie 4) ▪ Erstmals wieder leichter Anstieg prognostiziert in allen Kleeblättern ▪ Bei tieferem Einblick in die Cluster zeigen sich heterogene Trends mit prognostizierter Zu-/Abnahme o Diskussion ▪ Hinweis: Es zeigen sich dramatische Unterschiede in der Belegung, mit niedrigeren Zahlen in den	MF 4 [redacted] Leitung

	westlichen BL –eventuell durch die unterschiedliche Zahl der zur Verfügung stehenden Betten verursacht? *ToDo: In die Darstellung bitte zusätzlich zur prozentualen Belegung auch die die absoluten Zahlen mit aufnehmen* ▪ Prognose wird bisher nur an einen großen Verteiler (Steuerungsgremien etc.) kommuniziert, sollte in den Lagebericht aufgenommen werden? ▪ Jede Neuerung weckt Erwartungen, die man dann weiterhin erfüllen muss ▪ Hinweis: DIVI veröffentlicht eine eigene Prognose, bitte nicht verwechseln mit der SPoCK-Prognose, die das RKI mit Partnern erarbeitet ▪ Die Abflachung des Rückgangs und der Anstieg der Belegung in manchen Bereichen hat bereits stattgefunden und könnte auch retrospektiv kommuniziert werden *ToDo: Zunächst sollen im DIVI-Abschnitt des Lageberichts zwei Sätze zur Prognose aufgenommen werden. Weiteres (Zahlen und Darstellungen) erst nach Abstimmung (mit BMG)*	MF4 [redacted] L. Schaade [redacted]
2	**Internationales** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	

5	**Kommunikation**
	BZgA
	• Keine Themen
	
	Presse
	• Keine Themen
	
	• Fragen: Wie ist der Stand der begleitenden Kommunikation zu kostenlosen Schnelltests und Selbsttests? RKI hat eine Grafik zur Synopse von PCR, Schnelltest und Selbsttest beigesteuert
	  o Themenseite der BZgA wurde aktualisiert
	  o Anzeigenschaltung ist gemeinsam mit BMG geplant
	
	ToDo: [redacted] ist gebeten, den aktuellen Stand der Begleitkommunikation zu zirkulieren
		BZgA
		[redacted]
		
		Presse
		[redacted]
		
		[redacted]
		
		[redacted]

	• Präsentation zur Kommunikation zum Thema Testen (Folien hier) o Zielsetzung: Infektionen verringern o Häufig genannte Einwände ▪ Sehr viele der Positiven sind falsch Positiv (ja, aber die meisten sind richtig negativ) ▪ Nach einem falsch positiven Test macht keiner mehr mit (keine schlechten Erfahrungen mit falsch Positiven: „Lieber 2 Tage unnötig zu Hause bleiben als andere anstecken.“) ▪ Negative Testergebnisse als Freipass (syst. Reviews zu Risikokompensation zeigen dies nicht) ▪ Es machen nicht alle mit (das ist nicht nötig, bzw. die Nachfrage ist bereits sehr hoch) ▪ Die Leute können sich nicht selbst testen (Studien zeigen, dass das möglich ist) ▪ Bei positivem Resultat wird Unterstützung gebraucht (gute Kommunikation kann dies bieten) o Annahmen zu den Testgründen ▪ Um andere nicht zu infizieren ▪ Um wieder am sozialen Leben teilnehmen zu können ▪ Um eine aktive Rolle einzunehmen, während auf die Impfung gewartet wird o Vorschläge zur RKI-Kommunikation ▪ Positive Aspekte der Tests betonen ▪ Was tun bei neg. Resultat: AHA+L, Momentaufnahme ▪ Was tun bei pos. Resultat: zu Hause bleiben, Arzt kontaktieren ▪ Wann testen: genaue Empfehlungen ▪ Aufforderung: Machen Sie von dem Testangebot Gebrauch und helfen Sie durch selbstverantwortliches Handeln, Infektionsketten zu unterbrechen o Entwicklung eines Narrativs (Folie 15) o Kampagnienideen (Folie 16) o Es ist eine Chance, den Menschen, die keine Verbote und Einschränkungen mehr möchten, eine aktive Rolle im Geschehen anzubieten o Diskussion: s. bitte unter Strategie allgemein	P1 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Modellierungsstudie (mittwochs) o Nicht besprochen • Sachstandsbericht aus der AG Testen mit dem BMG (Folien hier) o Vorstellung der grafischen Darstellung (Folie 1) der beiden Bereiche „Krankenbehandlung“ (im Vordergrund steht die Symptomatik, Goldstandard PCR, Isolierung, Behandlung, ggf. Sequenzierung, geregeltes Entlassungsmanagement), dieser Bereich ist gut etabliert	Alle [redacted]

	und „Public Health“ (im Vordergrund steht die Exposition, Testung von asymptomatischen Personen in Betrieben und Schulen nach Testkonzept) o Erweiterte nationale Teststrategie mit zusätzlicher Rubrik „Betriebe/ Bildungseinrichtungen“ und entsprechender Antigen-Test-Empfehlung (Folie 3) liegt dem BMG zur Freigabe vor o Flankierende Kampagne durch BMG und BZgA ist geplant o Diskussion ▪ Frage: Werden kostenlose Tests (2xwöchentlich) und Selbsttests nicht in die nationalen Teststrategie aufgenommen? AW: Einbindung ist sehr schwierig ▪ EpiBul -Artikel ist in Vorbereitung durch AG Diagnostik, hier könnten noch weitere Aspekte eingebracht werden ▪ Der Effekt von Screeningtests ab einer gewissen Frequenz und die Bedeutung eines intensivierten Screenings (Fremdtest und Selbsttest) in Betrieben, Schulen und Kindergärten sollte herausgearbeitet werden ▪ Darstellung von drei Szenarien, die PH Strategie sollte um das Screening erweitert werden i) Krankenbehandlung ii) Public Health (Abklärung, KoNa, Isolation) iii) Systematisches Screening, Datengrundlage hierzu liegt mittlerweile vor und sollte für den Artikel zusammengestellt werden ▪ Es wird zu wenig über falsch negative Tests gesprochen, obwohl das ein wichtiges Thema ist ▪ Es ist zwischen zwei Konzepten zu unterscheiden: Screening 2x wöchentlich ohne Anlass und sogenanntes „Freitesten“ für eine Veranstaltung ▪ Hier haben sich mittlerweile Bezeichnungen etabliert: „Schultest“ (Screening) und „Türöffnertest“, wurde bei der Informationskampagne BMG/BZgA bereits berücksichtigt ▪ Tests werden zur Selbstdiagnostik (Ausschluss von COVID-19 bei Symptomatik) verwendet werden, es wird schwierig werden, zwischen Diagnostik, Selbstdiagnostik und Screening abzugrenzen ▪ Wichtig zu kommunizieren: Bei Symptomatik kommt vor dem Test die Selbstisolation ▪ Es ist sinnvoll, die Teststrategie mit einer differenzierten Kommunikationsstrategie zu begleiten, hierbei sollten alle Anwendungsmöglichkeiten und Einschränkungen dargestellt und erklärt werden, damit die Ausgestaltung der Testangebote so wenig wie möglich in den privaten Bereich ausgelagert wird ▪ Wichtig: Was ist zu tun bei positivem Testergebnis	Alle L. Wieler, L. Schaade [redacted]

	▪ RKI sollte Stellung beziehen und durch einige einfache Regeln Klarheit herstellen: Für welche Gruppen und in welchen Situationen ist welche Testindikation gegeben (z. B. Screeningtests für Familien mit Schulkindern und für Betriebe, bei Bedarf zusätzlich Türöffnertests, etc.), dies würde in der Bevölkerung positiv aufgenommen ▪ Hinweis von [redacted] aus der Testkoordinationsschalte: Einige Bundesländer möchten fälschlicherweise Tests anwenden, um bei symptomatischen Schulkindern COVID-19 auszuschließen o Zusammenfassung ▪ RKI sollte sich jetzt einmal deutlich zu Sinn und Anwendung der Teststrategie incl. Screening- und Selbsttests äußern, Effekt auf Bevölkerungsebene soll dargestellt und belegt (Quellen) werden, es soll darauf hingewiesen werden, dass Hygieneregeln und Kontaktbeschränkungen nicht durch Türöffnertests hinfällig werden ▪ Bisher wurde überwiegend vor den Nachteilen der Tests gewarnt, jetzt sollen auf der Grundlage der mittlerweile vorhandenen Daten die positiven Aspekte/Möglichkeiten hervorgehoben werden	L. Schaade
	ToDo: [redacted] *wird gebeten, die Folien zur Kommunikation bezgl. Testen in die AG-Diagnostik einzuspeisen*	[redacted]
	ToDo: Die diskutierten Aspekte sollen in dem 2. EpiBul-Artikel dargestellt werden, inkl. positive Anwendungsbeispiele, auch anlassloses Screening soll thematisiert werden (Quellen aus USA und UK), Federführung: AG-Diagnostik in Kooperation mit P4 [redacted] *und FG 36 (*[redacted]*: Szenarien und Anwendungsbeispiele beisteuern)* *Ziel: Übersichtlichkeit geht vor Umfang*	AG-Diagnostik, FG 36
	• Kommunikation zu Ostern (und anderen religiösen Anlässen) in Bezug auf Verhaltensempfehlungen in verschiedenen Sprachen o Verschoben auf Freitag	[redacted]
	b) RKI-intern • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** • Nicht besprochen	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Umgang mit vollständig Geimpften bzgl. Quarantäne-Maßnahmen (Entwurf hier)	FG 33 [redacted]

- FG 33 vertritt die Haltung, dass bei vollständig Geimpften auf eine Quarantäne nach Exposition verzichtet werden kann, das Risiko möglicherweise auftretender asymptomatischer Infektionen kann mitigiert werden Vorschlag: Quarantäneausnahme für vollständig Geimpfte, Empfehlung der Selbstisolierung bei Symptomatik, kein Verzicht auf Masken
- US-CDC erlaubt vollständig geimpften (2 Dosen +14 Tage Abstand), sich ohne Maske in Innenräumen zu treffen und ordnet nach Exposition keine Quarantäne an (basierend auf 78 Referenzen)
- Mittlerweile liegen Daten zum Gesamteffekt der Impfung auf die Häufigkeit von SARS-CoV-2-Infektionen vor: 70 % weniger nach 1.Dosis von AstraZeneca, 90 % weniger nach 2. Dosis von Biontec/Pfizer-Impfstoff, Viruslast und Dauer der Virusausascheidung sind bei den trotz Impfung PCR-Positiven geringer bzw. kürzer
- Diesbezügliche Anfragen aus den BL nehmen zu

- Diskussion
  - Frage: Wie soll mit Genesenen umgegangen werden? Es ist nicht überzeugend, für Geimpfte Ausnahmeregelungen zu schaffen und nicht auf die Genesenen einzugehen
  - Aber: Impfung schafft eine standardisierte Situation, Situation der Genesenen ist zeitlich und durch unterschiedliche Schweregrade nicht standardisiert
  - Datenlage hierzu unklar, es wurde ein Review von ZIG im Krisenstab vorgestellt, an dessen genaue Inhalte sich niemand erinnert

ToDo: [redacted] wird gebeten, bitte die entsprechenden Folien im Krisenstab zu zirkulieren [redacted]

  - Lösung: STIKO empfiehlt (datenbasiert), Genesene nur 1.x zu Impfen, daher sollen die Quarantäneausnahmeregeln für vollständig Geimpfte und Genesene, die eine Impfdosis erhalten haben empfohlen werden
  - Regelungen für Gesundheitspersonal und Testregime bleiben unverändert

ToDo: Dies muss mit BMG (wegen Implikationen wie z.B. Impfbescheinigung) abgestimmt werden. Daher Bitte an [redacted] um Bericht an BMG zur Quarantäneempfehlung für vollständig Geimpfte und Genesene mit einer Impfdosis FG 33 [redacted]

- Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel (Entwurf hier)
  - Aufgrund von Hinweisen, dass die Ausnahmeregeln von manchen Betrieben ausgenützt würden, war eine [redacted]

	Verschärfung der Formulierung vom BMG gewünscht worden. ▪ Dokument wird nicht diskutiert *ToDo: Dokument bitte zirkulieren* o Management von Kontaktpersonen ▪ Anfrage: Soll bei asymptomatischen Personen mit pos. Antigen-Testergebnis die KoNa erst nach PCR-Bestätigung aufgenommen werden? ▪ Antigen-Test soll deshalb in das Dokument zur KoNa aufgenommen werden ▪ Vorschlag: Bei pos. Testergebnis Selbstisolation und Information der eigenen Kontakte, KoNa erst nach PCR- Bestätigung *ToDo: Formulierungsvorschlag soll ausgearbeitet und im Krisenstab freigegeben werden* o Major differences in ICU admission ▪ Verschoben	[redacted] [redacted] [redacted]
9	**Labordiagnostik** • FG 17 o Rhinoviren: Anstieg o Saisonale Coronaviren NL 63: Anstieg o Öffnung von Schulen und KiTas macht sich hier bemerkbar • ZBS 1 o Kein Beitrag	FG17 ZBS 1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf o Verschoben	IBBS FG 38/FG 28
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (nur montags) • Keine Themen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Impfung der Feldteams	[redacted]

	o Feldteams sollten der Priorisierungsgruppe 2 zugeordnet werden o Mitarbeiter des PEI haben eine Bescheinigung bekommen, dass sie zur Priorisierungsgruppe 2 gehören o Eine Abfrageliste zur Anzahl der betreffenden RKI-Mitarbeiter liegt bereits vor *ToDo: FG 38 ([redacted]) wird die entsprechenden Formulare bei den Berliner Gesundheitsbehörden beschaffen, die dann von der Institutsverwaltung ausgestellt werden können*	
15	**Wichtige Termine** • Hinweis: Sitzung G20 innovative Public Health Officers (PHOs) training Laboratorium (TN: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 12.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende 13:15

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*12.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Entwicklung B117 o o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o	 ZIG1 FG32 Mat. [redacted] FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • dpa-Anfrage und Testzahlen im Situationsbericht	BZgA Presse P1 [redacted]

	• Anfrage dpa an Presse Vergleichbarkeit der Zahlen nach wiederholter Veränderung der Testkriterien	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Kommunikation zu Ostern (und anderen religiösen Anlässen) in Bezug auf Verhaltensempfehlungen in verschiedenen Sprachen **b) RKI-intern** • Konzept, mögliche Nutzung der CWA für Covid-19 - Risikofaktorstudien	Alle [redacted] [redacted] [redacted] [redacted]
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Ggf. Major Differences in ICU admission: Lancet Resp Med *(im Ordner abgelegt, am Mittwoch nicht aufgerufen)*	IBBS Präs
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** • Erwähnung COVID-19 in IfSG §34 (-> Wiederzulassungsratgeber)	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN [redacted] (FG36), [redacted] (INIG), [redacted] (INIG)) • Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG)	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 15.03.2021, 13:00	

Kommentiert [HW1]: Bitte für Freitag drin lassen.

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Vertretung durch FGL12
- Abt 2
  - Thomas Ziese (FG 24)
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 28
  - ./.
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- MF4
  - ./.
- P1
  - [redacted]
- P4
  - ./.
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	• Folien hier
	• 117.799.584 Fälle (+8,3% im Vgl. zur Vorwoche)
	• 2.615.018 Todesfälle (2,2% CFR)
	• Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle – unverändert:
	  o USA, BRA, FRA, ITA, IND, POL, TUR, CZE, RUS, IRN
	  o IRN und DEU wechseln sich je nach Tag auf Platz 10 ab
	• 7TI je 100.000 EW (11.03.2021):
	  o am höchsten in Ländern Amerikas und Europas
	• WHO-Regionen (WHO Epidemiological Update 09.03.3021)
	  o 7T-Inzidenz im Vgl. zu Vorwoche: Aufwärtstrend in allen WHO-Regionen, v.a. Ozeanien
	  o 7T-Todesfälle im Vgl. zu Vorwoche: Abwärtstrend in allen WHO-Regionen außer in Ozeanien
	• VOC B.1.1.7:
	  o in 105 Ländern;
	  o davon 5 Virusvarianten-Risikogebiete (VV-RG): IRL, POR, SVK, CZE, UK
	• VOC B.1.351:
	  o in 58 Ländern;
	  o davon VV-RK: Botswana, Eswatini, Lesotho, Malawi, Mozambik, Österreich (Tirol), Sambia, Simbabwe, Südafrika, Moselle in Grand Est (Frankreich);
	  o unter Beobachtung: Afrika (u.a. Angola, Burundi, Ghana, Kenia, Namibia, Nigeria, Ruanda, Tansania)
	• VOC P.1.:
	  o in 32 Ländern, v.a. in Europa und Amerika;
	  o VV-RG: BRA;
	  o unter Beobachtung: Südamerika
	• Frage: Inwiefern besteht eine Korrelation zwischen Staaten mit Fallzahl-Zunahme und VOC-Vorkommen? – Antwort: unklar, v.a. wegen unterschiedlicher Sequenzierungsaktivitäten.
	• Anmerkung: Gesundheitsämter fragen vermehrt bei RKI an zum Umgang mit VOC und Reisenden. – Länder sollen mit BMG darüber sprechen, z.B. bei AGI und/ oder GMK.
	
	National
	• **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**
	  o Folien hier
	  o SurvNet übermittelt:
	  ▪ 2.545.781 (+12.834), davon 73.062 (+252) Todesfälle;
	  ▪ 7-Tage-Inzidenz 72/100.000 EW
	  o Impfmonitoring:
	  ▪ Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2%),
	  ▪ mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3%)
	  o DIVI-Intensivregister:
		ZIG1
		[redacted]
		
		FG32
		[redacted]

	▪ 2.813 (-10) Fälle in Behandlung o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Manche BL ansteigend: TH, BY ▪ Stabil: RP, SH ▪ Insgesamt ansteigender Trend o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreisen ▪ Sehr heterogenes Bild ▪ Hohe Inzidenz in Landkreisen an Grenze zu Tschechien (SN, TH, BY) o Trends: ▪ Kein einheitliches Bild ▪ Zunahme v.a. im Süden (BW, BY) ▪ Z.T. Zunahme in einem Landkreis und Abnahme in benachbartem Landkreis o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Liegt jetzt unterhalb des Durchschnitts der Vorjahre – Bezugszeitraum: 2017-2020 ▪ Mögliche Gründe: wahrscheinlich Effekt von Impfungen bei Ü80; Destatis hat in Vorjahren nicht korrigiert für Übersterblichkeit aufgrund von Saisonaler Influenza und COVID-19 1. Welle im Frühjahr 2020 ▪ Frage/ Diskussion: Inwiefern auch Effekt, weil Gesundheitsämter nicht informiert werden oder nicht nachkommen mit Melden? Darstellung im Lagebericht? – Anmerkungen: verschiedene Systeme vorhanden und im Lagebericht vorhanden, z.B. Syndromische Surveillance wöchentlich; Hospitalisierungsdaten auch publiziert; Parameter mit ca. 1 Woche Zeitverzug. Vorschlag: Darstellung im Lagebericht mit grauem Balken für letzte Woche mit Hinweis auf Unsicherheit und Nachmeldungen. Entscheidung: ab nächster Woche, möglichst täglich. *TO DO [kommuniziert am 14.03.2021 von Lagezentrum an [redacted] mit Bitte um Berücksichtigung]: Abbildung zu Todesfällen nach Sterbewoche in Lagebericht aufnehmen, möglichst täglich.*	L. Schaade, [redacted] u.a.
	• **Entwicklung 7T-Inzidenz B.1.1.7 und non-B.1.1.7** o Folie hier o Wo B.1.1.7 vorkommt: 7TI mit exponentiellem Wachstum; wo B.1.1.7. nicht vorkommt: 7TI rückläufig o Beide Trends überlagern sich. 7TI in Summe leicht ansteigend, wird in kommenden Wochen stärker ansteigen, auch wenn jetzt noch nicht zu sehen ist. o Gute Datenlage; entspricht dem, was im Modell von [redacted] prognostiziert wurde. o Kommentar, Zustimmung: RKI soll nach außen verdeutlichen, dass Anstieg der Fallzahlen nicht aufgrund mehr Antigen-Tests zu beobachten ist, u.a. im Lagebericht. • **Testkapazität und Testungen (mittwochs)**	FG 34 [redacted]

	o (nicht berichtet) • **Syndromische Surveillance (mittwochs)** o (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ-Influenza Daten (mittwochs)** o (nicht berichtet) • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** o (nicht berichtet)	
2	**Internationales** • Mission nach Montenegro: 1. kurze Mission vor Ostern für Diagnostik im Norden; 2. größere Mission voraussichtlich in 3. April-Woche, dann evt. Impfstoff-Einführung begleiten, ggf. Abt. 3 einbinden • Mission nach Usbekistan: zusammen mit IBBS mit Charité; Telemedizin i.R.v. COVID-19-Fallmanagement • Westbalkan: Anfrage zur Unterstützung bei Kommunikation zum Thema Impfen; FG33 unterstützt bei virtueller Beratung; eigentlich Unicef aktiv bei Kommunikation zu Impfskepsis, aber an deutsche Botschaften herangetreten mit Argument, Deutschland könne hier Vertrauen schaffen. • Projekt zu Sequenzierung von SARS-CoV-2 in versch. Ländern: Protokoll in Abstimmung mit FLI u.a. • GHPP – Corona Global: Diese Woche Reviews ad hoc umgesetzt. • GHPP – Phase 1 und Phase 2: BMG hat informell mitgeteilt, dass 2. Phase verschoben wird (Beginn erst 2023, nicht 2022); Ausschreibung im Frühjahr 2022. Die 1. Phase wird entsprechend um 1 Jahr verlängert (2022, „COVID-Verlängerung“).	ZIG [redacted]
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • (nicht berichtet)	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Text im Lagebericht wird angepasst auf Q1/2021 statt Q4/2020. (Dokument hier) • Diskussion: Hinweis auf 3. Welle und Risikobewertung bereits jetzt anpassen und deutlicher kommunizieren oder noch nächste Woche abwarten, bis Trend deutlicher zu sehen? Bedürfnis in Bevölkerung nach Lockerungen, Familienbesuche zu Ostern etc. vs. bereits aufkommende 3. Welle; wenn später kommunizieren, dann politische Entscheidungen noch später – ungünstige Situation und Befürchtung, dass Schaden entsteht. Entscheidung: heute und Mo., 15.03., durchdenken; nächste Woche anpassen. *TO DO [Anmerkung Lagezentrum: Entwurf liegt bereits vor – siehe E-Mail vom 13.03.2021, 17:40 Uhr]:* *FG36 /* [redacted] *erstellt Entwurf bis Mo., 15.03.2021, 13:00 Uhr.*	[redacted]

5	**Kommunikation**
	
	BZgA
	• Social Media – anhand von Nachfragen und Kommentaren 3 Themen im Fokus und beobachtet:
	  o 1. Impfen – Nebenwirkungen von Impfungen
	  o 2. Impfen – Priorisierung, insb. Prio-Gruppe 3
	  o 3. Tests.
	• Advertorial
	  o U.a. Abstimmung mit [redacted]
	  o Erst in Tageszeitungen, dann crossmedial in Print und digital, insb. auch Social Media
	  o Frage: Inwiefern wird Zuhause-Bleiben bei Symptomen adressiert? Antwort: Nicht explizit, sondern AHA allgemein.
	
	Presse
	• Anfrage von dpa wegen Abbildung im Lagebericht (Folie hier): Sternchen mit Hinweis, dass Testkriterien geändert, insb. weil nun wieder geändert, aber kein 2. Sternchen.
	  o Vorschlag: Sternchen in Abbildung weglassen und Hinweis im Lagebericht im Fließtext einbauen. Entscheidung: Zustimmung.
	• Lagebericht – Teil zu Tests: Insgesamt sehr lang, aber ordnet wenig ein.
	  o Vorschlag: mehr erläutern, statt nur Zahlen zu nennen, insb. erklären, inwiefern geänderte Testkriterien tatsächlich dazu führen, dass Zahlen nicht vergleichbar seien, und Hinweis zu Effekt von Antigen-Test. – Abt. 3: ist bereits in Überarbeitung. Entscheidung: Lagebericht anpassen, aber EpidBull hat Priorität.
	TO DO [Lagezentrum geht davon aus, dass EpiBull Artikel in Arbeit ist – keine weitere Aufforderung, MadH 14.03.2021]:
	EpidBull nächste Woche publizieren; danach (spätestens übernächste Woche) Lagebericht anpassen.
	
	Risiko-Kommunikation
	• (nicht berichtet)
	
	Todo: Bitte von L. Schaade: P1 bitte immer anwesend sein.
	[Lagezentrum hat P1 erinnert am 14.03.2021, [redacted]]
		BZgA
		[redacted]
		
		Presse
		[redacted]
		
		P1

6	**RKI-Strategie Fragen**
	
	a) Allgemein
	• **Kommunikation zu Ostern und anderen bevorstehenden religiösen Anlässen**
	  o Kommunikation von P1, [redacted], vorbereitet; angelehnt an Kommunikation vor Weihnachten 2020,
	  o insb. Verhaltensmaßregeln aufgearbeitet: Vorquarantäne und Bilden von Social Bubbles; evt. in Kombination mit Testen
	  o Frage an BZgA: Was konkret an Kommunikation geplant?
		FG36
		[redacted]
		
		BZgA
		[redacted]

	▪ Reaktivieren die Kommunikation von Ostern 2020 und Advent/ Weihnachten 2020 – wird an aktuelle Situation angepasst, auch in Hinblick auf die Frage, was Testen leisten kann und was nicht. ▪ Übersetzungen in Vorbereitung o Frage an P1: Wie ist der Stand des RKI-Informationsblatts (noch unvollständig)? ▪ *(nicht geklärt – auf Wiedervorlage)* o Anmerkungen/ Diskussion: bei Symptomen und negativem Test weitere Abklärung der zugrundeliegenden Ursache nötig und Appell, zu Hause zu bleiben; auch Appell, zu Hause zu bleiben, wenn symptomatisch und sich nicht testen lassen (wollen)	
	b) RKI-intern • **Studienvorschlag: Nutzung der Corona-Warn-App für Assoziationsstudien zu COVID-19 (CoViRiS-CWA)** o Folien hier o CoViRiS – Fall-Kontroll-Studie ▪ läuft moderat, v.a. weil von Gesundheitsämtern abhängig; GÄ fühlen sich stark belastet durch Studie, sodass viel Überzeugungsarbeit nötig, damit GÄ mitmachen. ▪ hoher dropout wegen Datenschutzanforderungen ▪ starke Verzögerung, ca. 4 Wochen nach Testung ▪ methodische Probleme durch Maßnahmen-Änderungen (z.B. Kontrollpersonen gehen jetzt zum Friseur) o Vorschlag: weitere Studie mit Fall- und Kontroll-Rekrutierung durch CWA ▪ FG35 in Kontakt getreten mit FG21 o Vorteile: unabhängig von ÖGD; weniger Verzögerungen o CoMolo u.a. nicht praktikabel (auch als Antwort auf eine Bitte vor einigen Wochen im Krisenstab o Fall-Befragung ▪ Warnende CWA-Nutzer sollen zu Online-Fragebogen geleitet werden, der selbst auszufüllen ist, 2 Tage nach der Warnung ▪ Online-Fragebogen muss kürzer sein (max. 15 min – statt Fragen für bis zu 50 min mündliche Befragung); deswegen verschiedene Versionen je nach Fall-Kategorisierung, z.B. Verdacht auf Impfdurchbruch, Medizinisches Personal, nach Auslandsreise; u.U. auch Follow Up möglich, z.B. nach 6 Wochen o Kontroll-Befragung von negativen CWA-Nutzern ▪ Datenbank-Füllung nach Matching-Kriterien - aufwändig ▪ Fall-Kontroll-Verhältnis z.B. 1 zu 4 o Herausforderungen (z.B. gutes Fall-Kontroll-Verhältnis) und Chancen – siehe Folien o Nächste Schritte: ▪ 1. Prüfen, was mit CoMolo-Daten möglich ist	FG35 [redacted] FG21 [redacted]

	▪ 2. CWA: prüfen, ob und wie Datenerhebung integriert werden kann ▪ 3. Abstimmung mit BMG ▪ 4. Ressourcenplanung. o Entscheidung: gute Idee – angehen, wenn Umsetzung mit überschaubarem Aufwand möglich. o Frage: Wann ist richtiger Zeitpunkt, um die Studie beim BMG anzubringen? Wunsch: nicht zu lange warten. o Frage: Inwiefern stärker als in mündlichen Befragungen sozial erwünschtes Verhalten provoziert? Antwort: Befürchtung, dass Menschen „mit schlechtem Gewissen“ gar nicht erst an Befragung teilnehmen; sozial erwünschte Antworten im Verlauf nicht auszuschließen. o Erste Auswertungen von CoViRis – vorläufige Ergebnisse, sind höchstens Tendenzen, vertraulich behandeln: ▪ viele Arbeits- und Einkauf-Kontakte sind positiv korreliert ▪ Rauchen ist nicht assoziiert ▪ ÖPNV hat keinen Einfluss ▪ Wohnverhältnisse haben keinen Einfluss (erstaunlich) ▪ Ergebnisse ließen sich als Benchmark nutzen für neue Studie; Unterstützung von Abt 3 nötig	
7	**Dokumente** • Dok 1	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • **Impf-Modell – Spontaner Beitrag in Ergänzung zur Diskussion in Bezug auf neue Varianten und Inzidenz** o Folien hier o Impfmodell entwickelt, das insb. berücksichtigt: Kontaktverhalten, Liefermengen der 3 Impfstoffe, Impfkapazitäten o Diskussion mit BMG auf Arbeitsebene o will Modell demnächst genauer vorstellen im Krisenstab o CAVE: gemittelte Zahlen o Aktuell in Impfzentren rund 250.000 Impfungen pro Tag; perspektivisch bis zu 600.000; ab April zusätzlich 700.000 Impfungen bei Hausärzt*innen o Verteilung Todesfälle bei 30% Öffnung entsprechend BMG-Vorschlag nach GMK – mit und ohne B.1.1.7 (+25%) ▪ Szenarien: wenn Lockerungen zum 15.03., 01.04., 15.04., mit und ohne B1117 ▪ Rebound-Effekte bei B.1.1.7, wenn Lockerungen zu früh; dabei Altersstratifizierung sichtbar: Rebound v.a. bei 40- bis 69-Jährigen (Ältere weniger betroffen wegen der Impfungen) o Frage: Impfungen bei U18-Jährigen? Antwort: Ab Mai voraussichtlich auch 16- bis 18-Jährige zu impfen, aber mit	FG 33 [redacted]

Kommentiert [[redacted]]: @TWIMC: Hier wurde ein KRITIS-Dokument kurz angesprochen. Bitte ggf. ergänzen.

Kommentiert [[redacted]]: @FG33: Bitte ablegen und Link ergänzen.

Kommentiert [[redacted]]: FG33 erinnert am 14.03.2021, [redacted]

	Impfstoff für (noch) jüngere Altersgruppen ist nicht vor Herbst zu rechnen. o Anmerkungen: Lockerungen werden von Bevölkerung vorweggenommen – selbst was noch nicht beschlossen ist, wird bereits gelebt. o Frage: Modellierung auch auf Ziel, Gesundheitssystem nicht zu überlasten, nicht nur auf Ziel, Todesfälle zu verhindern? Insb. in Hinblick darauf, dass jetzt vermehrt Lehrer*innen geimpft werden und weniger die Älteren. – Antwort: Ja, 4 Outcomes im Modell; ähnliche Rebound-Effekte und Altersgruppen. o Frage: Auch mit Öffentlichkeit teilen? Insb. in Hinblick darauf, dass auch extern Personen Modellierungen erstellen. Antwort: Diskussion zunächst innerhalb des RKI und auf Arbeitsebene mit BMG; Wunsch, nicht zu früh an die Öffentlichkeit zu gehen; einerseits Interesse, dass genutzt wird, was auch geschieht, da primär für STIKO gedacht; andererseits Entscheidung der Leitung. ▪ L. Schaade: Ja, publizieren. „Die Kurven haben Wirkung auf Öffentlichkeit und Politik." ▪ L. Wieler: am besten im EpidBull oder auf Website; außerdem in BPK mit klaren Worten „Wenn …, dann…" o Anregungen: ▪ von FG17: evt. auch erhöhte Fallsterblichkeit mit ins Modell einbeziehen, siehe BMJ ▪ von FG36: auch Anteil-Steigerung berücksichtigen *TO DO [FG33 per E-Mail erinnert, [redacted] 14.03.2021]:* *@FG33: Präsentation der Modellierung nächste Woche im Krisenstab.*	FG 33 [redacted]
	• **Update STIKO** o Astra Zeneca: Altersgrenze herausnehmen; Abstand von 12 Wochen zwischen beiden Dosen empfehlen o Impfung von Genesenen: selbst wenn asymptomatisch waren, 1 Impfdosis ausreichend. o RKI-Merkblatt ist entsprechend anzupassen – eilt *TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass das erfolgt ist, [redacted] 14.03.2021]:* *Aktualisierte Merkblätter noch heute (Fr., 12.03.2021) an Länder schicken.*	FG 33 [redacted]
	• **Thromboembolien nach AstraZeneca-Impfungen** o Dänemark hat Impfprogramm für AstraZeneca ausgesetzt, andere Länder nachgezogen, zumindest für betroffene Charge. o PEI hat bereits Stellungnahme bzw. Pressemitteilung publiziert (siehe hier) o in DEU 11 Verdachtsfälle, davon 3 verstorben, v.a. Frauen betroffen. 11 Fälle auf 1,2 Mio. Geimpfte, war zu erwarten; Hintergrund-Inzidenz eigentlich sogar höher als das, was bei Geimpften zu sehen. Wird geprüft.	

	o Medien kommunizieren auch weitestgehend, dass dies als Vorsichtsmaßnahme geschieht. o Anmerkungen: evt. auch Blutgruppe als Risikofaktor berücksichtigen. • **Diskussion: Tests, Impfungen, 3. Welle** o L. Wieler: in BPK v.a. Fragen zu Anzahl der Tests und Impfungen – nicht nach 3. Welle. Bitte, dem etwas entgegenzusetzen und gute Sprachregelung zu finden, z.B. Papier zu Aussagekraft der Tests. Einbringen in BPK nächste Woche. o Anmerkungen: ▪ Online-Medien berichten über 3. Welle; Botschaft sicher angekommen. ▪ Aktuell vorliegende Meldedaten: Weniger als 1% der PCR-bestätigten Fälle durch vorangegangenen positiven Antigen-Test ausgelöst, laut Angaben der GÄ ▪ Selbsttests: Liegt in Hand der Länder. *TO DO [keine Erinnerung, gehe davon aus, dass Abt.3 dies am Schirm hat]:* *@Abt. 3: Manuskript für EpidBull bzw. Argumentationspapier zu Tests.*	Leitung L. Wieler
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o 701 Proben i.d. letzten 4 Wochen, davon 40 SARS-CoV-2 positiv (Sequenzierung ongoing, KW 7-8: 47% B.1.1.7) o 110 positiv für Rhinovirus (Anstieg i.d. letzten 2 Wochen verzeichnet) o Saisonales Coronavirus (NL63): 27 Nachweise o Kein RSV, kein HMPV, keine Saisonale Influenza o 1 Influenza-Probe von Labor Berlin erhalten, stammt von Reiserückkehrer aus Pakistan (Linie B Victoria, Charakterisierung ongoing) • **ZBS 1** o 771 Proben getestet, 295 positiv (38%); stabil wie in Vorwochen o 55 Sequenzierungen	FG17 [redacted] ZBS 1 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Strategische Fallverlegung** o Slowakei nach NRW: funktioniert, aber schleppend o Tschechien nach DEU: keine Verlegungen geplant, auch nicht per EWRS angefragt o Slowenien hat angeboten, Fälle aufzunehmen o Achtung: Slowenien und Slowakei bitte nicht verwechseln sowie Angebot und Nachfrage. o Beobachtung/ individueller Eindruck, dass Verläufe bei Jüngeren dramatischer verlaufen. Insofern auch großes Interesse an Modellierungen von FG33 und Wunsch, sowohl Krankenhäuser vorzuwarnen als auch langfristigeren Blick auf Fallzahlen (10+ Tage) zu haben.	IBBS [redacted]

Kommentiert [redacted]: @ZBS 1: Bitte vervollständigen. (Wegen Audioproblemen lückenhaft.) Danke.

Kommentiert [redacted]: ZBS1 [redacted]) erinnert am 14.03.2021, [redacted]

Kommentiert [[redacted]: Davon 51 als B117 identifiziert

	• **Soziodemographische Faktoren für schweren Verlauf** o (Verschoben) • **Paper Lancet Resp Med – ICU admissions** o kein Diskussionsbedarf, keine Handlungskonsequenz	IBBS [redacted]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • (nicht besprochen)	Alle
12	**Surveillance** • **Erwähnung COVID-10 in IfSG §34 >> Wiederzulassungsratgeber** o Anfrage aus Berlin o Wird mit Rechtsreferat und in EpiLag diskutiert	FG32 [redacted]
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Sinnhaftigkeit der Virusvarianten-Risikogebiete früher angesprochen • Diskussion aus AGI: Tests sollen zur Verfügung gestellt werden nicht nur für Personen mit Wohnsitz in DEU, sondern für alle • Corona SchutzVO: verlängert bis 31.03.2021 • MusterQuarantäneVO: 7. Neuauflage – Entwurf am 08.03. an Länder, im Krisenstab zirkuliert	FG38 [redacted]
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Momentan schwierig, Schichten zu besetzen • Jene, die noch wenige Schichten hatten, werden gezielt angesprochen • Anmerkung: Wunsch von [redacted], bitte die Vorgesetzten bei Anfragen einzubeziehen • [An [redacted] und [redacted] kommuniziert, [redacted] 14.03.2021]	FG38 [redacted]
15	**Wichtige Termine** • Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN [redacted] (FG36), [redacted] (INIG), [redacted] (INIG)) • Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG)	Alle
16	**Andere Themen** • **Patentschutz** o RKI als nationales PHI mit internationalen Aktivitäten möge bitte diskutieren und Haltung entwickeln, wie zu Diskussion um Patentschutz bzw. Aufhebung von Patentschutz für COVID-19-Impfstoffe steht. o L. Schaade: evt. nicht im Krisenstab diskutieren, sondern in kleinerer Runde mit Leitung. o Entscheidung: vertagt.	FG37 [redacted]

	• **Nächste Sitzung** o Montag, 15.03.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Sitzungsende: 12:55 Uhr.

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*15.03.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Entwicklung B.1.1.7 o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung (s. Dokumente) o Erlass: Hochwertige Datensätze pandemierelevanter Daten (s. Dokument)	 ZIG1 FG32 FG36 FG36
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse P1 [redacted]

6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Erlass zu maschinenlesbaren Gesundheitsdaten	Alle
7	**Dokumente** • Rückfragen zu „COVID-19-Verdacht: Testkriterien und MaßnahmenOrientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte“ Wie könnten Antigentests hier berücksichtigt werden?	Alle
8	**Update Impfen (diese Woche Freitag)**	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.03.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*15.03.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt.1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.575.849 (+6.604) bestätigte Fälle, davon 73.418 (+47) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 83/100.000 EW → Inzidenz und bestätigte Fälle steigend, ITS-Fälle fluktuierend o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 5.978.551 (7,2 %), mit 2 Impfungen 2.738.103 (3,3 %) o DIVI-Intensivregister: 2.813 Fälle in Behandlung (-10) o 7TI der Bundesländer nach Berichtsdatum: Anstieg insgesamt (orange), davon v.a. Thüringen; Anstieg nicht nur auf Testen zurückzuführen, ca. ab 10.03. Bruch hin zu Anstieg in sämtlichen Kurven zu verzeichnen, Anstieg vermutlich weiterhin zunehmend o Geografische Verteilung 7TI nach LK: nur 1 LK < 15; untere zu erreichende Grenzwerte nicht erreicht; ein LK bei fast 500 (LK Greiz), LK Schmalkalden-Meiningen ebenfalls Inzidenz wieder erhöht (derzeit ca. 313; Inzidenzen insgesamt Tendenz zu Anstieg o Diskussion: keine weiteren Anmerkungen o Entwicklung B.1.1.7 (siehe Lagebericht): wird jeweils für Ende der Woche vorbereitet **Corona-KiTa-Studie** (Folien hier) • GrippeWeb: wie in letzten drei Wochen rascher Anstieg der ARE-Rate bei 0-5 Jährigen zu verzeichnen (im Vergleich zur Vorwoche von 3,9 auf 9,1 gestiegen, für letzten beiden KW je 0,2 höher (Nachmeldungen)); scheint sehr sensitiver Parameter hinsichtlich Transmissionsgeschehen in Bevölkerung zu sein, bildet in gewissem Maße auch COVID-Inzidenz bei jungen Erwachsenen ab; in älteren AG ebenfalls ansteigend • Ausbrüche in Kindergärten/Horten: o Massiver Anstieg, Level vor Weihnachten bei max. ca. 60 Ausbrüchen pro Woche, derzeit bei ca. 100 insgesamt o Für 9. KW Nachmeldungen erwartet o 10. KW noch nicht abzuschätzen o Insgesamt in SurvNet 1.573 Ausbrüche in Kindergärten/Horten (>= 2 Fälle) angelegt o 1.241 (79 %) Ausbrüche mit Fällen < 15 Jahren, 42 % (3.586/8.614) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt o 332 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter o Massive Dynamik, teils mit Beteiligung der B.1.1.7 • Ausbrüche in Schulen: o Insgesamt in SurvNet 1.528 Ausbrüche in Schulen angelegt (>= 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen)	ZIG1 FG32 ([redacted]) FG36 ([redacted])

- 1.407 (92 %) Ausbrüche mit Fällen < 21 Jahren, 24 % (6-10J.), 24 % (11-14J.), 29 % (15-20J.), 23 % (21+)
- 121 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter
- Bis Anfang März Schulen geschlossen, Öffnung in einzelnen BuLä ohne Gruppenunterricht / klare Abstandsregeln
- Für 9. KW Nachmeldungen erwartet
- 10. KW noch nicht abzuschätzen
- Bereits hier jedoch direkte Reaktion der Ausbruchszahlen auf Öffnung sichtbar

- Anteil neuer Varianten:
  - Kita-Ausbrüche ohne *versus* mit Verdacht des Vorliegens von B.1.1.7 oder B.1.3.5.1 → exponentieller Anstieg bei Vorliegen von Varianten
  - Daten (zwei Folien mit Inzidenzen zu Kita-Ausbrüchen) wurden auf Anfrage mit Familienministerium geteilt
- Schlussfolgerung: bei starkem Anstieg der neuen Varianten reichen bisherige Maßnahmen auch bei guten Konzepten mit klarer Gruppentrennung nicht zur Eindämmung aus
- Relevante Sekundärerkrankungen bei Angestellten und Familien zu verzeichnen → aktuelle Situation bei Kindern und Jugendlichen zunehmend relevant für Bevölkerung
- Striktes Gesamtpaket an Präventivmaßnahmen zwingend erforderlich, Eindämmung höchstwahrscheinlich nicht anders möglich als durch frühzeitige Reaktion mittels Schließung der betroffenen Einrichtung
- Diskussion:
  - Kernfragen: sind Alternativen oder weitere Möglichkeiten im Umgang mit derzeitiger Entwicklung denkbar? Welchen Zusatznutzen bringen Tests? Was wird hinsichtl. der Symptomatik bei Kindern beobachtet? Wie sind Familien sekundär betroffen?
  - Bericht aus TestAG der Länder: Österreich testet derzeit ca. 99 % der Schüler, Frequenz Montag, Mittwoch, Freitag; Positivrate ca. 0,1 %, Ausschluss der Teilnahme an Präsenzunterricht bei Nichtvorhandensein negativen Tests
  - Wesentliche Maßnahme: Eintragsminimierung mittels bisheriger Maßnahmen und unterstützender Teststrategien
  - Derzeit soweit keine ausreichenden Konzepte bzw. Kapazitäten verfügbar, 3 Tests pro Woche für jedes Kind durchführen zu können
  - Attackraten Bsp. Kreis Bergstraße bei ca. 40 % bezogen auf Erwachsene
  - Nicht bekannt, ob grundsätzlich andere Symptomatik vorliegt, bezüglich Schwere soweit nicht beurteilbar
  - Rhino- und humane Coronaviren: grundsätzlich deutlich zunehmende Positivrate (v.a. bei 0-14-Jährigen), höchstwahrscheinlich keine Artefakte durch verstärkte Testung
  - Bislang empfohlene Maßnahmen zur ausreichenden Hemmung scheinbar nicht ausreichend – zusätzliche Empfehlungen?

1. Eintragsminimierung in Einrichtung durch Vorkehrungen hinsichtlich Infektionsvermeidung sowie unterstützend via Testung und Fernbleiben bei Erkrankungssymptomen
2. Innerhalb der Einrichtung: Wechselunterricht, Distanz, Lüften, Tragen (medizinischer) Masken durch Personal und Kinder
3. Sofern keine proaktive Maßnahme vorhanden, ist bei Auftreten von Erkrankungen in einer bzw. zwei Gruppe(n) reaktive Schließung gesamter Einrichtung erforderlich
    - Hinweis: auch bei baulicher Trennung von Gruppen keine sichere räumliche Trennung gewährleistet (gemeinschaftlich genutzte(r) Eingangsbereich, Waschräume), siehe vergangene Ausbruchsgeschehen u.a. KR Bergstraße sowie in HH mit rascher, unbemerkter Ausbreitung

➔ Strategie auf Bundesebene zu kommunizieren, ebenso der Hochrisikoaspekt aufgrund der Multiplikatorenwirkung bei Vorhandensein neuer Varianten v.a. bei der Durchführung von Präsenzunterricht ohne Wechsel für alle Stufen (siehe bspw. in BaWü)

FG36 ([redacted])

Entwurf zur Aktualisierung der Risikobewertung (Dokument hier)

- Information zu Kindern und Jugendlichen vor nächstem Monatsbericht zu veröffentlichen (nächster Monatsbericht erst Ende März ausstehend)
- Im Entwurf vornehmlich logische Umstrukturierung, weniger grundsätzliche Änderungen vorgenommen
- Geänderte Passus:
    - „Nur wenn die Zahl der neu Infizierten insgesamt deutlich sinkt, können auch Risikogruppen wie die Hochaltrigen und Menschen mit Grunderkrankungen zuverlässig geschützt werden.“ → Statt „Hochaltrigen“ „*Ältere*“
    - „Im vierten Quartal 2020 kam es zu einem starken Anstieg der Fallzahlen.“ → *Streichen*
    - „Nach einem Rückgang ab Ende Dezember steigen die 7-Tage-Inzidenz und Fallzahlen im Bundesgebiet seit Mitte Februar wieder an, dies betrifft alle Altersgruppen unter 65 Jahren. Ein besonders rascher Anstieg wird bei Kindern und Jugendlichen beobachtet.“ → U.a. an Heatmap (wie letzte Woche publiziert) orientierend aktualisiert, statt „Mitte Februar“: „*steigt seit Februar wieder an und beschleunigt sich aktuell*“
    - Statt „Auffinden der Infizierten“ „*Fallfindung*“
    - „Zahlreiche Häufungen werden vor allem in Privathaushalten und dem beruflichen Umfeld beobachtet.“ → ggf. zu konkretisieren, Kita/Schule mitaufzunehmen; von weiterer Spezifizierung des Arbeitsumfeldes wird hier zunächst abgesehen, wurde bereits an anderer Stelle eruiert, auch hier sollten Maßnahmen eingehalten werden (teils mangelnde Vorgaben für Beschäftigte), Verhaltensprävention reicht

	an manchen Stellen nicht aus, Rolle der Verhältnisse sollten an anderer Stelle betont oder konkretisiert werden o „Die Zahl von COVID-19-bedingten Ausbrüchen in Alten- und Pflegeheimen und Krankenhäusern nimmt *unter anderem* aufgrund der fortschreitenden Durchimpfung weiter ab.“ → Einschub „*unter anderem*“, da nicht nur auf Impfung sondern auch auf Compliance zurückzuführen o „Aufgrund der vorliegenden Daten hinsichtlich einer erhöhten Übertragbarkeit der Varianten und potenziell schwererer Krankheitsverläufe trägt dies zu einer schnellen Zunahme der Fallzahlen und der Verschlechterung der Lage bei. Ob und in welchem Maße die neuen Varianten die Wirksamkeit der verfügbaren Impfstoffe beeinträchtigen, ist derzeit noch nicht sicher abzuschätzen.“ → *„es liegen (inzwischen) zunehmende Daten vor, die darauf hinweisen, dass…“* und *„ist noch nicht für jede der zirkulierenden Varianten sicher abzuschätzen“* o „Als ein weiteres Element können ergänzende Selbsttests die Sicherheit durch frühe Erkennung …“ → „ergänzende“ *gestrichen*, statt „Selbsttests“ allgemeiner *„AG-Tests“* • Allgemeine Zustimmung zu Änderungen • Disclaimer (Hinweis auf Änderungen) ist anzupassen (zusätzlich *„Antigentest und die zentrale Rolle der Impfung“*) *ToDo: Aktualisierung der Risikobewertung wird heute durch [redacted] an Webmaster zur Veröffentlichung gegeben* **Erlass: Hochwertige Datensätze pandemierelevanter Daten** (Dokument hier, weiterer Anhang/Richtlinie 2019/1024 hier) • Auftrag ging an FG36, FG32, L1 und MF4 ebenfalls eingebunden, Deadline Dienstschluss 15.03. • „Bitte geben Sie eine Einschätzung über Sinnhaftigkeit, Aufwand und Nutzen der kostenlosen, maschinenlesbaren und dynamischen Bereitstellung dieser Daten sowie der Realisierbarkeit unter den aktuellen Bedingungen.“ → Auftrag so schwer interpretierbar, [redacted] hält im Anschluss an die Sitzung telefonische Rücksprache mit Referat 611 ([redacted])	FG36 ([redacted])
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** DEA: • Attacken von letzter Woche führten zu kurzzeitigem Ausfall • Alle Gesundheitsämter an DEA angeschlossen • Weiterentwicklung: vermutlich vor Ostern mit Uploadfunktion für Testergebnis zu rechnen, ggf. nützliches Element auch für andere Produkte • Vertragsverhandlung laufen noch • Zahlenerfassung in Clearingstelle verbessert (Postleitzahlen bspw. inkorrekt)	FG21 ([redacted])

	• Anfragen seitens BuLä hinsichtlich möglicher Schnittstelle von DEA zu SORMAS • Austausch mit [redacted], ob DEA-Anschluss hier gewünscht CWA: • Befragung läuft auf Hochtouren, zufriedenstellende Beteiligung • Geringe Fälle mit roter Karte oder Anzeige • Registrierungsfunktion bspw. hinsichtlich Teilnahme an Veranstaltungen ggf. in CWA zu integrieren • BFDI-Evaluationsbericht zum 31.03. sehr eng, knappe Personaldecke *ToDo: Bitte an [redacted] um Vorbereitung von Folien zu DEA hinsichtl. erweiterter (Upload) Funktionen / Befundeinbindung für Kurzpräsentation am kommenden Montag* SORMAS: • Finalisierung der Schnittstelle zu SurvNet, somit keine kurzfristige Schnittstelle zu SORMAS, langfristig vermutlich eher zu DEMIS erforderlich • DEMIS läuft stabil und wird weiterentwickelt • Im Rahmen der Weiterentwicklung Feedback durch Gesundheitsämter, wurde von [redacted] in Präsentation zusammengestellt • Vermehrt Anfragen zur Meldung positiver AG-Nachweise über DEMIS seitens Testzentren – Durchführung und Meldung der Tests erfolgt durch autorisiertes, authentifiziertes und geschultes Personal (in Brandenburg bspw. Drogerie-Fachpersonal) → Rücksprache mit BMG wird hierzu erfolgen	FG32 ([redacted])
4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Keine Neuigkeiten **Presse** • Hinweis: bei Veröffentlichung von Prognosen zum Wochenende ist Berichterstattung teils schwer zu bewältigen • PMs zu Bundesgesundheitstag werden verschickt **P1** • In internem, fachlichem Unterbau „Mehr Testen für weniger Corona“ integriert • Verhaltensregeln für Ostern ggf. erneut lancieren (siehe Verhaltensregeln für den Frühling, positive Resonanz)	BZgA ([redacted]) Presse ([redacted]) P1 ([redacted])

	VPräs *ToDo1: Herr Schaade bittet um Dokumentensammlung und Vorbesprechung zwecks Bundespressekonferenz am Freitag* • Voraussichtlich wird u.a. psychische Gesundheit thematisiert werden (ggf. [redacted] einzubeziehen) *ToDo2: In vorangegangener BPK genanntes „letzte Drittel" des Marathons Bitte an [redacted] bzw. [redacted] um Klärung des Ursprungs und der Bedeutung des Terminus*	VPräs (Schaade)
6	**RKI-Strategie Fragen** • **Allgemein** o Nicht besprochen • **RKI-intern** o Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** Rückfragen zu „COVID-19-Verdacht: Testkriterien und Maßnahmen Orientierungshilfe für Ärztinnen und Ärzte" Wie könnten Antigentests hier berücksichtigt werden? • Vermehrt Rückfragen zu Dokument hinsichtlich „Verdacht auf SARS-Cov2-Infektion", im Lagezentrum thematisiert • Praxis-Standard ist in jedem Falle der PCR-Test • AG-Test unter bestimmten Bedingungen möglich, Auflagen sind jedoch einzuhalten • Positiver AG-Nachweis ist weiterhin als Verdacht einzuschätzen, Bestätigung erfolgt via PCR • Nicht-Erfüllung der Testkriterien ggf. missverständlich, *in praxi* sollte diese Falldefinition seltenst erfüllt sein *ToDo: Bitte an FG36 um Verbesserungsvorschläge hinsichtlich des Kastens unten rechts in Grafik, ggf. Verschiebung um eine Gabelung nach oben, in kommender Woche erneut zu diskutieren*	FG37 ([redacted])
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • **FG 17** o AGI Sentinel: in letzten 2 Wochen 491 Proben, 74 (ca. 15 %) positiv – Rhinoviren von 15 % auf 24 % angestiegen, jeweils 3 Parainfluenza-Nachweise, 6 % positiv für saisonale Coronaviren → insgesamt aktiveres Atemwegserregergeschehen, jedoch kein Influenzanachweis o Meeting NL, Dänemark, Österreich: ▪ Zweiwöchiges Aussetzen der Impfung mit AstraZeneca in NL und Dänemark, um Fällen von Embolien nachzugehen	FG17 ([redacted])

	▪ In Österreich soweit ebenfalls Fälle bekannt, hier jedoch kein Aussetzen der Impfung o VOC B.1.1.7 in allen Ländern dominierend, zu 85 % in Dänemark • **ZBS1** o 416 positive Proben (ca. 34,5 %); B.1.1.7 seit 01.03. auf 73 % bis 82 % – je nach Bezugsgröße – angestiegen	ZBS1 ([redacted])
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** *Ad hoc* Erfassung im Labornetzwerk – inwieweit besteht hier weiterhin Bedarf? • Bereits innerhalb der AG Testen / des BMG thematisiert • Bei Sättigung mit Variante B.1.1.7 umgehende Information für den ÖGD ggf. nicht mehr erforderlich, da in diesem Falle grundsätzlich wie bei Vorliegen von B.1.1.7 vorgegangen werden muss → spezifische Verfahren bei Auftreten von immune escape-Varianten träten an diese Stelle • Mutationsspezifischer Test von Roche: [redacted] eruiert derzeit diesen Test und wird morgen dazu Feedback geben • Additional value der Mutations-PCR / schnelleren Kenntnis *versus* Zeitverzug hinsichtlich Sequenzierung nach Corona-Meldeverordnung zu klären • Sondererhebung ggf. nur im begründeten Bedarfsfall aufgrund des nicht unerheblichen Aufwandes • Ende der Woche klareres Bild	Abt. 1 ([redacted]) FG 32 bzw. Abt. 3 ([redacted])
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Austausch bezüglich Strategien und Indikatoren zur Erkennung von Varianten (TN [redacted] (FG36), [redacted] (INIG), [redacted] (INIG)) • Austausch zum Thema Testen (organisiert vom BMG) • 16.03.2021 Wartungsfenster ab 16.30, zu beachten bei Upload/Veröffentlichung	Alle Presse ([redacted])
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 17.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*17.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Entwicklung B.1.1.7 o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungsstudie **(Mittwoch)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein**	Alle

	• Vorschlag Maßnahmenmonitoring BBK • Anregungen/ Wünsche aus der AGI: 1. Quarantäne für geimpfte HCW, die KP werden, 2. Initiale Testung von KP 1 und 3. Reduktion der Testfrequenz in Alten- und Pflegeheimen. **b) RKI-intern** •	FG38
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (diese Woche Freitag)**	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 19.03.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*17.03.2021, 11:00 Uhr (Ende: 13:05 Uhr)*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF 4
  - [redacted]
- P 1
  - [redacted]
- P 4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Protokoll
  - [redacted], ZfKD/FG 38

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	International (nur freitags)
	
	National
	o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  o SurvNet übermittelt: 2.594.764 (+13.435), davon 73.905 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 86/100.000 EW
	  o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 6.712.195 (8,2 %), mit 2 Impfungen 3.018.750 (3,6 %)
	  o DIVI-Intensivregister: 2.851 Fälle in Behandlung (+18)
	  o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum (Folie 3)
	  ▪ gesamt: seit 09./10.03. starker Anstieg
	  ▪ bes. ausgeprägter Anstieg: u. a. TH, BE, SN, ST
	  o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK, Trend (Folien 4-5)
	  ▪ in vielen Kreisen bundesweit Inzidenz deutlich zunehmend; mind. Verdopplung der Fallzahlen ggü. Vorwoche in 14 Kreisen; 7TI > 500: LK Greiz (TH)
	  ▪ Diskussion: Wie lassen sich die großen Unterschiede und unterschiedlichen Trends in benachbarten Kreisen interpretieren (z. B. Region nördlich Berlins, Rheinland-Pfalz)? – CAVE: kleine absolute Fallzahlen; Rolle von Ausbrüchen bzw. Pendleraktivität möglich; höher aufgelöste Auswertungen geplant; Einordnung ohne Kenntnis der lokalen Gegebenheiten schwierig; starke Differenzen z. T. auch zwischen Stadt und umgebendem LK, mal Stadt, mal umgebender LK stärker betroffen, kein klares Muster; Geschehen weiter heterogen, Interpretation schwierig
	  o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW (Folie 6)
	  ▪ gesamt: deutlich zunehmend, in den Altersgruppen 75+ abnehmend; höchste 7TI in den mittleren Altersgruppen (15-45J)
	  o Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten (Folie 7)
	  ▪ Anteil Verstorbener und Anteil Hospitalisierter rückläufig, allerdings für die letzten Wochen schwer zu beurteilen
	  ▪ Untererfassung bei Hospitalisierungen
	  ▪ Diskussion: Interpretation der grundsätzlich nach hinten abfallenden Kurven schwierig
	  o Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen (Folie 8)
	  ▪ Trend: weiter rückläufig in der Altersgruppe 80+
	  ▪ mehr 60-79jährige als 80+jährige Fälle hospitalisiert
	  o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (Folie 9)
	  ▪ Trend: weiter rückläufig
	  ▪ Diskussion: Versterben noch immer v. a. die hohen Altersgruppen oder gibt es Veränderungen? – noch immer vorwiegend Altersgruppe 80+ betroffen
		FG32
		([redacted])

	FG 32 bereitet Darstellung der Todesfälle nach Altersgruppen im zeitlichen Verlauf vor, Vorstellung im Krisenstab diesen Freitag	
	o **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote (Folie 1) ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW10: 1,25 Mio) ▪ Positivenanteil leicht gestiegen (KW10: 6,8 %) o Auslastung der Kapazitäten (Folie 2) ▪ weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden o Probenrückstau (Folie 3) ▪ kein sig. Probenrückstau ▪ Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI o Testzahlerfassung-VOC (Folie 4) ▪ KW10: > 53.000 PCR-Tests auf VOC durchgeführt, entspricht knapp 2/3 aller positiven PCR-Tests; davon mit Hinweis auf VOC: 64,4 % (B.1.1.7: 63,5 %, B.1.352: 1 %) ▪ Nachmeldungen für KW9-10 erwartet o AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ (Folie 5-6) ▪ seit KW49, 2020 insgesamt 377.489 Testungen erfasst, davon positiv: 862 (0,2 %), von diesen PCR-bestätigt: 377 (44 %) – Daten vorläufig ▪ Tests werden v. a. im Rahmen der stationären Pflege genutzt, zunehmend auch in der ambulanten Pflege	Abt. 3 ([redacted])
	o **Angaben zu Testanlässen und Testmethoden im Meldesystem** (Folien hier) o Fälle nach Referenzdefinition und MW ▪ knapp 100 % übermittelter Fälle erfüllt Referenzdefinition, Anteil gleichbleibend o AG-Nachweise ▪ Anteil Fälle mit AG-Nachweis über die letzten Wochen gleichbleibend bei 3-4 % ▪ ca. 4.000 AG-Nachweise wöchentlich übermittelt ▪ ca. 60 % der AG-Nachweise werden PCR-bestätigt o Variable „Fall bekannt durch“ nach MW und Fallzahl ▪ Variable eingeführt u. a. zur Evaluation der CWA ▪ Einfachauswahl ▪ Auswahl „Reihentestung“ seit MW6 gleichbleibend (ca. 14.000 Fälle wöchentlich), Auswahl „CWA“ sehr gering o <u>Diskussion</u>: AG-Tests weisen v. a. akute Fälle nach – Abschätzung der Untererfassung wünschenswert, um Zusatzwert des Screenings zu ermitteln; zeitnahe Publikation der Auswertungen zu AG-Testungen für Kommunikation wichtig (z. B. Lagebericht, Internetseite)	FG 32 ([redacted])
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Anzahl PCR-Testungen und Positivenanteile (Folien 1-2) ▪ gesamt: Positivenanteil gleichbleibend (um 7 %) ▪ Anzahl Testungen pro 100.000 EW bei Altersgruppe 80+ rückläufig, in Altersgruppe 0-15 stark	FG 37 ([redacted])

	zunehmend, in dazwischenliegenden Altersgruppen konstant ▪ Positivenanteil bei Altersgruppe 80+ weiter rückläufig ▪ Anzahl positive Testungen pro 100.000 EW in Altersgruppen 0-14 leicht zunehmend o VOC (Folien 3-4) ▪ Anteil PCR mit delH69/V70-Nachweis: Zunahme auf 40 % ▪ in Altersgruppe 5-14 Jahre deutlicher Anstieg ▪ Anteil B.1.1.7: > 50 % in Arztpraxen, > 40 % in Krankenhäusern o Ausbrüche Altenheime: in vergangenen 3 Wochen ähnliches Niveau, Nachmeldungen zu erwarten (Folie 5) o Ausbrüche Krankenhäuser (Folie 6): Rückgang, vermutlich Effekt der Impfung, evtl. auch Hygiene	
	o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb (Folie 2) ▪ gesamt: ARE-Raten steigen ▪ Anstieg der ARE-Raten in der Altersgruppe 0-4 hat sich in KW10 nicht fortgesetzt o ARE-Konsultationen bis KW10 (Folie 3) ▪ Konsultationsinzidenz steigt auf niedrigem Niveau ▪ in KW10 ca. 500.000 ARE-Arztbesuche ▪ regionale Unterschiede: in Altersgruppe 0-4 starker Anstieg in TH, in NI/HB weitgehend auf Lockdown-Niveau, hier nur schwacher Anstieg ▪ jüngere Altersgruppen nach Lockdown und damit verbundener Aussetzung der „Durchseuchung“ suszeptibel; Testfrequenz bei Kindern erhöht o ICOSARI-KH-Surveillance (Folien 4-9) ▪ SARI-Fallzahlen rückläufig in Altersgruppen 60+, in Altersgruppe 80+ unter Niveau der Grippewellen, stabil in jüngeren Altersgruppen ▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in Altersgruppe 60-79 Trend nicht ganz klar, möglw. Abflachung des Rückgangs; in Altersgruppe 35-59 stabil ▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen schwankt in den letzten Wochen um 50 %	FG 36 ([redacted])
	o **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)** (Folien hier) o Probeneingang und SARS-CoV-2-Nachweise (Folie 1): in KW10 bisher höchster Probeneingang in 2021 (n=235); Anteil SARS-CoV-2-positiver Proben leicht unter dem in ARS (5,5 %) o Viruszirkulation (Folie 2): Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, SARS-CoV-2 weitgehend stabil, in KW10 erstmals Nachweis von RSV; saisonale Coronaviren: NL63 auf Vorjahresniveau	FG 17 ([redacted])

	o Probeneingang nach Altersgruppen (Folie 3): leichte Verschiebung zur Altersgruppe 0-4 (Zeitraum: KW8-10), dort in KW10 > 40 % Rhinoviren o saisonale Coronaviren, NL63 im Vergleich zu SARS-CoV-2 (Folie 4): jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV-2 eher höhere Altersgruppen o Anteil B.1.1.7 in Schmelzkurvenanalyse: 60 % o **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 2.858 COVID-19-ITS-Patienten (Stand: 17.03.2021) o +126 ggü. Vorwoche o in den meisten BL stagniert der Rückgang der COVID-19-ITS-Belegung seit fast 3 Wochen, teilweise steigen die ITS-Zahlen an, insgesamt hohe Dynamik bei Zu- und Abgängen o Anteil COVID-19-Pat. an Gesamtzahl der ITS-Betten: ▪ weitgehend wie Vorwoche; BE, HB, HH > 15 %, TH > 20 %, SH 6 % ▪ zeitlicher Verlauf: Anteil deutlich zunehmend in HB, HH; abnehmend in SH; unverändert in TH und Mitte insgesamt o Anzahl ECMO-Pat. mit COVID-19 zuletzt steigend o Verfügbarkeit High-Care bzw. ECMO: abnehmend o SPoCK: Prognosen für COVID-19-ITS-Pat. zeigen einen möglichen Aufwärtstrend Richtung Stagnation an, Geschehen weiterhin dynamisch und regional o Diskussion: Wie hoch ist die Sterblichkeit von ECMO-Pat.? – Nachfrage im ECMO-Zentrum der Kliniken Köln, [redacted]: Sterblichkeit liegt bei knapp unter 70 %; alle Neuzugänge in Köln mit B.1.1.7-Nachweis; ITS-Sterblichkeit bei sog. Wildtyp und B.1.1.7 gleich hoch	MF 4 ([redacted])
2	**Internationales (nur freitags)** o Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** o Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** o Advertorial "Mehr testen für weniger Corona" auf den Weg gebracht, auch barrierefrei, wird veröffentlicht auf zusammengegencorona.de o Verlinkung in RKI-FAQs **Presse** o kein Beitrag **Wissenschaftskommunikation** o Arbeit an EpiBull-Artikel zum Thema Testen	BZgA ([redacted]) P4 ([redacted])
6	**RKI-Strategie Fragen**	

	a) Allgemein o Testfrequenz in Einrichtungen: BL haben Reduktion der Testfrequenz in Einrichtungen angekündigt (Information zur Kenntnis) o Quarantäne für geimpftes Gesundheitsfachpersonal (HCW): BL sprechen sich gegen großzügige Quarantäne für HCW aus, befürchten personelle Engpässe, wünschen sich a) frühzeitige Testung von (symptomlosen) KP und b) Haushaltsquarantäne; <u>Diskussion</u>: KP-Management-Empfehlungen stets getrieben von Wünschen der BL und des BMG; prinzipiell sind die GA nicht an die RKI-Empfehlungen gebunden, Abweichungen werden aber genau beobachtet; frühe Testung von Symptomlosen kann wieder erwogen werden **P** o Modellierungsstudie (mittwochs) Nicht besprochen *TODO: FG 36 diskutiert mögliche Anpassung der KP-Management-Empfehlungen, Besprechung in nächster Krisenstabssitzung* **b) RKI-intern** o Nicht besprochen	FG 38 ([redacted]), alle
7	**Dokumente** o in Kürze erwartet: aktualisierte Nationale Teststrategie des BMG	Abt. 1 ([redacted])
8	**Update Impfen** o Impfung von RKI-MA für Ausbruchsuntersuchungen bzw. Auslandseinsätze: ▪ Berliner Staatssekretär kann nicht entscheiden ▪ BKAmt hat entschieden, dass vorerst kein Impfstoff an Ressorts ausgegeben wird ▪ <u>Diskussion</u>: Verantwortung des RKI als Arbeitgeber – MA müssen bei Ausbruchsuntersuchungen/ unmittelbarem Kontakt zu Infizierten geschützt und Eintrag in Risikogruppen vermieden werden; operativer Bereich hat höheren Stellenwert als andere Ressort-Bereiche; möglw. sind diese Aktivitäten des RKI beim BKAmt nicht präsent; Anliegen des RKI wird nochmals sachlich begründet (Risikobewertung) und vorgetragen; ggf. können Ausbruchsuntersuchungen oder Auslandseinsätze nicht stattfinden	FG 37 ([redacted]), Leitung (Schaade), Abt. 3 ([redacted])
9	**Labordiagnostik** o FG 17: kein Beitrag o ZBS1: nicht anwesend	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Entlassungsmanagement ▪ B.1.1.7 vorherrschend – Sollte vor diesem Hintergrund von der Differenzierung zwischen Wildtyp/VOC in den	Leitung (Schaade), alle

	Empfehlungen Abstand genommen werden (d. h. grundsätzlich verlängerte Isolierung)? ▪ Diskussion: es wird mehrheitlich von Varianten ausgegangen, „Varianten“ sind Standard geworden; vermutlich längere Virusausscheidung, insgesamt aber noch unzureichende Datenlage bez. Erregereigenschaften, viele offene Fragen; Vereinheitlichung der Empfehlungen wird befürwortet (auch seitens der BL), im Zweifel für Sicherheit (Vorsorgeprinzip); wichtig: Kongruenz und praktische Umsetzbarkeit *TODO (bis 26.03.): alle Beteiligten bewerten ihre Dokumente hinsichtlich Anpassungsbedarf an Varianten; FG 25 bietet Unterstützung bei Literaturrecherche an; weitere Unterstützung durch Bibliothek wird angefragt* o klinisches Management: Diskussion zur (ECMO-)Sterblichkeit: siehe „Zahlen zum DIVI-Intensivregister“ (TOP 1)	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Das Bewusstsein in der Bevölkerung für eine anhaltende Ansteckungsfähigkeit nach Genesung sollte dringend gestärkt werden, wenn bei VOC eine längere Ausscheidung als ein Unterschied in der Transmission diskutiert wird. o ~~im sozialen Umfeld wird mangelndes Bewusstsein für „Noch-ansteckend-Sein“ im Vergleich zu „Schon-ansteckend-Sein“ wahrgenommen~~ o BZgA nimmt Anregung für weitere Arbeit mit	FG 14 ([redacted])
12	**Surveillance** o keine spezifischen Themen	FG 38 ([redacted])
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG 38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** o Nicht besprochen	FG 38
15	**Wichtige Termine** o Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 19.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*19.03.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Entwicklung B.1.1.7 o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungsstudie **(Mittwoch)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein**	Alle

	• Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers **b) RKI-intern**	FG38
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (diese Woche Freitag)**	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 22.03.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	*WebEx Konferenz*

Moderation: [redacted]

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- AL2
  - Thomas Ziese
- AL3/Abt. 3
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIGL
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZGA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit fast 121 Mio. Fälle (6% Anstieg seit Vorwoche), fast 2,7 Mio. Todesfälle (2,2% insgesamt) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle/letzte 7 Tage ▪ Veränderungen zur Vorwoche: starker Anstieg in Indien (47%), Frankreich insbesondere um Hauptstadt (21%),	ZIG1

Polen (36%), Türkei (25%), Deutschland (30%), Ukraine besorgniserregend mit 55%, Tschechien weiterhin hohe 7-T-I jedoch erstmals rückläufiger Trend (-10%)
        - Anteil Impfungen der Gesamtbevölkerung, USA weit fortgeschritten 22% 1. mit Dosis, 12% vollständig geimpft, gefolgt von Türkei, Italien, Deutschland, Tschechien, Frankreich (alle 7-9% mit 1. Dosis)
    - 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit
        - Insgesamt 86 Länder mit 7-T-I >50/100.000, 150 Länder >100, 37 Länder >200/100.000
- Verteilung Virusvarianten
    - B.1.1.7
        - Nachweis in immer mehr Ländern, aktuell 118
        - Teilweise zu sehr hohen Anteilen
        - Virusvarianten-Risikogebiete: bestimmte Länder wurden von der Liste entfernt (Irland, UK, Portugal), bei Slowakei und Tschechien wird noch abgewartet
    - B.1.351
        - In 64 Ländern nachgewiesen (+6 zur Vorwoche)
        - Virusvarianten-Risikogebiete: diverse afrikanische Länder unter Beobachtung, Österreich wird ggf. nächste Woche von der Liste gestrichen
    - P1
        - Nachweis in 38 Ländern (+6)
        - Südamerika und Italien (Umbrien, Lazio, Toskana hoher Anteil) unter Beobachtung bzgl. Virusvarianten-Risikogebiete
    - US CDC weist aufgrund erhöhter Übertragbarkeit (20%) auch B.1.429 und B.1.427als besorgniserregende Varianten aus
- Lancet Studie aus Dänemark zum Thema Reinfektionen (Folie 6)
    - DK hatte 2020 eine kostenlose Teststrategie und hat 4 Mio. Personen (69% der Bevölkerung) getestet
    - Testdaten wurden genutzt, um Reinfektionen anhand von 2 Beobachtungsräumen (Frühjahr, Herbst) zu untersuchen
    - >500.000 PCR-negativ in Phase I, 3,3% von diesen in Phase II positiv
    - 11.000 PCR-positiv in Phase I, 72 positiv (0,6%) in Phase II
    - Durch Infektion besteht Schutz vor erneuter Infektion, dieser liegt bei < 65-jährigen bei ~80%
    - Insbesondere bei ≥65-jährigen weniger Schutz (47%)
    - Bereits infizierte Personen können sich nicht auf Schutz verlassen
    - Studie wurde zu Zeiten ohne virusvarianten durchgeführt
    - Auf Bitte des BMG hat ZIG2 eine Zusammenfassung des Lancet Artikels erstellt, ZIGL schickt diese an Krisenstab
    - Bei gealtertem Immunsystem ist eine subadäquate Reaktion zu erwarten, deswegen ist dieses Ergebnis nicht überraschend; bei der Impfwirksamkeit ist ähnliches zu erwarten (geringere Immunreaktion auf Impfung als bei jüngeren Menschen)

	• Ausweisung Risikogebiete
	  o RKI hofft, dass Virusvarianten nach Ostern nicht mehr ausgewiesen werden müssen
	  o Hochinzidenzgebiete sinnvoll, Virusvariantengebiete nicht
	  o BMG hält aktuell an Unterscheidung Virusvariantengebiete, Hochrisikogebiete und Risikogebiete fest
	  o BMI möchte generell Virusvariantenausweisung beibehalten
	
	National
	• Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier)
	  o SurvNet übermittelt: 2.629.750 (+17.482), davon 74.358 (2,8%) Todesfälle (+226), 7-Tage-Inzidenz 96 Fälle/100.000 Einw.
	  o Zahlen gehen deutlich nach oben, 2 Tage hintereinander starker Anstieg, 7-T-I ist beinah bei 100, Anzahl der Kreise mit hohen Inzidenzen ist zunehmend
	  o In den Verstorbenenzahlen ist dies noch nicht reflektiert, hier gibt es aber oft einen Verzug
	  o Fälle IST: 2.895 (+36), es sind aktuell regelmäßig kleinere Anstiege zu verzeichnen
	  o 7-T-Inzidenzen BL: TH doppelt so hoch wie bundesweiter Durchschnitt, Anstieg auch in SN, ST, HE, BY, lediglich weiterhin niedrig in MV, SH, SL
	  o Geografische Verteilung: Karte wird dunkler, Schwerpunkte TH, BY an tschechischer Grenze, LK Greiz >500/100.000, viele Kreise >200, nur 5 Kreise <25 Fälle/100.000
	  o Verstorbene nach Altersgruppen und MW
	  ▪ Meiste Todesfälle in hohen Altersgruppen >70, weniger bei jüngeren
	  ▪ Ein Rückgang ist sichtbar, aber möglicher Verzug
	  ▪ In der relativen Verteilung ist der Anteil bei >70-jährigen leicht rückläufig, jedoch noch stets 80%
	  ▪ Anteil Todesfälle bei 50 und 60-jährigen zunehmend, kann jedoch auch an der AG-Verschiebung liegen
	  o Altersmedian COVID-19 Fälle/Hospitalisierte/Verstorbene
	  ▪ Fälle (gelb): Median von fast 50 bei höchstem Peak Ende 2020, außerhalb der Peaks ist Median niedriger
	  ▪ Hospitalisierte (grau): vor Beginn 2. Welle bei <70
	  ▪ Bei IST-betreuten (orange) nicht so große Unterschiede mit Median immer um die 70
	  ▪ Bei verstorbenen median um die 82
	  ▪ Altersstruktur hängt auch vom Setting ab, in dem Infektionen auftreten, teils viel in Alten-/Pflegeheimen
	• Sterbefallzahlen
	  o Leicht unter dem Durchschnitt der Vorjahre, ggf. durch ausbleiben der Influenzawelle, es ist keine Übersterblichkeit sichtbar
	  o Möglicher Nachholeffekt der Sterbefallzahlen, schwache Influenzasaison ist gut nachvollziehbar, es sind aber weitere Argumentationsansätze notwendig um sprachfähig zu sein
		FG32

	o Noch ist nicht zu sehen, dass aufgrund des Impfeffekts weniger alte sterben? Ist es zu früh? Sterben geimpfte? ▪ Die Kurven müssen nah beobachtet werden ▪ Es ist eher beruhigend, wenn der Altersmedian der Sterbefälle sich nicht verschiebt ▪ Das Hauptrisiko, an COVID-19 zu sterben, ist das Alter ▪ Es sterben wahrscheinlich weniger alte, dies sollte sich jedoch nicht im Altersmedian widerspiegeln ▪ Wenn die Altersverteilung sich verschiebt, ist eher die höhere Virulenz von B.1.1.7 zu befürchten o Das Argument, dass ältere, gebrechlichere Menschen, die auch ohne COVID-19 zeitnah versterben würden, sollte entschärft werden o COVID-19 sollte nicht mit Influenza verglichen werden, bei normaler Influenzawelle versterben mehr Leute, jedoch ist COVID-19 aus anderen Gründen bedenklich(er) o Euro-MOMO: Untersterblichkeit aktuell lediglich bei jungen AG ausgeprägt auch in anderen Ländern, bei anderen AG zunehmend: https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps	
2	**Internationales (nur freitags)** • Montenegro-Einsatz: Vorbereitung verschiebt sich, zunächst ist eine Labormission geplant, die Partner vor Ort sind überlastet, gute Planung muss noch erfolgen • Usbekistan-Einsatz: diese Woche Launch des Telemedizin-Projektes mit ZIG1, IBBS und Charité • Irak- Einsatz SEEG: endet heute, [redacted] war dabei • Sudan: Anfrage zur Unterstützung der COVID-19-Response	ZIGL
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Thema Impfbereitschaft o Aussetzung AstraZeneca stieß auf viel Interesse o Cosmo Studie ist nicht schnell genug, um dies bereits auszuwerten o In Social Media ist bei Befragungen nur ein kleiner Dip in der Impfbereitschaft zu sehen o 79% der Befragten wollen sich impfen lassen o Social Media sind aber nicht repräsentativ für Deutschland • Thema Umgang mit pos. Schnelltest-Ergebnissen o 85% der befragten würden sich sofort isolieren nach positiven Selbsttest o Großteil würde sich auch durch PCR-Test bestätigen lassen	BZgA

	o 75% würden ihr Umfeld informieren o Einen 2. Schnelltest danach würden nur 50% durchführen o Generell ist dies ein Erfolg in der kurzen Zeit, in der Schnelltests verfügbar sind o Serielle Befragungen wäre sinnvoll, da Compliance nach mehreren falsch positiven Ergebnissen eventuell sinkt • Diskussion o Werden diese Umfrageergebnisse durch BZgA verbreitet? Wäre sinnvoll, wenn diese Erfolge zur Verstärkung der Motivation genutzt würden, BZgA bespricht dies intern o Im letzten epidemiologischen Update der WHO wurde zur Kommunikation der Einbezug der Bevölkerung mit eingängigem Plakat/Infografiken geschildert – ist dies auch Teil der BZgA-Kommunikationsstrategie, z.B. Communication Scouts für wichtige Botschaften? o BZgA plant Bevölkerungsbeteiligung an Informationsaktivitäten zu Impfstoffen: Erklärclips zu Wirksamkeit mit Personen, die Statements abgeben nach ihrer Impfung, Format und Story stehen noch nicht fest, aber Bevölkerungsbeteiligung ist im Konzept beinhaltet o Dieses Wochenende Kampagne mit BMG zur Sicherheit testen in regionalen Tageszeitungen national **Presse** • Info von EpiBull Redaktion: nächste Woche online vorab Artikel zur Phaseneinteilung der Pandemie, inklusive epidemiologischer Parameter	Presse
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers** • RKI-Empfehlungen werden als (zu) wenig streng betrachtet, oft wird lokal weit darüber hinaus gegangen • Beispiel Düsseldorf: schon nach 5 Minuten Kontakt zu KP I, 28 Tage Quarantäne • Evidenz hierzu fehlt, aber anekdotische Evidenz bzgl. neuer Variante wird zu Hauf berichtet, es besteht große Sorge über die steigenden Fallzahlen • KoNa-Papier soll jetzt nicht geändert werden, noch fehlt Evidenz, dies jedoch zur Kenntnis für den Krisenstab • Wird in die Überlegungen mit aufgenommen, es besteht generell der Auftrag, alle Dokumente hinsichtlich der neuen Variante zu überarbeiten **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG38
7	**Dokumente**	

	• Bitte alle Dokumente hinsichtlich B.1.1.7 überprüfen, VOC sollte als Standard gesehen werden, nächste Woche **ControlCOVID** • Dokument soll heute modifiziert und anschließend die verbesserte Fassung getweetet werden um die RKI-Haltung zu möglichen Lockerungen vor der GMK am Montag zu vermitteln *ToDo: Abt. 3* [redacted] *und Presse to follow-up*	Alle VPräs

8	**Update Impfung (nur freitags)**
	AstraZeneca
	• Viel Aufregung generell
	• Gestern STIKO Sitzung zu Empfehlung zum neu zugelassenen Johnson & Johnson Impfstoff, zusätzliche Themen AstraZeneca und EMA Sitzung
	• Aktueller Stand
	  o Jetzt 12 Fälle mit Sinusvenenthrombose: alle 12 Frauen nach Impfung mit AstraZeneca, alle <55 Jahre, auffälliges Cluster
	  o PEI hat Hintergrundinzidenzen aus Holland genutzt, RKI in Kontakt mit Krankenkassen-Konsortium um deren Daten hinsichtlich Hintergrundinzidenz auszuwerten
	• EMA hat entschieden der Impfstoff ist sicher
	• Aufträge EMA und STIKO verschieden
	• STIKO entscheidet über beste Einsetzung von Impfstoffen und überlegt, ob bei diesem Signal gewisse Personengruppen lieber mRNA Impfstoff geimpft werden sollten, dies ist jedoch kommunikativ und bzgl. Akzeptanz schwierig, dennoch intern intensive Diskussion
	• Einige Länder in Europa haben anders entschieden, z.B. setzt Norwegen Impfprogramm mit AstraZeneca aus bis auf weiteres, auch abhängig von Fallzahlen
	• Heute erfolgt Veröffentlichung der STIKO-Empfehlung/ Stellungnahme, AstraZeneca weiter wie bisher anzuwenden jedoch unter genauer Beobachtung, Meldeverzug ist zu erwarten
	• Ein Aufklärungsmerkblatt wurde gestern Abend noch angepasst und ging kurz nach Mitternacht an die BL, wird heute eingesetzt
	• Hierzu sind FAQ in Vorbereitung mit MaiLab, außerdem soll ein Video in STIKO App integriert werden zur kommunikativen Begleitung
	• Diskussion
	  o Bei ECDC Call wurde Pathophysiologie besprochen, viele Fälle mit arteriellen Thrombosen in anderen Ländern (ggf. HIT II), Datenlage auf europäischer Ebene noch konfus da unterschiedliche Impfung, Altersbeschränkung und verschiedene Pharmakovigilanzsysteme und -Kapazitäten, dadurch verschiedene Beobachtungen
	  o Generelle thromboembolische Beobachtung (Lungen- oder tiefe Beinvenenembolien) sind möglicherweise temporal
		FG33

zufällig, dies ist ggf. anders, wenn Details zum Spezifikum der Sinusvenenthrombose evaluiert werden
  - Die Brighton Collaboration erstellt Falldefinitionen, auch zu anderen Events
  - Alle Fälle zeigten eine Thrombozytopenie, deswegen wird ein autoimmungetriggertes Phänomen vermutet
  - Gibt es Berichte aus England zu unterschiedlichem Einsatz/Nebenwirkungen von AstraZeneca bei Frauen?
  - Bei älteren Frauen gibt es generell nicht diese Signale
  - Es wurde aus UK kein Signal gemeldet
  - Nach Gerüchten von ECDC und Norwegen hatte UK nicht viel Zeit, in Impfnebenwirkungen-Monitoring zu investieren
  - Auch in Deutschland schwierig: PEI hatte am Montag 1.600 Meldungen, die individuell abgearbeitet werden müssen, dies liegt möglicherweise an der erhöhten Awareness,
  - PEI/Pharmakovigilanzstellen kommen nicht gut hinterher

Impfstoffverfügbarkeit

- Zu Johnson & Johnson werden Neuigkeiten erwartet, auch um Empfehlungen zu geben, dazu enger Kontakt mit BMG, Gerüchte: Mitte April - Mitte Mai
- Eine Sputnik Kaufoption oder ob eine Produktionsstätte in Deutschland besteht ist FG33 nicht bekannt
- Impfstoffverfügbarkeit: eigentlich ist ausreichend Impfstoff geplant, bis Ende des Jahres 300 Mio. Dosen, wenn diese wie abgemacht geliefert werden
- Bei ausreichend Impfstoff stehen Überlegungen zu Booster-Impfungen an
- Probleme mit der Verfügbarkeit werden für die nächsten 6-8 Wochen gesehen, danach voraussichtlich eher das Problem, die großen Impfmengen umzusetzen
- CureVac und Not-/Schnellzulassung (von Lauterbach in Bundespressekonferenz erwähnt): ggf. weiß er mehr als andere, CureVac ist im rolling Review der EMA seit Ende Februar, nach Gerüchten wird Zulassung im späten Q2 erwartet, Vorbestellung von ein paar Mio. für Q2, 50-60 Mio. bis Jahresende

Quarantäne von Geimpften

- Empfehlungen mit FG36 und FG37 abgestimmt, wegen AstraZeneca noch alles nicht eingearbeitet
- Quarantäne von vollständig Geimpften im Gesundheitsbereich kam auf und wurde intensiv von den Ländern besprochen, Pros:
  1. Arbeitskapazität aufrechterhalten in Kliniken
  2. Reduktion des Risikos Transmission, indem andere Kontrollmaßnahmen das Restrisiko auf akzeptables minimieren
  3. Impfakzeptanz steigern in der Gruppe HCW, die teilweise nur bedingt willig ist, sich impfen zu lassen
- Konstellation im Optionspapier: wenn Personalmangel von KP I Quarantäne abweichen, jedoch nicht bei VOC, wenn VOC-Anteil bei 70-80% liegt, muss dies umgangen werden

	• US CDC sagt HCW müssen, wenn geimpft, nicht mehr in Quarantäne, RKI würde sich dem anschließen • Nicht Geimpfte müssen immer in Quarantäne • US CDC macht Ausnahme bei Bewohner*innen von Altenheimen und Patient*innen die nur mit Geimpften zusammen sind, in Altenheim mit Geimpften und nicht Geimpften sollte mögliche KP I dennoch in Quarantäne (CDC Vorbild) • In wie weit ist dies logistisch in der Pflege und in Altenheimen möglich? Verkomplizierung/Umsetzbarkeit der Empfehlungen? • Außerdem Klagen, Nullrisiko, was wenn HCW Ausbrüche verursachen? • In Heimen ist Impfquote hoch und Übertragung ggf. blockiert, es geht fast keine Gefahr mehr vom Personal aus, MNS und Selbst-isolierung bei Symptomen bleiben zwingend, aber eben vielleicht keine Quarantäne mehr • Kontextempfehlung wird diskutiert, dann geht Vorschlag an BMG • Heute fertigzustellendes Dokument richtet sich nicht an Bewohner*innen von Heimen und Patient*innen in KKH, FG33 schickt es an VPräs, dann LZ und an Facherlassberichtspostfach des BMG • Nächste Woche weitere Überlegung zu Quarantäne von Geimpften bzgl. Alten-/Pflegeheime	

9	**Labordiagnostik**
	• Laufende KW 11: stabiler Probeneingang mit steigendem Trend
	• Analyse von Proben mit Entnahme in KW10 und KW11
	• Ergebnisse Proben KW 11 Entnahme:
	  o 134 Proben: Rhinoviren 30%, SARS-CoV-2 6%, NL63 saisonales Coronavirus 69%
	  o Genotypisierung PCR-positiver SARS-CoV-2 Proben aus KW10 und KW11:
	  ▪ 17 typisiert, 13 in KW10, 4 in KW11
	  ▪ Beide zsm., Nachweisquote von 88% variante
	  ▪ KW11 bei diesen 4 Proben 100%
	• Varianten: primär B.1.1.7, 3 Proben aus Sentinelsurveillance mit B.1.351, alle aus einer Praxis, wahrscheinlich eine Infektkette bestehend aus einer Familie
	
	• Zahlen für KW11: 711 Proben, 326 pos. (45,8%), viele zur Freitestung zu Isolations-/Quarantäneende (wird scheinbar teilweise auch verwechselt)
	• Sequenzuntersuchung auf B.1.1.7 läuft
	• Bericht aus ÖGD
	  o Entisolierung in verschiedenen GA verschieden gehandhabt
	  o GA Reinickendorf: KP von B.1.1.7 werden länger in Quarantäne geschickt, hier am Ende der 10d keine Freitestung mehr
	  o GA Tempelhof Schöneberg tut dies noch und hält Personen je nach Viruslast länger in Isolation
		FG17
		
		ZBS1

	o GA wünschen bei Entisolierung keine Differenzierung nach Virusvariante oder nicht, einfach 14d Grundsatz-Isolierung o Dies wird nächste Woche bei der Dokumentenüberarbeitung erneut intensiv angeschaut • IBBS Bericht aus Klinikbereich: nun fast schon ausschließlich britische Variante	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Kapazitätenmonitoring: nach Rückgang ist nun erneut ein Anstieg sichtbar, z.B. durch Schulausbrüche in SN wo KoNa nun nicht mehr schnell durchführbar ist • Ebenso gestern Bericht aus Frankfurt, dass die KoNa nach Flügen nicht mehr machbar ist	FG38
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** **Gruppe IGV-benannter Flughäfen GA** • Gestern Austausch, berichte von zunehmend angespannter Lage • Risiko-/Virusvariantengebiete werden als nicht sinnvoll erachtet, dies wurde auch hieraus ans BMG weitergegeben • Gruppe funktioniert sehr gut und plant eine Aufarbeitung der Reaktion, eine gemeinsame Publikation wurde im BGB veröffentlicht, gruppe	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** **Lagepostfach BMG Erlassbearbeitung** • Das BMG-Lagepostfach zur Erlassbearbeitung funktioniert noch nicht, das RKI-LZ wird weiterhin von allen Seiten angesteuert • In letzten Tagen viele Fragen zu den gleichen Themenkomplexen, Schnelltests, Verfügbarkeit Antigentests, sehr unkoordiniert, es ist schwer für das RKI, den Überblick zu bewahren, Risiko von Inkohärenzen • BMG-Funktionspostfach wird bei Antworten immer mit eingebunden, hoffentlich erfolgt die Kanalisierung zeitnah • Weitere Beobachtungsphase von 2 Wochen, danach ggf. Rückmeldung ans BMG nach, privaterlasse sind schwierig und RKI kann nicht gut überblick bewahren	FG38
15	**Wichtige Termine** • GMK am Montag	alle
16	**Andere Themen**	

	• VPräs: großes Lob von Lauterbach ans RKI! • Nächste Sitzung: Montag, 22.03.2021, 13:00 Uhr, via WebEx	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*22.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Entwicklung B.1.1.7 o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen**(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungsstudie **(Mittwoch)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Artikel zu Greiz, Email Hr. Wieler (Sa,17:34), https://www.tagesspiegel.de/politik/greiz-hat-550er-inzidenz-wegen-schnelltestoffensive-die-zahlen-werden-noch-weiter-steigen/27018598.html	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse P1 ([redacted]) [redacted]

6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers **b) RKI-intern**	Alle FG38
7	**Dokumente** •	Alle
8	**Update Impfen (diese Woche Freitag)**	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • [redacted]/Frankfurt(Flughafen) hat internat. Kommunikation am Sa. berichtet, dass es in Frankfurt keine Kapazitäten gibt, pos. getestete Personen unterzubringen (Hotels etc.).	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.03.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*22.03.2021, 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.667.225 (+7.709), davon 74.714 (+50) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 107/100.000 Einw. ▪ Fallzahlen steigen weiter o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.523.137 (9,0%), mit 2 Impfungen 3.345.235 (4,0%) o DIVI-Intensivregister: 3.056 Fälle in Behandlung (+100), aus intensivmed. Behandlung entlassen: 49 o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Leichte Anstiege in vielen BL ▪ Thüringen sticht heraus mit einer Inzidenz, die mehr als doppelt so hoch wie der Bundesdurchschnitt ist. ▪ Auch Sachsen liegt deutlich über der Gesamtinzidenz. o Vergleich 7-Tage-Inzidenz Bundesländer ▪ In Thüringen je nach LK sehr unterschiedlich ▪ Deutlicher Anstieg in Sachsen ▪ Rückgang in keinem der BL o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Weiterhin LK Greiz mit höchster 7-Tage Inzidenz, es gab Gespräche hierzu. ▪ Nur noch 41 LK mit Inzidenz < 50 o Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Anstieg in allen Altersgruppen, am höchsten bei 15-34 sowie bei 35-59 Jährigen. ▪ Besorgniserregend ist ein leichter Anstieg auch bei 60-79 Jährigen. o Infektionsumfeld bei Ausbrüchen und Einzelfällen ▪ Bei Ausbrüchen: privater Haushalt und Arbeitsplatz ▪ Bei Einzelfällen (nur 16% mit Angaben): Privater Haushalt und Arbeitsplatz dominieren als wahrscheinliches Infektionsumfeld. Ein Grund ist vermutlich, dass Infektionsketten hier leichter nachvollzogen werden können. o DIVI-Intensivregister ▪ Anstieg der COVID-19 Fälle auf Intensivstation, in BL nimmt Anteil freier Intensivbetten ab. • Haushalt ist relevanter Übertragungsort. Wäre statt einer häuslichen Isolierung eine institutionalisierte Isolierung wie in asiatischen Ländern sinnvoll? o Mit neuen Varianten sind deutlich höhere Übertragungs-raten innerhalb von Haushalten verbunden. o Allerdings erfolgen die Infektionen häufig sehr früh, deshalb wäre durch eine Isolierung außer Haus wenig zu gewinnen. o Wenn es die Möglichkeit einer Isolation in Hotelzimmern gäbe, würden das vermutlich viele in Anspruch nehmen.	FG32 ([redacted])

	o Schwierig, wenn Kinder betroffen sind. o Eine Verpflichtung würde auf wenig Akzeptanz treffen, Fälle melden sich dann evtl. nicht. o Deshalb sollte eine Isolierung außer Haus kein Zwang sondern ein Angebot sein. o Eine Analyse, wann die Ansteckung im Haushalt stattfindet, wäre sinnvoll. Zum Zeitpunkt der Identifizierung des 1.Falls haben die meisten Ansteckung im Haushalt bereits stattgefunden. o Warum jetzt? Neue Varianten sind ansteckender und gefährlicher. o Wird jetzt schon für Menschen in prekären Wohn-situationen empfohlen, jedoch von Gemeinden aus Kosten-gründen zumeist nicht umgesetzt. o Wurde den Ländern schon häufig nahegelegt. Angebote von Hotelvereinen, die Konzepte entwickelt haben, wurden weitergeleitet. o Auch für Personen in einem Haushalt mit vulnerablen Personen sinnvoll und als Angebot für alleinstehende Personen, um Versorgung sicherzustellen. o Wäre es auch sinnvoll, wenn 1 Person eines Haushalts KP1 ist, dieser eine Quarantäne außer Haus anzubieten? Angebot für Quarantäne außer Haus wurde geprüft, gibt keine gesetzliche Grundlage dafür. o Sollen Kinder, bei Symptomatik von Familienangehörigen, noch in die Schule gehen? o Kostenfrage, müssten die Kommunen und Gemeinden übernehmen. o Sollte als Möglichkeit nahegelegt werden, jedoch keine explizite Empfehlung: Quarantäne und Isolierung außerhäuslich, wenn Verhältnisse das zulassen; Gründe neue Varianten und verschärftes Infektionsgeschehen. *ToDo: Im Kontaktpersonenmanagementpapier werden Situationen definiert, in denen eine außerhäusliche Isolierung angeboten werden sollte mit Hinweis auf erhöhte Ansteckungsgefahr durch neue Varianten. FF [redacted], wird nochmal zirkuliert.*	
	• Corona-KiTa-Studie (Folien hier) o GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen ▪ Anstieg bei 0-5 Jährigen bei ARE-Raten, auch Anstieg bei 6-10 Jährigen o Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe ▪ Bei Inzidenzen Anstieg in allen Altersgruppen o Ausbrüche in Kindergärten/Horte ▪ Skala wurde angepasst, deutlicher Anstieg in letzten Wochen bei Kitas. *ToDo: In Situationsbericht Hinweis aufnehmen, dass sich Skalierung geändert hat.* o Anteil betreuter Kinder (DJI) ▪ Nutzung der Kitas ist in Woche 7-8 sprunghaft auf 75% angestiegen.	FG36 ([redacted])

	▪ Neue Varianten haben mit höherer Attack-Rate Oberhand gewonnen, gleichzeitig viel höhere Dichte der Kinder in Kitas. o Ausbrüche in Schulen ▪ Nachmeldungen in nächsten 2 Wochen müssen abgewartet werden, um beantworten zu können, ob sich der Anstieg der Ausbrüche fortsetzt oder ob die Maßnahmen die Ausbrüche eindämmen können. o Sollen Ausbrüche in Schulen schon mit in Situationsbericht aufgenommen oder noch abgewartet werden? Ja, da vermutlich Nachfragen hierzu kommen werden. o In Österreich sind Lehrer relational stärker betroffen als Schüler, gibt es ähnliche Hinweise hier? Etwa zur Hälfte sind Erwachsene betroffen. Es gibt kaum Unterschiede zwischen Kindern und Erwachsenen, schwierig zu identifizieren, durch wen der 1. Eintrag stattgefunden hat.	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Artikel zu Greiz, Email Hr. Wieler (Sa,17:34), https://www.tagesspiegel.de/politik/greiz-hat-550er-inzidenz-wegen-schnelltestoffensive-die-zahlen-werden-noch-weiter-steigen/27018598.html o Landrätin sagt von 935 getesteten Kontaktpersonen wurden 306 positiv getestet. Dies möchte Hr. Wieler gerne verifiziert haben, wurden alle Tests mit PCR bestätigt? o Noch hat kein Gespräch mit dem GA vor Ort oder der Landrätin stattgefunden. o Greiz ist seit Wochen Hotspot. Die Landrätin ist scheinbar nicht von Infektionsschutzmaßnahmen überzeugt. o Es gibt die Bitte vom [redacted], dass RKI Gespräch mit Landrätin aufnehmen soll. o Sollte es zu einem Gespräch kommen würde, sollte Hr. Schaade und [redacted] dabei sein, noch hat sie einem Gespräch nicht zugestimmt. o RKI solle sich erstmal selbst ein Bild machen, ob die Zahlen stimmen, ob alle asymptomatisch waren, ob es sich um Antigennachweise handelt und wie viele davon bestätigt wurden. Noch gibt es keine Rückmeldung vom Gesundheitsamt. o [redacted] ist mit Thüringen im Gespräch, dass fachliche Informationen vom GA benötigt werden. o Hr. Wieler wäre bereit am Telefonat teilzunehmen. o Wenn Landrätin keine Maßnahmen einleiten will, gibt es kaum Möglichkeiten von unserer Seite.	Alle
5	**Kommunikation**	

	BZgA • Nichts berichtet **Presse** • Infotermin mit Fr. Giffey und Hr. Spahn mit Team vor Ort in General-Papestr., kein offizieller Pressetermin **P1** • Austausch mit FG33, ob noch etwas zum AstraZeneca Impfstoff kommuniziert werden soll. • Welche Dunkelziffer wird aktuell geschätzt? o Schwierig zu sagen: 30-50%, Faktor 2 bis 3. o Es gibt einen Epid Bull Artikel dazu. Dunkelziffer ändert sich über die Zeit. o Bitte den Begriff Untererfassung statt Dunkelziffer verwenden. o Empfehlung [redacted] zu kontaktieren. Ihre Gruppe hat die Aufgabe bekommen, nationale und internationale Daten fortlaufend zu screenen. o Warum wird angenommen, dass Untererfassung ansteigt und nicht dank Testoffensive kleiner wird? o Untererfassung ist je nach Altersgruppe sehr unterschiedlich, bei Älteren geringere, bei Jüngeren größer. o Wie hoch ist der Anteil asymptomatischer Fälle? Symptomatisch und schwer erkrankten Fälle werden zu einem wesentlich höheren Anteil erfasst. Asymptomatische Fälle machen den größten Teil der Untererfassung aus. o Ansatz einer Schätzung über syndromische Surveillance o Bisherige Schätzung mit Faktor 3 sehr konservativ, Verstärkung der Testfrequenz, aber massive Entwicklung der neuen Varianten.	BZgA ([redacted]) Presse ([redacted]) P1 ([redacted])
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Vorschlag aus den Bundesländern zur Verschärfung des Kontaktpersonen-Management-Papiers o Hohe Attak-Rate auch unter Kontaktpersonen der Kategorie 2; Rückmeldung von BL, dass RKI Empfehlungen nicht massiv genug sind. o Frage, was wird konkret an Verschärfung benötigt? Großzügige Benennung von KP 1, Verkürzung der Dauer der Aerosolexposition? o GA können veranlassen, dass Kontaktpersonen direkt nach Kontakt getestet werden, Kontaktpersonen sollen Kontakte selbstständig informieren. o Für eine Aufheben der Differenzierung zwischen KP 1 und 2 gibt es keine Evidenz. o Wenn unter KP 2 Fälle gefunden werden, sollen GA ermuntert werden, Fallberichte zu schreiben. Auch bei Ausbruchsuntersuchungen werden unter Kontaktpersonen der Kategorie 2 Fälle gefunden. o Welche Veränderungen bei Public Health Maßnahmen sind möglich? In welche Richtung wollen wir etwas verstärken?	FG38 ([redacted])/ Alle

	Kontakte und Erkrankte in Hotels unterbringen? Umgang mit Kontaktpersonen? Wieviel Übertragung gibt es tatsächlich? o Man könnte das Prinzip umdrehen und alle, die sich in einem Raum aufgehalten haben, als KP definieren, außer alle haben MNS getragen. Dann steigt die Anzahl der Kontakte stark an und kann von den GA nicht nachverfolgt werden. o Grundsatzentscheidung: Verschärfung der Papiere in Anbetracht der VOC oder nicht? Kann damit etwas erreicht werden? Verschärfung der Maßnahmen im Public Health Bereich, die die Gesamtbevölkerung nicht so stark betreffen, wie Lockdown Maßnahmen. o Sorge, dass bei Verschärfung von Maßnahmen die Akzeptanz in der Bevölkerung und die Compliance abnimmt. o Botschaft, dass man krank zuhause bleiben soll und dass private Kontakte mit vielen Menschen aus verschiedenen Haushalten zur Erhöhung der Fallzahlen führen, wird in Öffentlichkeit nicht ausreichend kommuniziert. o [redacted] möchte unterstützen und wird sich mit [redacted] in Verbindung setzen, um die Botschaften zu Ostern nochmal breiter zu fassen. o BZgA: zur Ferien-/Osterzeit wird Botschaft zuhause zu bleiben, Reisen zu vermeiden, Kontakte zu reduzieren nochmal kommuniziert. BZgA kommuniziert in Dauerschleife die AHA Regeln. Große bundesweite Kampagnen und Fernsehspots werden vom BMG gesteuert. o Wer berät BMG? BZgA ist in Gremien vertreten. o Ein Gesamtpaket des Verhaltens sollte nicht nur in sozialen Medien kommuniziert werden. o Alle Maßnahmen und Papiere, die von VOC betroffen sind, sollen als Block am Freitag diskutiert werden. Ziel: soweit wie möglich verschärfen ohne Praktikabilität zu gefährden o Soll direkt nach internationaler und nationaler Lage besprochen werden. Die anderen Tagesordnungspunkte werden nur besprochen, wenn noch Zeit ist. *ToDo: Jeder schaut sich seine Papiere an und macht Vorschläge.* **b) RKI-intern**	
7	**Dokumente** • Dokument zu Hygienemaßnahmen im Gesundheitswesen wurde überarbeitet. o Können die Änderungen so verabschiedet werden? Keine weiteren Anmerkungen, wurde bereits zirkuliert. • Vorschlag an dieser Stelle immer auch Publikationen zu erwähnen, an denen gearbeitet wird. o Ungern, da die Tagesordnung immer sehr voll ist, stattdessen über Verteiler zirkulieren.	FG14 ([redacted]) [redacted] Schaade
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik**
	• ZBS1
	  o In der KW 11 gingen 996 Proben ein, davon waren 458 (45,9%) positiv auf SARS-CoV-2. Tendenz für VOC weiterhin steigend.
	
	• Virologische Surveillance
	  o Ergebnisse Proben KW 11:
	  510 Proben: Rhinoviren 27%, SARS-CoV-2 5%, saisonales Coronavirus (vor allem NL63) 8%
	
	  o Teststrategie ist finalisiert und liegt beim Minister: Integration der Testung in Schulen und betrieblichem Kontext, in Schulen je nach Vorgaben des jeweiligen Kultusministeriums; Finanzierung ist gesichert.
	ToDo: Soll nach Freigabe auf Internetseite gestellt werden.
	  o Pilotprojekt Perspektive Kultur: Praktikabilität einer ergänzenden Testung in Zusammenhang mit Kulturveranstaltungen.
	  o Diagnostik intern: eine Ergänzung zum Epid Bull Beitrag wird erarbeitet.
		ZBS1
		([redacted])
		
		FG17
		([redacted])
		
		[redacted]

10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Start mit Beratungsnetzwerk in 2. Runde, Themen: Diagnostik, Therapie und intensivmedizinische Versorgung o Wird breit beworben • Monoklonale Antikörper bei immunsupprimierten Patienten wird diskutiert, soll diese Woche abgeschlossen werden. • Strategische Patientenverlegung wurde von Tschechien zurückgenommen.	IBBS ([redacted])

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**
	• [redacted]/Frankfurt (Flughafen) hat internat. Kommunikation am Sa. berichtet, dass es in Frankfurt keine Kapazitäten gibt, pos. getestete Personen unterzubringen (Hotels etc.).
	  o Warum? Vermutlich finanzielle Gründe.
	  o Kommen mit Kontaktpersonennachverfolgung nicht mehr hinterher
		Alle

12	**Surveillance** • Modell mit Prognosen zur Impfung und zur Entwicklung der Varianten wurde von [redacted] an den Minister weitergegeben. • Sinusvenenthrombose: Warum werden Autoantikörper gebildet, liegt es am Spike-Protein oder am Vektor? Tritt das auch bei natürlichen Infektionen auf? Und auch bei anderen Vakzinen und wurde das bisher nicht beobachtet, da in erster Linie Ältere geimpft wurden? Gibt es Daten dazu?	FG33 Wieler

	o Abschließende Aussagen können noch nicht getroffen werden. Ein gewisses zusätzliches Risiko gibt es wohl, ursächliche Zusammenhänge sind noch nicht geklärt. o [redacted] ist mit Gruppe in Greifswald in Kontakt. o STIKO beschäftigt sich in Untergruppe mit diesem Thema, steht am Donnerstag bei STIKO-Beratung wieder auf Agenda. o Hintergrundinzidenz aus den Niederlanden: Tritt am häufigsten bei Frauen zwischen 30-50 Jahre auf, Kofaktoren Pille, Schwangerschaft. o Für Deutschland wird Hintergrundinzidenz zurzeit berechnet. o Häufigkeit der Thrombosen ist im letzten Jahr eher zurückgegangen, da Thrombosen durch Infektionen getriggert werden. o Wie ist die Inzidenz bei COVID-Erkrankungen? *ToDo: Analyse der Thromboseinzidenz mit LEOSS Daten, FF* [redacted] o Kein direkter Zugang zu LEOSS-Daten, zum Teil schwierig Auskunft zu bekommen.	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 24.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*05.02.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen **(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungen **(nur mittwochs)** o aktuellen Stand der COALA-Studie (Modul der Corona-Kita-Studie)	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4 FG27/[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (diese Woche Mittwoch)** • Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA)	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein**	Alle

	• **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** • Überarbeitete Definition zu Reinfektionen • Infobrief Genomsequenzierung	Alle FG32/36 FG32
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG36/[redacted] FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 08.02.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.03.2021, 11:00-12:52 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 27
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - ?
- FG 34
  - [redacted]
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF 4
  - [redacted]
- P 1
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- P 4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** o Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.690.523 (+15.813), davon 75.212 (+248) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 108/100.000 EW, deutlicher Anstieg zur Vorwoche o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 7.937.540 (9,5%), mit 2 Impfungen 3.516.986 (4,2%) o DIVI-Intensivregister: 3.171 Fälle in Behandlung (+26) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg sichtbar, 7-Tage-Inzidenz in TH und SN weiterhin oberhalb des Bundesdurchschnitts, ansteigender Trend hält wahrscheinlich an trotz „Knick“ (Nachmeldungen werden erwartet) o Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach LK / Trends: ▪ 1 Fall mit 7-Tage-Inzidenz > 500: LK Greiz; in Nachbarskreisen ebenfalls hohe Inzidenz ▪ Zunehmender Trend in vielen Kreisen in fast allen BL, z.T. mit Vervierfachung (aber bei niedrigen Fallzahlen), wenige LK mit Rückgang, insgesamt heterogenes Bild o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe und MW ▪ Heatmap zeigt Anstieg in allen Altersgruppen, auch bei den Hochaltrigen o Anteil der Verstorbenen und Hospitalisierten ▪ Anteil der Verstorbenen und der Hospitalisierten sinkt weiter ▪ Im grauen Balken noch Nachmeldungen zu erwarten o Hospitalisierte Fälle nach Altersgruppen ▪ Trend: weiter rückläufig in vielen Altersgruppen (+80 Jahre, 60-79 Jahre, 35-59 Jahre), ansonsten gleichbleibend niedrig o Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Trend abnehmend *ToDo*: Die am Montag berichteten Zahlen zu Ausbrüchen in Kitas und Schulen sind noch nicht in den Lagebericht aufgenommen worden; Presseanfragen mehren sich; eine Darstellung soll in den heutigen Lagebericht aufgenommen werden. *ToDo*: FG32 erstellt neue Grafik der hospitalisierten COVD-19 Fälle nach Altersgruppen (auf 100%).	FG32 ([redacted])
	o **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl PCR-Tests leicht gestiegen (KW11: 1,35 Mio), Zunahme um ca. 6% zur Vorwoche ▪ Positivenanteil ist auch gestiegen (KW11: 7,9 %)	Abt. 3 ([redacted])

	▪ Anzahl der übermittelten Labore hat um 6% abgenommen im Vergleich zur Vorwoche o Auslastung der Kapazitäten ▪ Unverändert, weiterhin PCR-Kapazitäten vorhanden o Probenrückstau ▪ kein signifikanter Probenrückstau ▪ massive Lieferschwierigkeiten bei Pipettenspitzen am RKI o Testzahlerfassung-VOC ▪ Steigende Anzahl an beteiligten Laboren ▪ KW11: > 60.000 PCR-Tests auf VOC durchgeführt, davon mit Hinweis auf VOC: 72,3% (B.1.1.7: 71,3 %, B.1.352: 1 %, P1 nur sporadisch nachweisbar) o AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ ▪ 354 Einrichtungen beteiligt ▪ seit KW49, 2020 insgesamt 428.063 Testungen erfasst, davon positiv: 854 (0,2 %), davon 717 (84%) in PCR gegangen, davon PCR-bestätigt: 377 (52,6%), insg. 0,1% Positivenrate, viele POCT nicht auswertbar (mehr als Positive!) o Viele verschiedene Tests in Nutzung erschweren die Auswertbarkeit, nicht alle sind auf der BfArM-Liste, einige wurden als unzureichend bewertet.	
	Testungen und Positivenanteile in ARS (Folien hier) o Insgesamt nimmt die Anzahl der Testungen pro Woche zu. o Der Positivenanteil nimmt in den BL leicht zu, auch in TH (dort bei einer relativ geringen Anzahl an Tests). o Anzahl der Testungen pro 100.000 nach Altersgruppe und KW: Kinder 0-4 und 5-14 werden deutlich mehr getestet, bei den Hochaltrigen wird weniger getestet, die Anzahl der Testungen pro 100.000 in den mittleren Altersgruppen zeigt kleine Veränderungen zur Vorwoche (z.B. leichter Anstieg bei der Gruppe der 15-34-Jährigen). o Positivenanteil nach Altersgruppe und KW: Der Positivenanteil bei den 0-4-Jährigen sinkt auf ca. 5%, bei den älteren Kindern ist ebenfalls ein Rückgang zu beobachten. Bei den 15-34-, 35-59- und 60-79-Jährigen steigt der Positivenanteil. o Die Anzahl der positiven Testungen pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und KW steigt in allen Altersgruppen mit Ausnahme der >80-Jährigen. o Die Anzahl der Testungen sowie der Positivenanteil steigen in Arztpraxen an, während die Testzahl im Krankenhaus stabil bleibt und der dortige Positivenanteil sinkt. Bei der Auswertung dieser Daten nach Altersgruppe zeigt sich, dass zunehmend Kinder in den Praxen getestet werden. o Der Anteil an B.1.1.7 Nachweisen liegt bei ca. 50%, der in allen Altersgruppen sichtbare Knick liegt ggf. an den geringeren Einsendungen in der letzten KW. o Ausbrüche in Altenheimen finden weiterhin statt, aber auf geringerem Niveau, Nachmeldungen spielen eine Rolle. o Ausbrüche in KH nehmen noch weiter ab.	FG 37 ([redacted])

	o Diskussion: Schnelltests werden primär bei älteren Kindern gemacht, jüngere Kinder werden eher in Arztpraxen per PCR getestet (Zunahme der Anzahl der Testungen, aber Positivenanteil gleichbleibend). Ergebnisse aus Ausbruchsuntersuchungen in Kitas (z.B. LK Bergstraße) zeigen höhere Attackrates bei Ausbrüchen mit B.1.1.7. Insgesamt schwierige Gemengelage aus Screening-Maßnahmen, „Freitestungen“, Bestätigungstests etc. ,die schwierig im Einzelnen zu bewerten ist.	
	o **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ ARE-Raten im Vergleich zur Vorwoche gleich geblieben, aber bei 0-4- und bei 5-14-Jährigen gehen die ARE-Raten hoch, während die ab 60-jährigen weniger ARE gemeldet haben. ▪ Werte liegen nach wie vor deutlich unter denen der Vorsaisons (seit 36. KW). o ARE-Konsultationen bis KW11 ▪ Konsultationsinzidenz steigt an. In KW11 ca. 615.000 ARE-Arztbesuche in DEU (Vorwoche: 516.000), unterhalb des Vorjahresniveaus, TH stark betroffen, aber in fast allen Regionen Anstiege zu sehen, BE/BB/SL/RP/HH/SH eher Ausnahme mit gleichbleibendem Niveau, in keiner Region wird ein Rückgang beobachtet. o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI-Fallzahlen sind insgesamt wieder gestiegen. Weiterer Rückgang in Altersgruppe 80 +, aber Altersgruppen 0-4, 15-34, 35-59, 60-79 steigen z.T. stark an. Dabei sind Altersgruppen 15-34 und 35-59 wieder auf erhöhtem Niveau, alle anderen Altersgruppen noch unter dem Niveau der Vorjahre. ▪ COVID-SARI-Fallzahlen: in den Altersgruppen 60-79 und 35-59 wird möglicherweise ein ansteigender Trend beobachtet. ▪ Anteil der COVID-SARI-Fälle an SARI-Fällen pendelt weiterhin um 50% o Diskussion: Die Zunahme der ARE insgesamt kann ggf. interpretiert werden als Ausdruck von non-Compliance bzw. der Zunahme der übertragungsfähigen Kontakte für alle Atemwegserreger.	FG 36 ([redacted])
	o **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (mittwochs)** (Folien hier) o Probeneingang und SARS-CoV-2-Nachweise: in KW11 bisher höchster Probeneingang 2021 (n=257); Anteil SARS-CoV-2-positiver Proben 6,2 %, Anstieg ist erkennbar. o Viruszirkulation: Anteil Rhinoviren deutlich zunehmend, Lockerungszeitraum: Rhinoviren scheinen Treiber des Infektionsgeschehen zu sein, aber auch SARS-CoV-2 Nachweise sind leicht angestiegen, in KW10 erstmals	FG 17 ([redacted])

	Nachweis von RSV, auch ein Anstieg von NL63 ist zu beobachten. o Probeneingang nach Altersgruppen in den letzten 4 Wochen: weiterhin viele Proben aus der Altersgruppe der 0-4-Jährigen (Zeitraum: KW8-11), dort in KW11 > 40 % Rhinoviren, v.a. 0-1-jährige betroffen, bei 5-15-jährigen auch Anstieg der Rhinoviren-Aktivität (in KW 11 >35% Anteil). o Saisonale Coronaviren, insb. NL63, verzeichnen starken Anstieg. Im Vergleich zu SARS-CoV-2 sind jüngere Altersgruppen bei NL63 stärker vertreten, bei SARS-CoV-2 eher höhere Altersgruppen. Im Vergleich zur Vorwoche kaum Unterschiede bei 0-4-Jährigen bei NL63 und SARS-CoV-2, bei 5-15-Jährigen Rückgang bei beiden Erregern zur Vorwoche, Anstieg bei den 16-60-Jährigen bei beiden Erregern. o UK Variante ist die stärkste Variante im Sentinel (>80%). o <u>Diskussion:</u> Die Daten zeigen eine Übereinstimmung zwischen ARE-Surveillance und Gesamtpositivraten; die Zunahme von ARE wird von den jüngeren zu höheren Altersgruppen weitergetragen. Doppelinfektionen zwischen SARS-CoV-2 und Rhinoviren sind möglich, die Doppelinfektion Rhinoviren und saisonale Coronaviren ist häufiger. Unklar ist, inwiefern solche Doppelinfektionen zu einer stärkeren Übertragung beitragen und ggf. die Ausscheidung über entzündete Schleimhaut verstärken.	
	o **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) o 3.192 COVID-19-ITS-Patienten (Stand: 24.03.2021), steiler Anstieg in den meisten BL, auch 12 Kinder auf IST, +334 Personen ggü. Vorwoche o Anteil nicht-invasiv beatmeter Personen nimmt zu (jüngere Patientengruppe?). o Anteil der COVID-19 Patienten liegt in 6 BL über 15%, TH über 20%, nur HH hat sich verbessert (Rückgang) o Anteil der COVID-19 Patienten an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: HB verzeichnet einen starken Anstieg, HH und SH abfallend; BE und BB hält sich auf Plateau; Anstiege auch in TH und SN. o ITS Verfügbarkeit und Belastung: Die Verfügbarkeit für High-Care und ECMO nimmt ab, es wird wieder vermehrt ein Personalmangel berichtet. o Hinsichtlich der im Rahmen von SPoCK entwickelten Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen zeigt sich ein ansteigender Trend, besonders im Osten und Südwesten, insgesamt bei Darstellung nach BL aber heterogenes Bild. o <u>Diskussion:</u> Es wird gefragt, warum man nicht zuerst einen Anstieg bei Hospitalisierungsraten vor Intensivbelegung erwarten würde. Es wird angemerkt, dass Hospitalisierungsberichte der aktuellen Lage hinterherhinken, aber auch das unterschiedliche Referenzdatum muss hier berücksichtigt werden. FG 32	[redacted] / MF4

	wird eine Darstellung nach Hospitalisierungsdatum aufbereiten.	
	COALA-Studie (Folien hier) • Im Rahmen der COALA-Studie werden bei Kita-Ausbrüchen Fälle und Kontaktpersonen in Kitas und den zugehörigen Familien an Tag 5 nach Bekanntwerden des Indexfalls untersucht und eine Selbstbeprobung in den Familien über 14 Tage ermöglicht. • In einigen untersuchten Ausbrüchen wurde eine B.1.1.7 Mutation nachgewiesen. • Es wird eine hohe Teilnahmebereitschaft der Familien konstatiert; dadurch entsteht eine große Stichprobe, auch wenn im Verlauf ggf. Mitglieder der Familie nicht als KP1 klassifiziert werden können. • Mund-Nase-Abstriche, Speichelproben als auch Kapillarblutentnahmen haben sich bewährt und werden gut akzeptiert. Speichelproben funktionieren bei <1-jährigen Kindern nicht. • Die Selbst-Testung läuft gut (Abstrichmaterial wird den Familien überlassen, dabei soll alle 4 Tage eine Selbstprobung erfolgen, die Probe soll innerhalb von 24 Stunden versandt werden), Rücklauf über 90%, bei den Speichelproben ist der Rücklauf etwas niedriger. • Die Selbstbeprobungen machen die Viruslast sichtbar; die Viruslast ist bei Kindern nicht so lange nachweisbar wie bei Erwachsenen. ¼ der positiven Fälle wird erst im Rahmen der Selbstbeprobung identifiziert. • Bisherige Ergebnisse legen geringere sekundäre Attackrates, wenn der Indexfall ein Kind ist, nahe als wenn der Indexfall zum Personal gehört. Die Variabilität zwischen verschiedenen Kitas ist hoch. • <u>Diskussion:</u> Die Thematik der Selbstbeprobung und Entnahmemethoden wurde bei den Seuchenreferent*innen diskutiert. Eine mögliche Änderung der Empfehlungen im Diagnostikpapier müsste differenziert betrachtet werden: die Schnaub-Nase-Abstrich-Technik etabliert sich zunehmend als Standard für Antigen-Tests, Speichelproben sind nur im Zusammenhang mit PCR-Tests sinnvoll.	FG 27 ([redacted])
	Modellierung: Modus-Covid-Projekt (Folien noch ausstehend) • Link: https://covid-sim.info/ • Es handelt sich um ein agentenbasiertes Modell für Berlin, bei dem Individuen („Teilchen“) in synthetischer Population auf Basis eines Verkehrsmodells modelliert werden. Modell ähnelt von der Struktur her dem Modell von [redacted] und Kollegen. • Transmissionswahrscheinlichkeiten werden unterschieden; das Modell ist detailreich und modular strukturiert; es erlaubt regelmäßige Prognosen, z.B. zur Wirkung von Testangeboten. Weiterer Ausbau des Modells ist möglich. • Modell erlaubt Aussagen über Nutzen von Schnelltests in verschiedenen Kontexten und bestätigt Ergebnisse anderer	[redacted]

	Studien und Modelle. Zentrale (konservative) Annahme ist, dass die Schnelltests 70% der tatsächlich ansteckenden Personen als positiv identifizieren und dass diejenigen, die der Schnelltests als positiv ausweist, sofort PCR-nachgetestet werden und in Absonderung gehen. • Aus den Daten kann man u.a. die Zusammensetzung des R-Werts ablesen, v.a. ungeschützte Kontakte im eigenen Haushalt und gegenseitige private Besuche sind relevant.	
2	**Internationales (nur freitags)** o Nicht besprochen	

3	**Update digitale Projekte (diese Woche mittwochs)**
	o Uploadfunktion für Testergebnisse bei der Digitalen Einreiseanmeldung (DEA) (Folien hier)
	  o DEA stellt ein gutes Beispiel für abteilungsübergreifende Zusammenarbeit dar. Die Webseite ist seit 08.11.2020 online und das RKI ist seit 01.01.2020 Herausgeber.
	  o Einreise aus Risikogebieten erfordert neben der DEA auch Nachweis eines negativen Testergebnisses. Bisher mussten Gesundheitsämter dieses Testergebnis von den Reisenden separat (z.B. per Email) einfordern. Uploadmöglichkeit innerhalb der DEA ermöglicht Verknüpfung mit Einreiseanmeldung, dabei können über einen PIN-Code im Nachgang oder zeitgleich max. 2 Testergebnisse (als Bilddatei) hochgeladen werden. Die Gesundheitsämter können sehen, wer Upload vorgenommen hat.
	  o Vorteile:
	  o Arbeitserleichterung für GÄ
	  o Weniger Aufwand für Reisende (kein zusätzlicher Kontakt notwendig)
	  o Voraussichtlicher Start der Uploadfunktion im April.
	  o Häufig wechselnde rechtliche Anforderungen können nur mit Zeitverzug in der DEA abgebildet werden. Aktuelle Regelungen zu Testnachweisen und Absonderung nach Einreise hängen von vorherigen Aufenthaltsorten (Risikogebiet, Virusvarianten-Gebiete, Hochinzidenzgebiete) auf Grundlage der Musterquarantäne-Verordnung, der Corona-Einreise-Verordnung bzw. der Länderbestimmungen ab.
	o Bei der Pressestelle sind Beschwerden eingegangen, dass die im DEA Impressum genannte Telefonnummer der Zentrale nicht auskunftsfähig sei. Es wird gebeten, ggf. eine andere Telefonnummer zu hinterlegen.
		[redacted]

4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **Presse** o Angesichts vieler in dieser Woche geplanten Online-Veröffentlichungen und der regulären Ausgabe ist die Arbeitsbelastung der EpiBull Redaktion sehr hoch. Es wird gebeten, bei kurzfristig gewünschten Veröffentlichungen eine	Pressestelle

	anderweitige Veröffentlichung, z.B. auf der Webseite oder im Lagebericht, in Betracht zu ziehen.	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** Nicht besprochen	
7	**Dokumente** o Definition Reinfektion (hier) ist finalisiert. Diese kann sowohl als Infobrief an die Gesundheitsämter als auch auf der Webseite unter „Falldefinition“ veröffentlicht werden; letzteres ist angesichts des öffentlichen Interesses an der Thematik sinnvoll. Grundsätzlich sollte ein Hinweis zur Zielgruppe / zum Zweck des Dokuments (Erfassung im Meldewesen, nicht für klinische Betrachtungen gedacht) vorweg gestellt werden. o Im Infobrief bzgl. Genomsequenzierung wird das Kriterium für die Gesundheitsämter, dass es sich um einen Verdacht auf B.1.1.7 handelt, nach erfolgter Diskussion in FG32 und FG 36 herausgenommen; ein Verweis auf die integrierte molekulare Surveillance wird beibehalten. Der überarbeitete Entwurf soll, sobald finalisiert, der AG Diagnostik z.K. gesandt werden.	FG 32
8	**Update Impfen** o Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** o Im Rahmen der Probenaufbereitung für die IMS-Sequenzierung gehen über 100 Proben jede Woche ein, auch hier ist eine Zunahme von B.1.1.7 erkennbar.	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** o Entlassungsmanagement: Es wird zeitnah ein überarbeiteter Entwurf zirkuliert, der die vorherrschende Variante B.1.1.7 berücksichtigt (u.a. Verlängerung des Zeitraums auf 14 Tage).	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** o Nicht besprochen	
12	**Surveillance** o Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** o Nicht besprochen	

14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)**
	o Lagebericht
	  o Nach Wunsch des BMG, im Lagebericht etwas Positives zu berichten, wird ggf. ein Satz zum weniger starken Anstieg der Fallzahlen in den hohen Altersgruppen aufgenommen.
	  o Dank vieler Bemühungen kann am WE voraussichtlich erstmalig der Lagebericht weitgehend automatisiert erstellt werden. Durch die frühere Fertigstellung soll auf die Zahlen aus dem DIVI-Register nur per Link verwiesen werden.
		FG 34 / alle

	o Grundsätzlich wurde nochmals angeregt, ob nicht die Zusatzberichte alle gebündelt, d.h. ggf. einmal pro Woche, dargestellt werden könnten und nur automatisierte Kurzberichte täglich erscheinen sollten. Dieser Wunsch wurde bereits mehrfach an das RKI herangetragen. o Während der Osterfeiertage wird im Lagezentrum das WE-Dienstformat genutzt. Auch die Webmaster-Rufbereitschaft wird entsprechend angepasst. Gründonnerstag ist ein normaler Arbeitstag.	FG 38 / alle
15	**Wichtige Termine** o 26.03.2021 12:30: Prof. Nagel von der TU Berlin stellt Modell zur Dynamik der Virusausbreitung vor	Alle
16	**Andere Themen** o Nächste Sitzung: Freitag, 26.03.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*26.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen **(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungen **(nur mittwochs)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskussion aller Maßnahmen und Dokumente mit Bezug zu VOCs	alle
5	**Kommunikation** • P1: Verhaltenstregeln P1-2021-03-26-Pandemieetiquette.docx	BZgA Presse P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen**	Alle

	a) Allgemein • **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** • Kontakpersonenmanagement	FG 36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nur berichten, wenn noch Zeit ist	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nur berichten, wenn noch Zeit ist	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nur berichten, wenn noch Zeit ist	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 29.03.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.03.2021, 11-12:30 Uhr*
Sitzungsort:	RKI - Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1 Leitung
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- INIG
  - [redacted]
- ZIG4
  - [redacted] (Protokoll)
- BZGA

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International (Folien hier) -**Top 10 Länder nach Anzahl der COVID Fälle** (Brasilien, USA, Indien, Frankreich, Polen, Türkei, Italien, Deutschland, Ukraine, Russische Föderation) o In allen Ländern Anstieg der 7-Tage Inzidenz, außer Russische Föderation, wo Abnahme o Insgesamt +15,9% Fälle im Vergleich zur Vorwoche o Todesfälle unverändert bei 2,2% -7-Tages Inzidenz weltweit am höchsten in Amerika und Europa, teils >500/100.000 Einwohner -**Britische Variante B.1.1.7**: Fälle werden aus allen Kontinenten berichtet, deshalb werden zu B.1.1.7 keine Virusvariantengebiete mehr ausgewiesen. -**Afrikanische Variante B1.351**: Fälle werden gemeldet aus Afrika, Asien, Nordamerika, Europa; unter Beobachtung: Afrika -**Brasilianische Variante P1**: Virusvariantengebiete: Brasilien, Unter Beobachtung: ganz Südamerika, Italien -Kontinentenüberblick: in allen Kontinenten Anstieg der Todesfälle, außer Ozeanien Frage1: Wie ist die Synchronisierung der Virusvarianten über die Kontinente zu erklären? Antwort A: Aufgrund der erhöhten Übertragbarkeit breiten sich die Varianten rasch dominant aus. Frage 2: Was ist über neue Indische Variante (Doppelmutante) bekannt, bestätigt? Antwort: Noch keine genauen Informationen vorhanden (Weitergabe der Aussage von [redacted]) • National (Folien hier) o **Fallzahlen** 119/100.000/**Todesfälle**: kein Anstieg o **Impfung**: ca. 10% bekamen erste Impfung, 4% 2. Impfung o **7-Tage Inzidenz** stieg überall an, überdurchschnittlich in Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt, nur noch 24 Landkreise (LK) <50/100.000, 19 LK>250/100.000 o **Verteilung B1.1.7**: Überall Anstieg, in einigen LK fast 80% Anteil, vor allem im Süden	[redacted] [redacted]

	o **Importierte Fälle:** Polen, Rumänien und Türkei, jedoch sehr geringer Anteil am Geschehen o **Altersmedian COVID-19 Fälle** vor 2. Welle ca. 35 Jahre, Höhepunkt 2. Welle ca. 50 Jahre und aktuell 38 Jahre, Altersmedian der Intensivpatienten leicht rückläufig bei aktuell <70 Jahren, Altersmedian der Sterbefälle unverändert bei >80 Jahren o Sterbefälle unter dem Durchschnitt der letzten Jahre o Syndromische Surveillance (mittwochs) o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	
2	**Internationales (nur freitags)** • Rückkehr aus Usbekistan • Mission nach Montenegro in Planung • Zur Unterstützung von Genomsequenzierung geht vor Ostern ein erster Entwurf ans BMG • Anfrage Jemen (über WHO): Unterstützung durch Sequenzierung von 100 Proben in 3 Monaten; Anfrage muss geprüft werden; Anmerkung: Es gibt ein Agreement zwischen WHO und RKI zur Sequenzierung, daher Jemen-Anfrage wahrscheinlich möglich – Bitte an ZBS1 wenden • Proben aus Namibia zur Sequenzierung eingetroffen • Anmerkung: Es gibt eine Veranstaltung am 4. April zum Austausch über Schnelltests zur Schulöffnung mit Schottland. Bei Interesse bitte bei ZIG melden Frage: Wann können Impftermine für international tätige MA vergeben werden? Antwort: Montag soll Impfen losgehen (nur für Berechtigte), Anmerkung Herr Schaade: Bitte bis nach Montag zurückstellen, Grund wurde genannt	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht berichtet	Alle
5	**Kommunikation** • Keine Beiträge	

6	**Neues aus dem BMG** • Nicht berichtet	BMG
7	**Strategie Fragen nicht berichtet** **a) Allgemein** • Keine Beiträge **b) RKI-intern** • Keine Beiträge	Alle
8	**Dokumente** • **Überarbeitung Dokument Kontaktpersonenmanagement** Es wurde die Überarbeitung der folgenden vier Hauptpunkte diskutiert (Dokument hier) 1) Kontaktpersonen Kategorie 1 (KP2 streichen bzw. Definition stark einschränken) 2) Frage: Bezeichnung KP, statt KP1/KP2 Antwort: Nein, da Bezeichnungen nun geläufig 3) VOC: Keine gesonderte Regelung für B1.1.7, sondern nur für Impf-Escape Varianten? 4) Testung/Teststrategie: Vorschlag Teststrategie KP1: frühzeitige Testung (am Tag 1 der Ermittlung), Schnelltest möglich? Frage: Ausnahmen für Geimpfte? Antwort: BMG Entscheidung steht aus 5) Angebot einer Quarantäne außerhalb des eignen Haushalts? Papier wird gemäß Diskussion überarbeitet, zirkuliert und freigegeben • **Überarbeitung Entlasskriterien für Ärzte** (Dokument hier) 1) Änderung: 14 Tage Isolierung unabhängig von VOC& Schwere der Krankheit 2) Schlusstestung: PCR Nachweis nur in schweren Fällen 3) Bei nicht Verfügbarkeit der PCR kann Antigennachweis durchgeführt werde • **Pandemieetiquette**: Osterregeln (Dokument hier) Papier [redacted] wird nächste Woche Mittwoch besprochen	[redacted] und [redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht berichtet	FG33
10	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nur im Rahmen des Dokuments zum Entlassmanagement besprochen (siehe Abschnitt 8)	IBBS

12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • nicht besprochen	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine** Veranstaltung am 4. April zum Austausch über Schnelltests zur Schulöffnung mit Schottland. Bei Interesse bitte bei ZIG melden	Alle

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*29.03.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(nur freitags)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen **(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungen **(nur mittwochs)**	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung	Alle

	b) RKI-intern • Umgang mit Berliner Verordnung zu 2-maligen Testen/Woche aller Mitarbeitenden in allen Betrieben sowie zu Wechselschichten in Räumen mit Personal ohne Möglichkeit zum Home Office	
7	**Dokumente** • Kontakpersonenmanagement	FG 36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nur berichten, wenn noch Zeit ist	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Selbsttestung mit Videobeobachtung (z.B. vor Einreise)	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (diese Woche montags)** • Testung vor Einreise mir Flugzeug aus allen Ländern der Welt	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 31.03.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*29.03.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]

- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG/ INIG
  - [redacted]
- BZgA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International (nicht besprochen)
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National (Folien hier)
	  o Fallzahlen: 134/100.000 EW (+2000 Fälle im Vgl. zur Vorwoche)
	  o 11% mit 1. Impfung, 5% mit 2. Impfung
	  o Anstieg intensivmedizinischer Fälle
	  o 7d-Inzidenz der Bundesländer stieg überall an, insbesondere Sachsen und Thüringen, 16 LK<50/100.000 EW: in SH, Niedersachsen, RLP und im Saarland)
	  o 7d-Inzidenz nach Altersgruppen: am höchsten bei 10-60-Jährigen, insbesondere 15-30-Jährigen, in Ostdeutschland auch bei >80 (trotz Impfung leichter Anstieg)
	  o Fallfindung: Überwiegend keine Information, Kein Anstieg der Fallfindung durch Testung, d.h. vermehrte Testung nicht ursächlich für erhöhte Fallzahlen. In einzelnen Landkreisen könnte es eine Korrelation zwischen erhöhter Testrate und Fallzahlen geben, aber nicht für den gesamtdeutschen Durchschnitt.
	Frage1: Welche Art der Testung verbirgt sich hinter dem Parameter Testung/ Reihenuntersuchung (Folie Art der Fallfindung)?
	Antwort: Keine Unterscheidung zwischen initialer Testart, aber alle Fälle PCR-bestätigt
	Kommentar1: Bitte um separate Ausweisung von Antigentests
	Kommentar2: Es ist eine leichte Zunahme der Fallfindung durch KPN ersichtlich.
	Antwort: Variable KPN erst seit Woche 40, daher aufgrund des kleinen Datensatzes größere Schwankungen möglich.
	
	Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	• Inzidenz ARE bei den 0-5-Jährigen konstant, bei den 6-10-Jährigen gibt es einen Anstieg
	• Meldezahlen Covid-19 Fälle: deutlicher Anstieg in allen Altersgruppen
	• Ausbrüche in Kindergärten/Horte: 0-5 und 6-10-Jährige am stärksten betroffen, 100 Ausbrüche allein in der letzten KW. Auffällig LK Chemnitz mit 9 Kita-/Schulausbrüchen
		[redacted]
		
		[redacted]

	• Insgesamt ist ein Anstieg der Ausbrüche nach Schulöffnung zu beobachten Frage 1: Wann werden diese Daten veröffentlicht? Antwort: am Dienstag (30.03.21) Frage 2: Gibt es Hinweise, ob Kinder mit VOC schwerer erkranken? Antwort: Noch keine Hinweise	
2	**Internationales (nur freitags) nicht besprochen** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • **DEA:** Übermittlung der Testergebnisse soll ermöglicht werden, Release KW 16 mit Upload Funktion, um Pendler Regel zu erfüllen, Störung am Freitag (26.03.21) für 30-60 min, am 25.03.21 63.000 Anmeldungen über DEA (Durchschnitt 55.000), was ein Indiz für erhöhte Reisetätigkeit sein könnte Kommentar zu erhöhten Anmeldezahlen in der DEA: Zuvor war Anmeldung für Mitreisende möglich, jetzt eine Anmeldung pro Reisenden. Das könnte auch eine Erklärung für erhöhte Zahlen sein. Antwort (aus Publikum): Änderung schon seit einigen Wochen in Kraft und daher erhöhte Zahlen eher Indiz für erhöhte Reisetätigkeit • **CWA:** -Bis 31.03.21 muss Evaluation abgegeben werden, was sehr schwierig ist, da dafür nur Kennzahlen zur Verfügung stehen. -Upload von Testergebnissen soll ermöglicht werden, aber noch keine Einigung über Gültigkeit (24h, 48h, 7d). Frage [redacted]: Wie ist die RKI Position? Antwort/Kommentar: RKI Position bei 24h! -BMG fordert Event-Registrierung in CWA, dabei soll möglichst gleicher QR-Code genutzt werden wie LUCA-App - auch beim digitalen Impfpass sollen CWA und Luca-App kompatibel sein (gleicher QR code). Gespräche diesbezüglich zwischen SAP und IBM Kommentar nach Diskussion: Kompatibilität LUCA-CWA kaum möglich, da erstere zentrales Prinzip und letztere dezentral. Da es aber viele „Luca-Apps“ gibt, wird RKI keine Kritik anregen hinsichtlich Datenschutzes von zentral gespeicherten Daten. Frage1: Werden die fachlichen Grundlagen, z.B. Dauer der Validität von Schnelltests, falsch-positiv/falsch-negativ Raten fachlich diskutiert?	[redacted]

	Antwort: Nein, Fachinformationen werden eingebracht, aber rechtliche Aspekte (z.B. Schnelltests für Berufspendler bei Grenzübergängen haben 7d Gültigkeit) müssen auch berücksichtigt werden Kommentar: Dezentralen Ansatz von CWA als positiven Aspekt herausstellen!	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **Bitte bis Mittwoch (31.03.21) lesen und dann in der Sitzung diskutieren!**	Alle
5	**Kommunikation** • Auf Webseite Infektionsschutz.de werden Handlungsorientierungen gegeben: • Möglichst oft draußen sein • AHA-L • Keine Feier, aber wenn, dann nur im kleinen Familienkreis • Keine Reisen • Öfter Testen • Gegen Einsamkeit digitale Kommunikation nutzen Frage: Wo ist die Gesamtübersicht zu den vorhandenen Teststraßen und Schutzmaßnahmen zu finden? Antwort: wird herausgesucht und Link wird herumgeschickt Kommentar: Bitte verstärkt kommunizieren, dass bewährte Verhaltensregeln auch bei den neuen Varianten helfen! Es wird eine Formulierung benötigt, warum eine Verkürzung der Kontaktzeit von 15 min. auf 10 min erfolgt ist. Antwort: Grund ist die höhere Übertragbarkeit und vermutlich auch höhere Viruslast von VOC. **Eine Formulierung wird der Pressestelle zur Verfügung gestellt werden.** **Pandemieetiquette** (Dokument hier) wird ab 30.03.21 in den Veröffentlichungsprozess gehen -Kein ‚Branding" mehr auf Ostern -Hinweis eingefügt, dass es auch für neue Varianten gilt -wichtig: in der Symptomliste eingefügt, dass nicht immer typische Symptome vorhanden sein müssen, bei manchen z.B. nur ‚allgemeine Schwäche'. Kommentar1: Formulierung „Heute Virusfrei/ Morgen auch?" nicht eindeutig. Bitte umformulieren! Kommentar2: Das Wort „Etiquette" impliziert ein „nice-to-have". Bitte verbindlicheren Ausdruck wählen! Frage P1: Gibt es Daten bezüglich der verimpften Astrazeneca Dosen an Frauen <55 Jahren, die ein erhöhtes Risiko einer Hirnvenenthrombose durch diese Impfung haben? Antwort: Bitte bei FG33 anfragen!	BZgA [redacted] Presse P1

6	**Neues aus dem BMG** nicht separat besprochen •	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung** Ziel: Erstellung eines Papiers für die Bundesländer zum Aufzeigen der Anwendbarkeit von außerhäuslicher Quarantäne/ Isolierung in geeigneten **Einzelfällen** (z.B. bei prekären Wohnverhältnissen, positiver Testung am Flughafen, wo noch kein Kontakt mit anderen Familienmitgliedern erfolgt ist usw.). Auch Grenzen aufzeigen, z.B. keine unbeaufsichtigte Isolierung von vulnerablen Personen/ Gruppen. **Arbeitsauftrag an [redacted]: Federführende Erstellung des Papiers bis 1. Woche nach Ostern (mit Zuarbeit von FG36 und P1), danach Vorstellung in AGI (wahrscheinlich 1. Dienstag nach Ostern)** **b) RKI-intern** • Wunsch BMG: Gründonnerstag möglichst wenig Personal vor Ort. **Hinweis: Für Lagezentrum wurde im Nachgang an die Sitzung die Einhaltung des normalen Schichtbetriebs beschlossen, da keine Reduktion der Arbeitslast erwartet wird.** Frage1: Gilt diese Anweisung nur für Büroarbeitsplätze? Antwort1: Muss geprüft werden. Frage2: Wie wird Berliner Testverordnung umgesetzt? Antwort2: Tests wurden bereits eingekauft und sind im Zulauf. Lagezentrum könnte von Testpflicht betroffen sein. Bitte bei Fragen an MA-Support, Zentrale Verwaltung und S wenden.	Alle
8	**Dokumente** • Dokument KPN: Dokument wird am selben Tag fertig gestellt • Testkriterienpapier: auch asymptomatische KP wurden aufgenommen Quarantänepapier: Quarantäne für geimpfte bei Kontakt mit VOC? Antwort1 [redacted]: Gemäß Studien ist Impfschutz bei VOC gegeben. Antwort2 [redacted]: In KPN-Papier Quarantäne trotz Impfung empfohlen, nicht wegen schweren Krankheitsverlauf, sondern wegen Wahrscheinlichkeit der Ausbreitung trotz Impfung. Kommentar1 [redacted]: Zur Sequenzierung B.1.1.7 abgrenzen und auf andere Varianten fokussieren. Kommentar 2: Covid Erkrankte müssen aktuell die ersten 3 Monate nach Erkrankungsbeginn nicht in Quarantäne, aber	

	dürfen erst 6 Monate nach Erkrankungsbeginn geimpft werden: Es gibt eine Lücke von Monaten, die es zu schließen gilt. Hinweis zu Kommentar 2 [redacted]: Es gibt zu diesem Thema eine dänische Veröffentlichung im The Lancet.	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
10	**Labordiagnostik** • **Update AGI Sentinel**: 160 Proben analysiert: 31% humane Renoviren, 12% Saisonale Coronaviren, 5% Sars-CoV-2 • **Meeting AGES und RIVM**: -Inzidenz in Wien >300, daher „Wiener Gurgeltest" für alle (auch Touristen!) und Ergebnis bereits nach 24h durch eine Pooling-Strategie Kommentar: Uni Dortmund und Labor Berlin entwickeln bzw. verwenden ebenfalls Pooling-Strategien für Hochdurchsatztestungen -Detektion der neuen B1.1.7 Variante mit zusätzlicher „Südafrika" Variation in Österreich -Niederlande: Inzidenzen >200, davon >90% B1.1.7, Impfung zu Langsam • 1206 Proben analysiert, davon 508 positiv (42%), davon 90% B1.1.7 • Erste 35 Proben aus Ukraine sind unterwegs	FG17 [redacted] ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Umgesetzt: Antigentest bei asymptomatischen Fällen: Vorstellung in AGF morgen	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Lufthansa möchte die Einführung von Selbsttests mit Videobeobachtung mit Authentifizierung als Antwort auf die Regelung ab 30.03.21, dass vor Abflug ein negativer Test vorgelegt werden muss, der nicht älter als 48h sein darf. Darf diese Möglichkeit auf der Homepage verlinkt werden? Antwort: Solch ein Verfahren erhöht die Unsicherheit von Schnelltests noch weiter. Da aber von BMG Verordnung,	Alle

	diese Möglichkeit verlinken mit dem Zusatz: „Wie das BMG mitteilt…“ Kommentar: Bitte alle BMG Verordnungen an einer Stelle verlinken zur besseren Übersichtlichkeit und Abgrenzung von fachlichen Stellungnahmen Antwort [redacted]: Wird bereits gemacht. Bitte hinweisen, falls Abweichungen bemerkt werden Frage: Soll grenzüberschreitende Kontaktnachverfolgung angesichts knapper personeller Ressourcen aufrechterhalten werden? Antwort nach Diskussion: ja, aber Frage in Gremien (EWAS) bis zu welchen Punkt sinnvoll (z.B. ab Überschreitung einer bestimmten Inzidenz im jeweiligen Land nicht mehr).	
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags) bereits unter Punkt 1**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Bereits unter Punkt 12	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
16	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** • Bitte bis Mittwoch (31.03.21) Risikobewertung lesen und dann in der Sitzung diskutieren! • Eine Formulierung zur Begründung der verkürzten Kontaktzeit der Pressestelle zur Verfügung stellen. • Erstellung (IBBS, [redacted]) des Papiers zur außerhäuslichen Quarantäne/ Isolierung bis 1. Woche nach Ostern (mit Zuarbeit von FG36 und P1)	Alle

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*31.03.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International **(diese Woche Mittwoch)** o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** o Syndromische Surveillance **(nur mittwochs)** o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten **(nur mittwochs)** o Testkapazität und Testungen **(nur mittwochs)** o ARS-Daten **(nur mittwochs)** o Zahlen zum DIVI-Intensivregister **(nur mittwochs)** o Modellierungen **(nur mittwochs)** Präsentation zu Mobilität und Lock-Down-Maßnahmen	 ZIG1 FG32 FG36 FG36 FG17 AL3 FG37 MF4 P4 [redacted]
2	**Internationales (diese Woche mittwochs)** • Wegen Feiertag auf Mittwoch vorgezogen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	FG21/alle
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskussion potentielle Überarbeitung Risikobewertung	alle
5	**Kommunikation**	BZgA Presse FG32

	• München: vom RKI veröffentlichte 7-Tages-Inzidenz unter Wert auf Kreisebene -> Implikationen für Maßnahmen	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** •	Alle
7	**Dokumente** • Anpassung Empfehlungen nach Impfung (3 Dokumente) • Anpassung Dokument KoNa	FG37 [redacted] FG36 [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*31.03.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - ?
- FG34
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (diese Woche mittwochs)** • Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier): weltweit fast 127 Mio. Fälle (13% Anstieg seit Vorwoche), fast 2,8 Mio. Todesfälle (2,2% insgesamt) o Top 10 Länder nach Anzahl neuer Fälle ▪ Weiterer globaler Anstieg die 5. Woche in Folge ▪ In allen Ländern mit Ausnahme von Italien ansteigender Trend ▪ In Indien und Türkei stark ansteigender Trend ▪ Viele Länder in Europa mit hohen Inzidenzen ▪ Anteil der Bevölkerung mit mind. 1 Impfdosis in USA weit fortgeschritten, in EU-Länder auf sehr ähnlichem Niveau o 7-Tage-Inzidenz pro 100.000 Einwohner weltweit ▪ Viele Länder mit sehr hohen 7-Tages-Inzidenzen ▪ In Europa Länder mit Inzidenz >500: Ungarn, Polen und Estland o WHO Global consultation on Decision Framework for Assessing Impact of SARS-CoV-2 variants of Concern on Public Health Interventions am 29.03.2021 ▪ Sammlung von Evidenz in Bezug auf Wirksamkeit verschiedener Impfstoffe ▪ B.1.1.7 Variante (in 130 Ländern identifiziert): Hinweise auf keine oder nur leicht verminderte Wirksamkeit ▪ B.1.351 Variante (in 80 Ländern identifiziert): nur begrenzt Evidenz vorhanden; geringere Wirksamkeit von AstraZeneca bezieht sich auf milde, moderate Verläufe. ▪ Für P.1 bisher so gut wie keine Daten verfügbar.	ZIG [redacted]
	National • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.808.873 (+17.051), davon 76.342 (+249) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 132/100.000 Einw. ▪ Etwas weniger als gestern, Sprachregelung für Presse notwendig o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 9.428.662 (11,3%), mit 2 Impfungen 4.059.489 (4,9%) o DIVI-Intensivregister: 3.595 Fälle in Behandlung (+22) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Gestern keine Übermittlungsprobleme ▪ Steigt bei einigen Ländern nicht mehr ganz so stark, weiter auf sehr hohem Niveau ▪ In keinem BL deutlich rückgehender Trend o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Nur noch 15 LK mit Inzidenz bis 50	FG32 [redacted]

	o Zunehmender bzw. abnehmender Trend im Vergleich zur Vorwoche ▪ In vielen LK ansteigender Trend o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Von Woche 11 zu 12 in allen Altersgruppen Anstiege, die höchsten bei 5-45 Jährigen. ▪ Bei den älteren Altersgruppen sind die Inzidenzen am niedrigsten, aber kein Rückgang. o Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppen ▪ In den Wochen 9-11 Anstieg bei 35-59 Jährigen ▪ Leichter Rückgang bei 80+ Jährigen o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Rückgang hat sich etwas verlangsamt, Einpendeln auf hohem Niveau. ▪ Altersmedian der Verstorbenen weiterhin bei 82 Jahren o Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Von Woche 11 zu 12 leichter Anstieg der Fälle mit Antigennachweis und PCR vs. PCR allein. ▪ Anteile steigen nicht stark, von 4 auf 6%. ▪ Mit Antigentests kann der hohe Anstieg der Fallzahlen nicht begründet werden. ▪ Allerdings werden nicht in allen Ländern Antigentests zuverlässig übermittelt. o Sprachregelung für Lagebericht für Feiertage ist sinnvoll. Es wird weniger untersucht, Fallmeldungen können sich verzögern, weniger Arztbesuche. *ToDo: Sprachregelung über die Feiertage analog zu Weihnachten* *ToDo: [redacted] sucht Formulierung für Lagebericht, dass die gesunkene Inzidenz und das Absinken des R-Werts keine Anzeichen von Entspannung sind.* *ToDo: Aktualisieren der FAQ zum Anteil der Antigenteste* • **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb ▪ Von KW 11 auf 12 sind ARE-Raten etwas zurückgegangen. ▪ Dies gilt für alle Altersgruppen außer den 0-4 Jährigen. o ARE-Konsultationen ▪ Starker Trend des Anstiegs bei 0-4 Jährigen und Schulkindern hat sich nicht fortgesetzt. Nachholeffekt bei Kindern nimmt wieder ab. ▪ Bei allen anderen Altersgruppen steigen die Konsultationen weiter an. ▪ Diese Woche rund 676.000 Arztbesuche, in Vorwoche 622.000. ▪ Unterschiede je nach BL o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Deutlicher Anstieg der SARI-Fallzahlen in allen Altersgruppen zu verzeichnen.	FG36 [redacted]

	▪ Fallzahlen bei 15-34 Jährigen sehr viel geringer als bei anderen Altersgruppen. o ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen: Anstieg bei 35-59 und 60-79 Jährigen. ▪ Bei allen Fällen (inkl. noch liegenden Patienten): Anstieg der Fallzahlen bei 60-79 Jährigen. o ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung ▪ Zahl intensiv behandelter SARI-Fälle mit COVID-19 steigt bei 15-34 Jährigen an. Fallzahl ist aber auf niedrigem Niveau. ▪ Mittleres Alter der intensiv behandelten SARI-Fälle mit COVID-19 schwankt um 70 Jahre. ▪ Durchschnittsalter der SARI-Fälle ohne COVID-19 Diagnose ist höher. • **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) o Eingang von 277 Proben in KW 12 o Probenanstieg durch Aktivitäten um Sentinel zu erweitern und erhöhte ARE-Aktivität. o Lücken in regionaler Abdeckung o Starker Anstieg der Rhinoviren setzt sich fort. o Einige Parainfluenzaviren o Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 4%. o Keine Influenza Nachweise o Starker Anstieg von saisonalen Coronaviren o Höchstes Probenaufkommen aus pädiatrischen Praxen o Starke Zirkulation von Rhinoviren bei 0-4 Jährigen setzt sich in anderen Altersgruppen fort. o Höchste Nachweisrate von NL63 bei 5-15 Jährigen o Bei SARS-Cov-2 andere Altersverteilung, am stärksten betroffen sind 16-34 Jährige, bei Kindern eher geringe Nachweisraten, evtl. aufgrund von schwacher Symptomatik. o Genau das gleiche ist bei ARS zu sehen. In der Gruppe der 0-15 Jährigen wurden viel weniger Tests durchgeführt. Möglicherweise waren diese weniger häufig beim Arzt. • **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Testzahlen haben geringfügig zugenommen. ▪ Zahl und Anteil der pos. Tests haben deutlich zugenommen, von 7,9% in KW 11 auf 9,3% in KW 12. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazität bleibt gleich. o Probenrückstau ▪ Nach wie vor gering o Testzahlerfassung-VOC ▪ In KW 12 Anteil von B.1.1.7 auf 78% gestiegen. o POCT in Einrichtungen	FG17 [redacted] Abt.3 [redacted]

	▪ Keine große Veränderung zur Vorwoche, ein paar Einrichtungen sind dazu gekommen. ▪ 0,2% (956) der Tests waren positiv, davon wurden 84% (804) mit PCR getestet, wovon 56% (453) positiv bestätigt wurden. ▪ 26 verschiedene Tests wurden verwendet, nicht alle sind empfohlen. **VOC-Erhebung** o Erhebung wurde aktualisiert, > 60.000 positive Nachweise, davon knapp 90% Variante B.1.1.7 o Politisch wird diskutiert, ob Tirol wegen E484K-Coronavariante wieder Risikogebiet werden sollte. Im Moment spielt mutierte britische Variante E484K in Deutschland kaum eine Rolle. • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)** (Folien hier) o COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 3.677 Patienten auf Intensivstation, im Vergleich zur Vorwoche +424 (30% Anstieg), seit 13.März exponentielles Wachstum. ▪ Verstärkter Anstieg der nicht-invasiven Behandlung ▪ Anzahl Verstorbener auf Plateau ▪ Anteil steigt in meisten BL an. In 9 BL liegt der Anteil von COVID-19-Patienten bei 15-20%, in 3 BL (BE, TH, HB) bei >20%. ▪ Ca. 13,6% der Intensivbetten sind aktuell noch frei. o Belastung der Intensivmedizin ▪ Personalmangel wird wieder zunehmend gemeldet. ▪ Wieder mehr Raummangel ▪ Verfügbarkeit High-Care und ECMO sinken. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Deutschlandweit wird Anstieg prognostiziert. ▪ War bezogen auf BL letzte Woche sehr heterogen, nun wieder homogener, in meisten BL Anstieg bei Prognosen. o Werden die Prognosen den Versorgungsclustern aktiv mitgeteilt? ▪ Bei allen BL, die Versorgungscluster mitgeteilt haben, werden die Prognosen an alle Akteure versendet. o Kommt es zu einer Verjüngung der Patienten, die hospitalisiert werden? Können Altersgruppen angegeben werden? Wird die längerer Liegedauer von jüngeren Altersgruppen berücksichtigt? ▪ Das Alter wird im Intensivregister nicht erfasst. Prognosen lernen aus Daten. Andere Datenquellen werden bereits genutzt und weitere Datenquellen sollen noch berücksichtigt werden. • **Modellierungen (nur mittwochs)** o Mobilität im Tagesverlauf, 70 Mio. Bewegungen pro Tag	FG36 [redacted] MF4 [redacted] P4 [redacted]

	o 7,4% aller Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 22 - 5 Uhr statt. o 12,3% der Bewegungen finden nachts im Zeitraum von 20 – 5 Uhr statt. o Keine wesentlichen Unterschiede zwischen BL o Wie sieht die Mobilität in LK aus, in denen Ausgangsperren gelten? Sinnhaftigkeit von Ausgangsperren? ▪ Wird zurzeit analysiert. Einschätzung: relativ geringer Effekt o Gibt es Veränderungen in der Mobilität seit die Vorgaben zur Umsetzung von Home Office gelten? ▪ Bisher wurde nur Mobilität in ersten 3 Märzwochen analysiert. o Sind Daten auch vom 1. Lockdown im März 2020 vorhanden? ▪ Daten wurden rückwirkend zur Verfügung gestellt und können analysiert werden. o Ist eine Veröffentlichung der Daten, z.B. in Form eines EpidBull-Artikels geplant? (wäre sinnvoll) ▪ im Moment noch nicht o Ab wann werden Bewegungen gezählt? ▪ Interne Methodik ist nicht ganz transparent. ▪ Alle Wege unter 2 km sind aufgrund von mobiler Infrastruktur schwer abzuschätzen.	[redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Finale Diskussion Text Risikobewertung (hier) o Änderungen: o Die COVID-19-Fallzahlen auf Intensivstationen steigen seit Mitte März 2021 deutlich an. o Insgesamt ist die Variante B.1.1.7 inzwischen in Deutschland der vorherrschende COVID-19-Erreger. *ToDo: aktualisierte Version an Webmaster weitergeben*	FG38 [redacted] Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nichts Neues zu berichten, Osterkommunikation wurde bereits vorgestellt. • In UK gab es massive Kommunikationsanstrengungen, gibt es vergleichbare Überlegungen bei BZgA und Bundesregierung, sind neue Kampagnen geplant? Nein, nichts Vergleichbares ist geplant, müsste von Bundesregierung ausgehen. • Sind Kommunikationsstrategien in Planung für verunsicherte Personen, die kürzlich mit AstraZeneka geimpft wurden? o FAQs werden übergearbeitet.	BZgA [redacted]

	o Infoblatt für Kita-Beschäftigte wird erstellt. Hier wird ein Passus mitaufgenommen, der Vertrauen wiederherstellen soll. o Entwickeln einer Sprachregelung wäre sinnvoll. **Presse** • Beim EpidBull sind zurzeit viele Artikel in der Warteschleife. Kürzere Berichte können auch auf die Webseite gestellt, verlinkt und getwittert werden. • München: vom RKI veröffentlichte 7-Tages-Inzidenz unter Wert auf Kreisebene -> Implikationen für Maßnahmen o FG32 wurde von München um einen Disclaimer gebeten. Auf Grund von Fehlern bei der Übermittlung ist die vom RKI ausgewiesene Inzidenz geringer als die tatsächliche Inzidenz. Die bayrische Verordnung bezieht sich auf RKI-Daten, weshalb die Maßnahmen nicht angepasst werden können. -> Kein Disclaimer, sondern schriftliche Empfehlung sich an lokalen Inzidenzen zu orientieren.	Presse [redacted] FG32 [redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** • Anpassung Empfehlungen nach Impfung (betrifft 3 Dokumente) o Veränderung liegt beim BMG ▪ Quarantäne soll für geimpfte KP1 aufgehoben werden. ▪ KH-Patienten und Bewohner von Altenheimen, die Kontakt mit sehr gefährdeten Personen haben, sind die einzigen Ausnahmen. Alle anderen können auf Quarantäne verzichten. o Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen (hier) ▪ Neu: Geimpfte müssen nicht mehr in Quarantäne. o Anpassung der Empfehlungen zum Infektionsschutz nach Covid-19-Impfung in Altenheimen (hier) ▪ Keine Durchimpfung von 100% ▪ Kein hundertprozentiger Schutz vor Weitergabe des Erregers. Es kann noch zu Übertragungen kommen. ▪ Unsicherheit bei VOC ▪ Deshalb müssen ein paar Vorsichtsmaßnahmen beibehalten werden. ▪ Bei Rückverlegung aus KH müssen Bewohner nicht mehr automatisch in Quarantäne, außer sie sind KP1, dann ist Quarantäne erforderlich. ▪ Testen: Es soll weiter getestet werden, Testfrequenz kann reduziert werden, keine Vorgaben, nur Beispiel.	FG37 [redacted]

	▪ Besucher sind in der Regel im Moment noch nicht geimpft. Besuchszeiten können ausgedehnt werden. ▪ Größere Veranstaltungen können stattfinden, wenn >90% der Bewohner geimpft wurden. ▪ Von Seiten des RKI engmaschige Kontrolle von Ausbrüchen, Anzahl in letzter Woche nicht mehr gesunken, aber auf sehr niedrigem Niveau. o 2 Papiere fallen weg. (Folie hier) ▪ Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme von Kontaktpersonen unter med. Personal bei relevantem Personalmangel ▪ Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem und nicht medizinischem Personal in Alteneinrichtungen bei Personalmangel o Management von COVID-19 Ausbrüchen im Gesundheitswesen (hier) ▪ Nur minimale Änderungen o Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter Personal der kritischen Infrastruktur bei Personalmangel ▪ Kein bevorzugtes Impfen, liegt im Moment im BMG wegen Überarbeitung. o Rettungsdienst wird nicht adressiert. ▪ Nicht bewusst dagegen entschieden, medizinisches Personal ist von Quarantäne ausgenommen. ▪ Prüfen, ob eine Fußnote eingefügt werden soll, dass Rettungsdienstpersonal analog zu medizinischem Personal ist. *ToDo: Dokument wird nach Ostern nach Rückmeldung vom BMG mit Fußnote zum Rettungsdienstpersonal veröffentlicht.*	[redacted]
	• Anpassung Dokument Kontaktpersonen-Nachverfolgung (hier) o In AGI vorgestellt und aus AGI und EpiLag verschiedene Fragen mitgenommen. o Ab wann gelten Empfehlungen? Für Länder wäre aus pragmatischen Gesichtspunkten eine Gültigkeit ab 6.4. sinnvoller um die Implementierung zu begleiten. o Wird für Personen, die sich schon in Absonderung befinden, die Quarantäne verlängert? Müssen Länder selbst entscheiden. o Fachliche Empfehlung werden nicht mit einem bestimmten Stichtag versehen. Und es gibt keinen fachlichen Grund für die Verschiebung der Geltung. o Dokument wurde schon mit den wesentlichen Änderungen angekündigt. o Änderungen: ▪ MNB wird generell herausgenommen, da kein standardisierter Schutz, MNS und FFP2-Masken bleiben. ▪ Testung von KP: Selbsttest wird nicht explizit genannt, sondern nur Antigentest. Umsetzung wird den Ländern überlassen. o 2 Punkte sind noch offen bzgl. Quarantäne von Genesenen und Geimpften:	FG36 [redacted]

	▪ Bisherige Regelung bei Genesenen: nur dann keine Quarantäne, wenn Kontakt innerhalb von 3 Monate nach Nachweis der SARS-Cov-2 Infektion stattfand. In dieser Zeit besteht ein guter Schutz gegenüber der Erkrankung. ▪ Keine Daten zur Virusausscheidung bei erneuter Infektion, nur Daten zum Schutz vor erneuter Erkrankung in den 6 Monaten nach Infektion. Deshalb besteht der Wunsch die Passage erst einmal so zu belassen. ▪ Vorschlag Genesene nach einer einmaligen Impfung wie vollständig Geimpfte zu betrachten. Eine Impfung von Genesenen wird erst nach 6 Monaten empfohlen. ▪ Vorschlag Genesene für 6 Monate von Quarantäne freizustellen, bis eine Impfung möglich ist. ▪ Das Dokument soll heute veröffentlicht werden und es gibt keine fachliche Begründung für eine Freistellung von 6 Monaten. ▪ Geimpften müssen nach der 1. Impfung zunächst weiter in Quarantäne bleiben. o Entscheidung: Regelung bleibt zunächst bei 3 Monaten: aufgrund unbekannter Virusausscheidung bei Reinfektion + unbekannter Rolle der neuen Varianten. o Noch gibt es keine Entscheidung vom BMG, dass Geimpfte von der Quarantäne ausgenommen werden. Ohne Entscheidung des BMG kann dies nicht geändert werden, bleibt zunächst wie in Vorversion. ▪ Bei Fragen hierzu: Dieser Punkt ist weiter in Bearbeitung. o Es gibt diverse Verweise auf andere Dokumente im Text. Gibt es diese Dokumente schon? ▪ Dokumente werden noch diskutiert, Verweise werden zunächst rausgenommen. ▪ Infografik wird zunächst rausgenommen. *ToDo: Dokument soll bis spätestens 15 Uhr bei Webmaster sein.* • Entisolierungspapier o Infografik ist fertig, Begleittext ist fast fertig. *ToDo: Fertigstellung und Publikation heute*	IBBS [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** Variante A.27 verdrängt in Elfenbeinküste weitere Varianten. In Deutschland wurde sie hauptsächlich in BW nachgewiesen, jedoch mit sehr niedrigen Nachweisraten. (Bericht hier) *ToDo: Sonderbericht an Länder über Lagezentrum versenden*	FG17 [redacted]
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Einsatz monoklonaler Antikörper wurde veröffentlicht.	IBBS

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 07.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*07.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur montags)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur freitags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Diskussion zu Disclaimer R-Werte für Lagebericht bis Ende Woche (s.a. Email Hr. Schaade v. Mi 07.04 um 09:07) und 7-Tage Inzidenz	Alle

	b) RKI-intern •	
7	**Dokumente** • KoNa, Quarantäne, Alten- u. Pflegeheime Dokumentaktualisierung	Alle FG36 [redacted] FG37
8	**Update Impfen** •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 09.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*07.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt.2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
  -
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 2.910.445 (+9.677), davon 77.401 (+298) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 110/100.000 Einw. ▪ Rückgang von 150/100.000 in der Vorwoche ▪ Eingang zahlreicher Nachfragen über Ostern: Inwiefern ist dies auf den „Ostereffekt“ zurückzuführen o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 10.800.637 (13,0%), mit 2 Impfungen 4.633.859 (5,6%) o DIVI-Intensivregister: 4.355 Fälle in Behandlung (+211) o 7-Tages-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Rückgang in allen BL im Vergleich zur Vorwoche ▪ Nachmeldungen sind zu erwarten o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Weiterhin nur 21 LK < 50/100.000 ▪ Alle weiteren LK > 50/100.000 ▪ LK Hof (456) und Greiz (392) sind weiterhin Spitzenreiter o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen (AG) ▪ Niveau entspricht weitgehend der Vorwoche ▪ Von KW 12 zu 13 in allen Altersgruppen gleichbleibend oder geringe Abnahme (am deutlichsten AG 5-14) o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ In den KW 7-9 etwa 1500 Sterbefälle/Woche, jetzt weiterhin leichter Rückgang o Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Von KW 12 zu KW 13 leichter Rückgang ▪ Anteile an allen übermittelten Fällen weiterhin bei 6% ▪ Die zunehmenden Antigennachweise wirken sich in den Meldedaten (bisher) nicht auf den Anstieg der Fallzahlen aus o Berichtete Fälle (Differenz Vortag) und Fälle nach Meldedatum (neu) ▪ Über Ostern keine Zunahme der zeitlichen Verschiebung zwischen Fällen nach Meldedatum und Fällen nach Berichtsdatum o DEMIS-Meldungen und COVID-19-Fälle nach Meldedatum (neu) ▪ Seit 2/2021 laufen die Kurven parallel (seit 01.01.21 ist der DEMIS-Anschluss für Labore verpflichtend, mittlerweile nutzen 400 Labore DEMIS für die Meldung an die GÄ, um Weihnachten nur 200)	FG32 ([redacted])

	▪ Es gehen mehr Meldungen ein, als dann an das RKI übermittelte Fälle (es können z.B. mehrere Meldungen zum gleichen Fall erfolgt sein) ▪ Die Kurven zeigen, dass die GÄ zeitnah übermitteln, auch über Ostern hat jedes GA mindestens 1x geliefert ▪ Rückgang der Fallzahlen liegt am Rückgang der Testhäufigkeit, nicht am Meldeverzug durch die GÄ, inwiefern ein tatsächlicher Rückgang des Infektionsgeschehens zugrunde liegt, ist nicht aus den Zahlen zu entnehmen ▪ Frage: Wann ist wieder mit belastbaren Zahlen zu rechnen? ▪ Meldedaten wahrscheinlich ab Dienstag, 13.04.2021, da diese (Ferien)woche noch wenig getestet wird, Praxen sind geschlossen etc. ▪ Hinweis: Änderung des IfSG: Antigennachweise im Selbsttest sind nicht meldepflichtig, unter Aufsicht bzw. von Fachpersonal durchgeführte Antigennachweise sind meldepflichtig	[redacted]
	• **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs) Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Anzahl der Testungen in KW 13 erwartungsgemäß gesunken: 1,15 Mio (Vorwoche 1,4 Mio) ▪ Positivenanteil deutlich gestiegen (11,1%) ▪ Weniger Labore haben übermittelt o Auslastung der Kapazitäten ▪ Auslastung deutlich gesunken im Vergleich zur Vorwoche o Probenrückstau ▪ Kein Rückstau, keine Lieferengpässe o Testzahlerfassung-VOC ▪ Durch Feiertage verzögerte Datenlieferung erst am 07.04 abends o POCT in Einrichtungen ▪ Auch hier weniger Testungen ▪ Anscheinend wurden durch stat. Pflegeeinrichtungen weniger Tests entweder durchgeführt oder übermittelt ▪ Auch Testzentren sind jetzt registriert, möglicher Shift von Meldungen vermehrt aus Testzentren und weniger aus Pflegeeinrichtungen ▪ Insgesamt 428.063 POCT aus 354 Einrichtungen, 0,2% positiv, 84% (gleichbleibend) PCR-überprüft und 52,6% pos. bestätigt o **SARS-CoV-2 in ARS** ▪ Anstieg des Positivenanteils entspricht den Vorwochen, keine Zunahme des Anstiegs ▪ Steile Abnahme der Anzahl der Tests /100.000 EW in jeder AG, besonders stark in AG 5-14 ▪ Zunahme des Positivenanteil in allen AG, wie in den Vorwochen ein unverändert kontinuierlicher Anstieg ▪ Positivenanteil/100.000EW: leichter Rückgang	AL3 ([redacted]) FG 37 ([redacted])

	▪ Interpretation ist schwierig ▪ Testort: Größter Rückgang in Arztpraxen mit Sprung des Positivenanteils auf über 10%, in Krankenhäusern leichter Anstieg des Positivenanteils ▪ Zuverlässige Zahlen sind für nächste Woche zu erwarten o **B.1.1.7 aus 12 Laboren (delH69/V70)** ▪ Insgesamt Zunahme von VOC ▪ Anteil VOC an allen auf Deletionen getesteten Proben ist gestiegen (87%, Anteil von VOC an allen Proben ist gesunken. ▪ Unterschiede zwischen den BL, BY und BW fast 100% VOC, in NW niedrigerer Anteil o Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern ▪ Altenheime: insgesamt sehr niedrige Zahlen, geringer Anstieg ▪ Krankenhäuser: wesentliche Abnahme i. Vgl. zur Vorwoche	
	• **Diskussion** o Zahl der Testzentren nimmt rapide zu, sollten sie adressiert und Interesse an ihren Angaben signalisiert werden? o Testzentren wurden über die zentrale Webseite auf der sie sie sich präsentieren, kontaktiert, Kontaktaufnahme ist aufwendig und schwierig, kann durch ein kleines Team nicht geleistet werden o Spricht eine gleichmäßige Zunahme des Positivenanteils trotz geringerer Testzahlen eventuell für einen geringeren Anstieg der Infektionszahlen? o Durch die Impfung finden weniger Arztbesuche durch schwere Fälle statt, auch dies könnte beitragen o Nach welcher Zielgröße bzw. Maßzahl sollten sich Lockerungsempfehlungen richten? Soll eine bestimmte Positivenrate angestrebt werden? o Ein Positivenanteil von 10% ist jedenfalls zu hoch, der Anteil bei den 5-59Jährigen von 11,25% ist sehr hoch (auch nach WHO Maßgabe), Schwerpunkt des Infektionsgeschehens liegt im familiären und beruflichen Umfeld o Positivenanteil ist ein der Öffentlichkeit schwer zu vermittelnder Wert o Bisheriger Indikator ist die Zahl der Patienten in ICU, alle anderen Maßzahlen können von Artefakten beeinflusst sein, der Anstieg der Patientenzahlen auf ICU ist beunruhigend o Da viele Labore und Praxen diese Woche noch geschlossen sind, liegen wahrscheinlich erst übernächste Woche wirklich interpretierbare und belastbare Zahlen vor	Alle
	• **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien ??) o GrippeWeb ▪ Insgesamt liegt die ARE Inzidenz unter der der Vorjahre ▪ Kontaktbeschränkungsmaßnahmen werden eingehalten	FG36 ([redacted])

	▪ Leichter Anstieg in den AG 0-5 und 6-10 ▪ Steile Abnahme in den Meldedaten, über die Feiertage wurde weniger erhoben und weniger übermittelt ▪ Anstieg der Ausbrüche in Schulen seit Öffnung Anfang März bis zum Ferienbeginn, jedoch weiterhin unter Vorweihnachtsniveau ▪ In KW 10/11 exponentieller Anstieg der Ausbrüche in Kindergärten, 3-4x so viel wie vor Weihnachten ▪ Inzidenz nach Altersgruppen weitgehend unverändert o ARE-Konsultationen ▪ Abnahme durch Osterferien o ICOSARI-KH-Surveillance ▪ Deutlicher Anstieg der SARI-Fallzahlen in der AG 35-59 ▪ Konstant hohes Niveau in den älteren AG ▪ ICOSARI-Zahlen bilden das COVID-Geschehen ab o ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Sowohl bei Fällen mit max. Verweildauer von 7 Tagen als auch bei allen Fällen deutlicher (Covid-bestimmter) Anstieg in den AG 35-59 und 60-79 ▪ Kein Anstieg in den AG > 80 (Wirkung der Impfung) o ICOSARI: SARI-Fälle mit/ohne COVID-19 und Intensivbehandlung ▪ Deutlicher Anstieg in der AG 60-79 ▪ Gleichbleibendes Niveau in den AG 35-59 und AG >80 ▪ Medianes Alter ist gesunken (60-70) ▪ Insgesamt wenig Veränderung i. Vgl. zur Vorwoche	
	• **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) o Eingang von 123 Proben in KW 13 o Anzahl wegen der Feiertage halbiert o Rhinoviren auf dem Niveau wie vor dem Lockdown, nach den Lockerungen sofortiger Anstieg zunächst bei den Jüngsten, dann in den anderen AG o Nachweise von SARS-CoV-2 knapp über 5% (Vorwoche 3-4%) o Insgesamt Verschiebung der Probenanteile hin zu pädiatrischen Proben o Im Hintergrund wenig Nachweise von Parainfluenzaviren o Keine Influenza Nachweise o Günstige Bedingungen für saisonale Viren: Starker Anstieg von NL63 und Anstieg von OC43 o VOC Anteil bei SARS-CoV-2 positiven Proben: 100% • **Diskussion** o Stationäre Fälle SARI mit COVID: Steiler Anstieg ist stärkeres Signal als Inzidenzen o Wie belastbar sind die Zahlen der syndromischen Surveillance? o Kleine aber seit Jahren konstante Stichprobe (i. Vgl. zu DIVI-Intensiv-Register), solide Datenbasis für Vergleiche, expansionsfähig, sollte expandieren, viele	FG 17 ([redacted])

	Zusatzinformationen (Altersmedian, Beatmungsdauer, Liegezeit) o Alleinstellungsmerkmal: Information sowohl zu Diagnosen liegender Patienten als auch Entlassdiagnosen o DIVI: sehr breite Abdeckung, ICOSARI tiefergehende Informationen o Hinweis: Anstieg bei Hospitalisierung bildet das Infektionsgeschehen von vor 2 Wochen ab o Obwohl im Steckbrief kürzere Fristen bis zu Symptomatik und stationärer Aufnahme angegeben sind, muss die Zeit bis zur Übermittlung eingerechnet werden o Anregung DIVI- und ICOSARI-Daten abzugleichen, wird von [redacted] und [redacted] begrüßt, erste Kontakte wurden ohnehin bereits geknüpft *ToDo: Abgleich von ICOSARI-Daten und DIVI-Daten, sollen als Grundlage für die BPK am Freitag 09.04. zusammengestellt werden*	FG 17, MF4
	o **Disclaimer im Lagebericht** o Vorschlag: Erläuterung im Lagebericht, wann die Zahlen zur Testhäufigkeit wieder auf einem normalen Niveau liegen, da sich Meldedaten schon kommende Woche normalisieren, zuverlässige 7-Tage-Inzidenz ev. erst übernächste Woche vorliegen *ToDo: Disclaimer bleibt bis Mittwoch, 14.04., wird modifiziert: Der Hinweis auf die reduzierte Übermittlung durch die GÄ wird gestrichen Vorschlag einer Erläuterung im Lagebericht wird v. [redacted] vorbereitet* o Einordnung einer Agenturanfrage zur Äußerung Söders, dass niedrige Zahlen vor allem mit den Ferien-Schulschließungen zusammenhingen: ▪ Sinkende Zahlen betreffen alle AG, nicht nur Schüler und Lehrer ▪ Eine Auswirkung auf die Fallzahlen wäre, falls es eine gäbe, zudem erst in 14 Tagen zu erwarten	Presse ([redacted]) FG 32
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** o Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA**	BZgA

	• Aktuelles Infoblatt (Zielgruppe?) unter Berücksichtigung der STIKO-Empfehlungen ist in Arbeit und soll nächste Woche in den Verteiler **P1** • Thema der BPK nächste Woche ist „Long Covid". Frage: Wer ist Ansprechpartner zu diesem Thema? Antwort: IBBS, [redacted]	([redacted]) P1 ([redacted])
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** • **Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen** (Dokument hier) o Änderungen betreffen das Tragen von FFP2-Masken und die Anordnung der Quarantäne bei Geimpften und Genesenen o Nach Rückfragen wurde für die Situation „Gespräch" wieder ein Abstand definiert o Aus dem Zusatz „Außerhalb des Arbeitsschutzes" wurde die eindeutige Formulierung, dass der Gesundheitsbereich von der Regelung* ausgenommen ist, da vom korrekten FIT ausgegangen werden kann * Gleichzeitiger Aufenthalt von Kontaktperson und Fall im selben Raum mit wahrscheinlich hoher Konzentration infektiöser Aerosole unabhängig vom Abstand für > 10 Minuten, **auch wenn durchgehend und korrekt** MNS (Mund-Nasen-Schutz) oder FFP2-Maske getragen wurde. o Kurze Diskussion: Andere Bereiche, z.B. Lehrpersonal, auch nach FIT-Test und Einweisung, sind <u>nicht</u> ausgenommen o Definition „Vollständig geimpft": Ab dem 15. Tag nach der 2. Impfung o Definition „Genesen": Analog ab dem 15. Tag nach 1 Impfung *ToDo: geeigneten Link zu den Definitionen in den STIKO-Dokumenten auswählen* o Für Genesene wird die maximale Zeitspanne nach der Infektion, innerhalb derer auf eine Quarantäneverzichtet werden kann, auf 6 Monate erhöht – allgemeine Zustimmung o Hinweis: Die Gründe für die insgesamt umfangreichen Änderungen sollten evtl. erläutert werden, z. B. Infobrief an die GÄ oder als Information in den EpiLag Notizen? Beispielsweise, dass eine Verschärfung wegen der Zunahme und Eigenschaften der VOC geboten ist o Anfragen zu dem Dokument ähneln sich, Textbausteine wurden dazu fertiggestellt und sollen an das LZ kommuniziert werden o Unklare Textstelle, hier den Nebensatz verdeutlichen: „ist - *aufgrund der aktuellen Datenlage zu Reinfektionen und Kontagiosität bei erneuter Infektion*- nur dann keine	FG36 ([redacted]) FG33 ([redacted])

	Quarantäne erforderlich, wenn der Kontakt innerhalb von 6 Monaten nach dem Nachweis der vorherigen SARS-CoV-2-Infektion erfolgte“ o Gibt es Evidenzen zur zeitlichen Begrenzung des Kontakts auf 10 min? o Nein, rein pragmatische Entscheidung wegen höherer Kontagiosität, und nach Hinweisen von GÄ o Diskussion: Sollten Genesene nach symptomatischer und nach asymptomatischer Erkrankung unterschieden werden? Gibt es Aussagen zur Boosterwirkung der Impfung nach asymptomatischem Verlauf (der evtl. keine B-Zell Wirkung induziert hat)? o Es sollte auf die Gruppe der symptomatisch Erkrankten eingegrenzt werden o Hinweis: Sehr schwierig, dies genau zu definieren, wird möglicherweise in der Rechtsverordnung nicht differenziert werden o Hinweis: In der AGI wurde die zweimalige Testung während der Quarantäne kritisch gesehen o Ort und Art des Tests und die Umsetzung wurden auf Wunsch der Länder nicht genauer spezifiziert, da unterschiedliche Voraussetzungen in den Länderverordnungen zu Transport, Quarantäneunterbrechung für Testung und Kostenübernahme, Umsetzung bleibt Sache der Länder bzw. GÄ o Die Testung wurden als Reaktion auf die häufigen Nachfragen der GÄ, zur Quarantänedauer (zu kurz, insbes. bei VOC), aufgenommen o Es entspricht der 2x/wöchentlichen Testempfehlung in Schulen und Betrieben	
	ToDo: *Fertigstellung des Dokuments mit Erläuterungen bzw. Begründung der Änderung in der Einleitung noch heute 07.04.* o Dokument „Organisatorische und personelle Maßnahmen für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Alten- und Pflegeeinrichtungen“ wird angepasst o Begründung, warum keine Quarantäneausnahmen für Mitarbeiter und Bewohner gelten, werden aufgenommen o Hinweis, dass die Testhäufigkeit nach Impfaktion angepasst werden kann, wurde bereits aufgenommen.	FG36 ([redacted])
	ToDo: Koordination der Anpassungen mit [redacted] (Altenheime) und [redacted] (Presse) o Dokument zu den Testkriterien und Flussschemata werden an die aktuellen Änderungen angepasst werden o Flussschema wird zu diesem Zweck vorübergehend von der Homepage genommen	[redacted] [redacted]
8	**Update Impfen (nur freitags)**	

	• Nicht besprochen • **Impfung für RKI Mitarbeiter*innen** o Bisher nur AstraZeneca- Impfstoff angeboten, wird in der LK thematisiert, da Ministerium /Bundeswehr/ggf. Landesbehörden involviert sind	FG33 [redacted]
9	**Labordiagnostik** • 1062 Einsendungen, davon 491 positiv • Positivrate 45% • B.1.1.7: 90% • Letzte Woche über WHO wurden Proben aus der Ukraine vermittelt, 33 Sequenzierungen (B.1.1.7 positiv) möglich, Ergebnisse auf GISAID hochgeladen • Etwa 100 weitere Sequenzierungen wurden durchgeführt. Labore senden zuverlässig ein	ZBS 1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Dokument **Hinweise zur Durchführung der Quarantäne** (Dokument ??) o Soll ausschließlich an die BL kommuniziert werden o Anregung, die Isolation bei Infektion außerhalb der Familie durchzuführen o Ethische und soziale Herausforderungen, insbesondere für Bevölkerungsgruppen, die die Trennung von erkrankten Haushaltsmitgliedern als besondere Härte empfinden o Juristische Stellungnahme ([redacted]) wird noch erwartet o Formulierung „sollte erwogen werden“ soll geändert werden zu „kann erwogen werden“, das entspricht der Formulierung im Dokument zur KoNa o Frage: Welche Settings kommen für die Isolierung in Frage? Kann es ein „geeigneter Haushalt“ sein oder ist es ein außerhalb familiärer Kontexte überwachter Bereich mit standardisierten Hygienebedingungen? o Im Vordergrund sollte der Schutz der Familienmitglieder stehen, nicht die Überwachung o Kinder und Pflegebedürftige werden in dem Dokument bisher nur indirekt (Betreuungsbedarf) adressiert, Kinder sollten erwähnt werden *ToDo: Dokument soll nach Änderung im Krisenstab zirkuliert werden, Abstimmungsbedarf (evtl. nach Rechtsgutachten nicht nötig?) mit BMG muss noch geklärt werden (da öffentliche Wahrnehmung kritisch sein könnte)*	IBBS ([redacted]) Alle [redacted] L. Schaade
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** •	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 09.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*09.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur freitags)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur freitags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Darstellung und der 7-Tagesinzidenz im Lagebericht	BZgA Presse P1 FG32/38/[redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein**	Alle

	• Frage aus BMG-Erlass: Ist eine Studie mit Bundeslandvergleich zur Bewertung einzelner Pandemiemaßnahmen sinnvoll? **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** • RKI-Lagebericht: Formulierung Ausbrüche im privaten Haushalt • Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei symptomatischen Patienten mit Verdacht auf COVID-19 • Kontaktpersonenmanagement (Fragen bez. Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten und Definition "immungesund") • Vorschlag eines Disclaimers für das Dokument Präventionsmaßnahmen in Schulen (12/10/20)	Alle FG36 [redacted]
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
12	**Surveillance** •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 12.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*09.04.2021, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - [redacted]
- Abt. 2 Leitung
  - Thomas Ziese
- Abt. 3 Leitung-Bereich
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- ZIG/ INIG
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- Abt.1
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International (nicht besprochen) o Fälle, Ausbreitung • National (Folien hier) o Fallzahlen: 110/100.000 EW (+25.000 Fälle und +300 Todesfälle seit Vortag) o Anstieg intensivmedizinischer Fälle o 7d-Inzidenz der Bundesländer wird vermutlich wieder ansteigen: Top 3: Thüringen Sachsen, Sachsen-Anhalt, Anstieg in Bayern, Bremen und Saarland. o Geografische Verteilung der 7d-Inzidenzen nach LK: 19 LK<50/100.000 EW, >200 LK >100/100.000 EW, SK/LK Hof sowie Greiz die höchsten Inzidenzen o Altersmediane: ca. 40 Jahre bei COVID-19-Fällen gesamt, ca. 66/67 Jahren bei Fällen auf ITS/in Hospitalisierung, ca. 81/82 bei Todesfällen Bemerkung: Es ist keine Altersverschiebung der ITS Patienten nach unten zu erkennen o Todesfälle je 100.000 EW in den letzten 14d: - am stärksten betroffen: LK Thüringen -Deutschlandweit: n>2000 o Sterbefälle im Bereich der Vorjahre, wobei zu berück sichten wäre, dass im letzten Jahr zu dieser Zeit sowohl noch Influenza-Saison war, wie auch bereits die erste Welle zum tragen kam. DIVI-Intensivregister (Folien hier) o 4510 Fälle auf ITS o Exponentielle Anstieg der ITS Fälle bei erwachsenen COVID-19 Patienten und deutlicher Anstieg bei Kindern o Bei >8 Bundesländer sind >20% der ITS Betten belegt, wobei zu beachten wäre, dass nur ca. 50% der Betten für eine Behandlung von COVID-10 Patienten geeignet sind o Anteil der COVID-19 Fälle an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: Anstieg vor allem in Bremen, Thüringen und Sachsen, Abfall in SH o 85% der ITS-COVID-19-Fälle benötigen Beatmung; überproportionaler Anstieg der ECMO-COVID-19-Fälle im Verhältnis zum Anstieg der gesamten ECMO Fälle.	[redacted] [redacted] [redacted]

	o SPoCK: Prognose der COVID-19 Intensivfälle: Im Osten, Süden und Westen starker Anstieg, nur im Norden wird ein flacherer Anstieg erwartet. Frage: Wird die Prognose im Lagebericht kommuniziert? Antwort: Ja, 1 Mal die Woche für Gesamtdeutschland, aber nicht für einzelne Regionen Vorschlag: BMG fragen, ob die gesamten DIVI Daten öffentlich gemacht werden dürfen. Frage: Ist es möglich DIVI Bericht generell auf die Mittwochssitzung zu legen, damit er für die BPK zur Verfügung steht? *To do: Zukünftig nach Möglichkeit strategische Punkte und Dokumente Mo+Fr und Mi hauptsächlich Berichte besprechen.* o Modellierung: nicht besprochen	
2	**Internationales (nur freitags)** o Vorbereitung Montenegro Mission läuft	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)**	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Auf Mittwoch/Freitag nächster Woche vertagt!	Alle
5	**Kommunikation** Darstellung der 7-Tagesinzidenz im Lagebericht Diskussion: Es wurden zwei Standpunkte vertreten: Standpunkt 1: Es ist sehr wichtig zu kommunizieren, dass die aktuelle 7d-Inzidenz ein konservativer Wert ist, der tatsächliche Wert liegt immer höher! Daher sollte man (kontinuierlich) den Wert + x% durch Nachmeldungen kommunizieren. Beispielsweise war die ursprüngliche 7d- Inzidenz für den 1.4.21 134/100.000 EW, später erhöhte er sich durch Nachmeldungen auf 150/100.000 EW. Standpunkt 2: Fokus sollte nicht auf Inzidenz liegen, sondern auf der Vermeidung von schweren Verläufen (ITS Daten)! Die Inzidenz-Grenzwerte sind willkürliche politische Werte und der Fokus darauf, dass die tatsächlichen Werte höher liegen, würde keine vorgezogenen Maßnahmen bewirken und eher als eine Unsicherheit gewertet werden. *To do: Es sollen Beispiele für 7d- Inzidenzen und R-Wert (aktuell + letzte drei Tage inklusive prozentualer Anstieg im Vgl. zur jeweils ursprünglich ermittelten Zahl) berechnet und im Tabellenformat in der Sitzung am kommenden Montag präsentiert werden. Diese Tabelle soll als Entscheidungsgrundlage dienen, in welcher Form die*	FG32/38/ FG34 [redacted]

	Kommunikation erfolgen sollte. Aktuell angedacht ist die Integration dieser Zahlen im Lagebericht, (unterhalb der Kurven zur 7d- Inzidenz und nicht direkt auf Seite 1). • Keine Neuigkeiten • Information zu Long-COVID in der nächsten BPK. Kontaktaufnahme zu [redacted] ist diesbezüglich erfolgt. Frage: Wäre es möglich, die aktuelle Lage, insbesondere Anteil der ITS-Patienten, über den Twitter Kanal 1 Mal wöchentlich zu verbreiten? Antwort: In Rücksprache mit der Social Media Beauftragten könne das erfolgen. Anliegen: [redacted] berichtete über vermehrte Anfragen zum Umgang mit Kontaktsituationen im Außenbereich hinsichtlich erhöhter Ansteckungsgefahr durch VOC. Er plädierte für Maskenpflicht im Außenbereich, dem sich einige in der Diskussion anschlossen, da sich dadurch beispielsweise auch Treffen in größeren Gruppen in Parks reduzieren würden. Hinweis von [redacted], dass dieser Punkt bereits im Dokument zur Risikobewertung aufgeführt ist, nämlich dass auch im Außenbereich MNS zu tragen wäre, wenn Abstände nicht eingehalten werden können. Diskussion, ob dieser Punkt gesondert kommuniziert werden soll. Als Argumente dagegen wurde genannt, dass Ansteckungen im Außenbereich nur einen kleinen Anteil der Fälle ausmachen und dass MNS zu einem falschen Sicherheitsgefühl führen könnten (Anmerkung von [redacted] dazu: Eine Studie im BMJ widerlege diese Hypothese). Der Fokus der Kommunikation solle eher auf den Innenbereich gelegt werden und darauf, dass Schnelltests nicht dazu führen dürfen, dass die AHA+L Regeln untergraben werden oder symptomatische Kinder in die Schule dürfen. *To do:* *1. Stichpunktartige Zusammenfassung der zugetragenen Problematik durch [redacted] und Ermittlung, ob diese Punkte bereits kommuniziert werden und falls ja (was laut [redacted] der Fall ist), Behebung der Schwachpunkte in der Kommunikation, um diese Aspekte besser zu transportieren.* *2. BzgA soll die Kommunikation dieser Aspekte auf Basis des Risikobewertungsdokuments übernehmen* Frage: Was wurde aus dem Dokument zur Pandemietiquette? Antwort: Dokument wurde an BzgA geschickt und ist veröffentlicht und erhielt positives Feedback!	BzgA P1 Diskussion Alle

	Vorschlag: Dokument könnte hinsichtlich der vorausgegangenen Diskussion zum Tragen von MNS im Innen- und Außenbereich aktualisiert werden.	
6	**Neues aus dem BMG** nicht besprochen •	BMG
7	**Strategie Fragen** • Frage aus BMG-Erlass: Ist eine Studie mit Bundeslandvergleich zur Bewertung einzelner Pandemiemaßnahmen sinnvoll? ***To do:*** *Das Lagezentrum soll die Beantwortung der Frage übernehmen. Es gibt eine Studie („Stopp-COVID") zu dieser Fragestellung, die von [redacted] (FG34) geleitet wird. Bitte in Rücksprache mit FG34 auf diese Studie verweisen. [ID 3315, erledigt]*	Alle
8	**Dokumente** Dokumente • RKI-Lagebericht: Formulierung Ausbrüche im privaten Haushalt Diskussionsbedarf zur Frage, wie viele Fälle man Haushaltsausbrüchen zuordnen kann bzw. wie diese berechnet werden sollen, denn Ansteckung Quellfall erfolgt wahrscheinlich außerhalb des Haushalts. Diskussion wurde auf Montag vertagt, da [redacted], der diesen Punkt eingebracht hat, nicht anwesend ist. • Testkriterien für die SARS-CoV-2 Diagnostik bei symptomatischen Patienten mit Verdacht auf COVID-19 (Dokument hier) Wording anpassen an KPN Dokument und weitere Änderungen (insbesondere Testempfehlung auch bei asymptomatischen Personen und Ausweitung der Testung auf verschiedene Testformate berücksichtigt). Anmerkung: Da zukünftig die CWA auch bei positiven Schnelltests eine Warnung ausgeben wird, sollte sich hier dazu konform die Definition des Quellfalls nicht auf PCR-bestätigte Fälle beschränken. • Entscheidung: Definition des Quellfalls wurde erweitert auf alle bestätigten Fälle. • Wording geändert für Maßnahmen bei Symptomen: 5d-Isolierung bei <u>jeglicher neu aufgetretener respiratorischer Symptomatik</u>, die auf einer <u>Atemwegsinfektion</u> basiert, unabhängig vom Ergebnis einer Schnelltestung. Mit den unterstrichenen Zusätzen sollen die chronischen Fälle ausgeklammert werden. • Kontaktpersonenmanagement (Fragen bez. Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten und Definition "immungesund")	FG34 [redacted]

	1. Schutzdauer von asymptomatisch Infizierten: Dänemark Paper zum Schutz vor Reinfektion untersucht alle PCR-bestätigten Fälle, unabhängig von der Symptomatik. Auch STIKO unterscheidet nicht nach Symptomatik, sondern allein nach Infektion (PCR-Bestätigung), daher an STIKO Definition/Empfehlung anpassen. 2. Definition "immungesund": STIKO gibt keine Definition. Kategorisierung erfolgt aufgrund ärztlicher Beurteilung. • Vorschlag eines Disclaimers für das Dokument Präventionsmaßnahmen in Schulen (12/10/20): *To do: Der Disclaimer soll darauf hinweisen, dass aufgrund der veränderten Situation nun die S3-Leitlinie des BMBF gilt. Die Grundgedanken des Dokuments bleiben dennoch bestehen. Auch sollte verdeutlicht werden, dass Schnelltests vom RKI als Zusatzmaßnahmen angesehen werden, die andere Maßnahmen nicht ersetzten können.*	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Es gibt eine aktualisierte STIKO Empfehlung: -zu Johnson&Johnson Impfstoff -AstraZeneca Impfstoff nur noch für >60-Jährige empfohlen -diejenigen, die bereits die erste AstraZeneca Impfung erhalten haben und unter 60 Jahre alt sind, sollen als 2. Impfung einen mRNA Impfstoff erhalten – andere Länder, z.B. Frankreich folgen dieser Empfehlung. • Studien zum heterologen Impfschema: 1. England: Erste Ergebnisse werden Ende Mai erwartet 2. Charité (homologe und heterologe Kombinationen von Astrazeneca und Biontech/Pfizer Impfstoffen): erste Ergebnisse zur Reaktogenität (Nebenwirkungen) werden Ende April erwartet und erste Ergebnisse zur Immunogenität (Antikörpertiter, T-Zell Response) werden Ende Mai erwartet. • Aufklärungsmaterialen, FAQs und Faktenblätter wurden gemäß STIKO Empfehlung aktualisiert. • Sinusthrombosen als Nebenwirkung des AstraZeneca Impfstoffs: in D und Skandinavien sind die Fallzahlen 10 Mal so hoch wie in England. Inzwischen sind auch vermehrt Männer davon betroffen (aktuell 7 Fälle bei Männern in Deutschland) und damit gibt es auch bei Männern eine zwanzigfach erhöhte Inzidenz im Vergleich zur Hintergrundinzidenz • Durch Aufnahme der Impfungen ins Regelsystem (Impfen in Arztpraxen) gibt es einen starken Anstieg der Impf-Rate: 650.000 vorgestern und 700.000 gestern, davon ca. die Hälfte in Arztpraxen verimpft. Nachteil für die aktuelle Berichterstattung: sehr wenige Daten zeitnah verfügbar (älter/jünger als 60, welcher Impfstoff, Ort der Impfung).	FG33

	Frage: Warum so wenig Daten verfügbar? Antwort: Vereinbarung zwischen KBV-Vorstand und Staatssekretär. Es geht der KBV in erster Linie um die Abrechenbarkeit der Impfleistung. Information ist aber später (nach ca. 3 Monaten) verfügbar. *To do: BMG um Sprachregelung bitten, um diese Verzögerung in der Datenübermittlung zu begründen.*	
10	**Labordiagnostik** • Virologisches Sentinel: o 823 Proben: o 15 COVID-19 Fälle (80% davon B1.1.7) o 261 Rinovirus positiv o 112 positiv für saisonale Coronaviren o 8 positiv für Parainfluenzaviren o 2 positiv für humane Metapneumusviren • 855 Proben o 393 (46%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7 Frage: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer Doppelinfektion mit Wildtyp und Variante? Gibt es dazu Daten? Antwort: Es gibt dazu einen Preprint, der dem Verteiler zugeschickt wird.	FG17 ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Es gibt eine Studie aus Köln (https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/8031/20210401_COVRIIN_Praxisbericht%20NIV_Final.pdf?sequence=1&isAllowed=y), die zeigt, dass unter bestimmten Umständen eine verlängerte nicht-invasive Beatmung eine 75% höhere Sterblichkeit bedingt im Gegensatz zu einer rechtzeitigen invasiven Beatmung. Diese Studie verdeutlicht, dass die Verzögerung der invasiven Beatmung nicht immer die lebensrettende Maßnahme darstellt und sorgfältig abgewägt werden muss. • Verlegung von Patienten aus Frankreich nach Deutschland ist noch nicht erfolgt. • Anfrage zu einer Stellungnahme über den Nutzen von Desinfektionsrobotern (UV-Atemluftdesinfektion), die über die EU als Spende an Krankenhäuser von bedürftigen EU-Ländern verteilt werden. Deutschland trägt 27 solcher Roboter bei. Kauf ist bereits erfolgt. Die Stellungnahme ist noch in Arbeit, aber das Ergebnis steht fest: Diese Maßnahme wird nach Beratung mit KRINKO nicht empfohlen und nicht als sinnvoll erachtet!	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz**	Alle
13	**Surveillance: nicht besprochen** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36

14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • **Geimpfte werden aus der Testverordnung herausgenommen**	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Osnabrück hat ein Amtshilfeersuchen gestellt und bittet um Unterstützung bei einem Ausbruch unter Geimpften.	FG38
16	**Wichtige Termine** /	Alle

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*12.04.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • • Kommunikation der nachträglichen Korrektur der 7-Tagesinzidenz • Kommunikation der Ausbruchsfälle in Haushalten – Anteil mit anderem Infektionssetting	BZgA Presse, P1 FG32 [redacted]
6	**Strategie Fragen**	Alle

	a) Allgemein • Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • [ID 3336] Genesenenzertifikate für BMG (Deadline Di, DS)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*12.04.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage**
	• International (nicht besprochen)
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National (Folien hier)
	  o Anstieg der Fallzahlen zum Vortag um ca. 13.000
	  o Knapp 16% mit 1. Impfung, 6% mit 2. Impfung
	  o 7-Tage-Inzidenz: 136/100.000 EW; es zeigt sich ein Absinken der Inzidenz über die Feiertage, welches auf geringeres Testen zurückzuführen und in fast allen BL zu sehen ist.
	  o Nachmeldungen können 7-Tage-Inzidenzen um ca. 10% erhöhen, die stärkste Korrektur nach oben scheint am Folgetag zu erfolgen, weniger in den danach folgenden Tagen.
	  o 107 LK liegen unter 7-Tage-Inzidenz von 100, davon nur 8 unterhalb 50/100.000 EW. Insgesamt zeigt sich deutschlandweit ein Anstieg, nur im Norden finden sich wenige LK mit geringeren Inzidenzen, höchste Inzidenzen weiterhin in TH, BY, SN.
	  o Anstieg intensivmedizinischer Fälle (+53, insgesamt 4.585 Fälle), immer mehr Krankenhäuser melden eingeschränkte Betriebssituation (Personal- und Raummangel als führende Ursachen).
	
	Corona-KiTa-Studie (Folien hier)
	• GrippeWeb: Situation stabilisiert sich. Die Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen liegt im niedrigen Bereich, unterhalb der Inzidenz der Vergleichssaison.
	• Knick in Hinblick auf COVID-19 Inzidenz mit Beginn der Osterferien hat sich fortgesetzt mit Ausnahme der Altersgruppen der 15-20-Jährigen und 11-14-Jährigen.
	• Covid-19 Fälle: Anteil der übermittelten COVID-19 Fälle steigt bei den 15-20-Jährigen und fällt bzw. stagniert bei den jüngeren Altersgruppen.
	• Ausbrüche in Kindergärten/Horte: 151 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen), weiterer Anstieg bis KW 11, deutlich über Situation in Dezember, Daten ab KW12 noch nicht sicher zu beurteilen. Erwachsene sind häufig betroffen.
	• 43 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen), insgesamt ca. 80-90 Ausbrüche pro Woche, Peak in der KW 12 mit 120 Ausbrüchen, Anstieg ist vor dem Hintergrund der z.T. geöffneten Schulen zu verstehen. Zunehmend auch Nachweise von B.1.1.7 zu finden.
	
	Modellierung
	• Zahl der Bewegungen am Osterwochenende lag auf Niveau zwischen 2019 und 2020
		[redacted]
		[redacted]
		
		[redacted]
		
		[redacted] / P4

	• Niveau von Karfreitag, Ostersonntag und Ostermontag ähnlich zu vorhergehenden Sonntagen	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • DEA: 80.000 Anmeldungen am Tag teils über Ostern, mit Bundesdruckerei gibt es aktuell kleine Abstimmungen, Upload der Testergebnisse wird voraussichtlich am 21.04.2021 anlaufen. Mehrfach stand die Frage der Anbindung an SORMAS oder DEMIS im Raum, dabei soll DEMIS ermöglicht werden, was aber einen Arbeitsaufwand am RKI nach sich ziehen wird. • CWA: Befragung aus CWA-Server läuft weiter (350 Personen machen pro Tag mit, insg. ca. 12.500 Beteiligte, Folgebefragung wird mit 7.000 Befragten immer größer). Zunehmend sind Befragte überrascht über Risikomitteilung.	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Für Mittwoch Diskussion geplant.	Alle
5	**Kommunikation** Kommunikation der nachträglichen Korrektur der 7-Tagesinzidenz und für den R-Wert • Es wird diskutiert, ob und wenn ja, wie Nachmeldungen bzw. ein Korrekturfaktor der 7-Tage-Inzidenzen und des R-Werts zum Vortag kommuniziert werden könnten. Eine tabellarische Darstellung ist nicht intuitiv nachvollziehbar, sinnvoller wäre ein Hinweis unter der Grafik des zeitlichen Verlaufs der 7-Tage-Inzidenzen mit Bezug auf den grauen Datenbereich (z.B. Erfahrungsgemäß kann es noch zu Nachmeldungen kommen, beispielsweise …“). • Gleichzeitig wird zu bedenken gegeben, dass angesichts der geplanten Verknüpfung politischer Maßnahmen mit der 7-Tage-Inzidenz nachträgliche Änderungen der Werte schwer zu vermitteln sind. Eine beispielhafte Angabe des Vorwerts und der Korrektur nach neuem Datenstand würde mehrere Werte zur Disposition stellen, was kritisch gesehen wird. • Grundlegend könnte man die Problematik der Untererfassung / Nachmeldungen perspektivisch als Argument für einen wöchentlichen, statt täglichen Lagebericht nutzen. Eine separate Darstellung der Untererfassung oder offensivere Kommunikation diesbezüglich wird unterschiedlich bewertet. Im Dashboard sollen nur tagesaktuelle Daten gezeigt werden, historische Daten können aus dem Archiv entnommen werden. *ToDo:* Unter die Grafik als auch im Fließtext soll ein Hinweis auf die Unterschätzung und den durchschnittlichen Korrekturfaktor eingefügt werden. [redacted] soll die Thematik in den Artikel zum Meldesystem mit aufnehmen, zur Wiedervorlage im Krisenstab.	Alle

	Kommunikation der Ausbruchsfälle in Haushalten – Anteil mit anderem Infektionssetting • Es wird diskutiert, wie viele Fälle man Haushaltsausbrüchen zuordnen kann bzw. wie diese berechnet werden sollen, angesichts der Annahme, dass die Ansteckung des Quellfalls wahrscheinlich außerhalb des Haushalts erfolgt. Diese Konstellation betrifft v.a. die privaten Haushaltsausbrüche (im Vgl. zu anderen Ausbrüchen eher kleine Ausbrüche, aber höherer Anteil der Quellfälle aus anderen Settings), jedoch ändert dies nichts im Ranking der Ausbrüche. Es wäre denkbar, den Aspekt als Schatten in die Darstellung einzubauen oder zumindest zu erläutern. Die Information wäre z.B. bei Modellierungen relevant. • Aktuell wird davon abgesehen, die Problematik im Lagebericht zu adressieren. Weitere Auswertungen zu den Fragen, wie Personen die Infektionen in das private Umfeld hineintragen bzw. von einem Haushalt zum anderen tragen, werden begrüßt.	FG34 / [redacted] /alle
	Weiteres • Die letzte Bundespressekonferenz, in der sich die Leitung klar gegen Öffnungen bei hohen Inzidenzen ausgesprochen hatte, wurde in den sozialen Medien und der Presse positive aufgenommen; es gab viel gutes Feedback.	P1
	• Der offene Brief der Aerosol-Forscher soll im Krisenstab zirkuliert und dann diskutiert werden.	alle
	• Aus dem ÖGD wurde zuletzt mehrfach die Bitte an das RKI herangetragen, Änderungen in den Empfehlungen besser kenntlich zu machen. Dabei stellt sich die Frage der farblichen oder anderweitigen Markierung (ähnlich wie in den STIKO-Empfehlungen, die allerdings als PDF veröffentlicht werden). Voraussetzung wäre das Eingehen aller Dokumente im Änderungsmodus. Jedoch wird aus mehreren Gründen eine Markierung für schwierig erachtet: Soll jedes Update markiert werden, inklusive minimaler Änderungen wie Rechtschreibfehler? Ab wann wird die Markierung entfernt? Bei kurzen Überarbeitungsintervallen könnte die farbliche Markierung von Änderungen bereits wieder entfernt sein, bevor die Rezipienten sie wahrgenommen haben. In anderen Kontexten scheint sich eine Markierung nicht durchzusetzen. Im HTML-Format (barrierefrei) ist eine Änderungsmarkierung daher schwierig. • Für einen besseren Überblick könnten Änderungen im Disclaimer ausführlicher beschrieben werden. Bei kleineren Änderungen könnte man auch den Stichtag belassen oder konsequent jede Änderung im Disclaimer vermerken.	VPräs/alle

	• Perspektivisch könnte eine interne ÖGD-Plattform Dokumente im Änderungsmodus beinhalten. ToDo: FG32/38 fragt in ÖGD-Feedbackgruppe nach Präferenzen zur Darstellung von Änderungen in Dokumenten.	
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Außerhäusliche Quarantäne / Isolierung • Aktuell wird ein Beitrag für die AGI-Sitzung vorbereitet, in dem dargestellt wird, dass Kontaktpersonen und erkrankte Personen außerhalb des eigenen Haushalts abgesondert werden können. Dabei sollen die Bundesländer nach Problemen bei der Umsetzung gefragt werden. Rückmeldung zur Umsetzung der Testungen im Verlauf der Quarantäne • Aus der AG Diagnostik auf Länderebene werden Schwierigkeiten bei der praktischen Umsetzung der Testungen im Verlauf der Quarantäne berichtet. Für die Testungen zu Beginn und zum Ende der Quarantäne gebe es hohe Akzeptanz, weniger für die dazwischen empfohlenen Testungen aufgrund organisatorischer Probleme. • Aus der Erfahrung in Schulsettings zeigt sich, dass Selbsttestungen logistisch gut zu organisieren sind, anscheinend sind die Bestelllogistik und Finanzierung für die Gesundheitsämter z.T. schwierig zu stemmen. Der Punkt wird ggf. im Verlauf erneut diskutiert. **b) RKI-intern** Nicht besprochen.	IBBS Alle
7	**Dokumente** [ID 3336] Genesenenzertifikate für BMG. Es liegt ein Erlass zur Erstellung der Definition von Genesenen vor. • Auf EU-Ebene wird über einen grünen Pass nachgedacht, der auf Grundlage eines als vollständig anzunehmenden Impfschutzes, eines Genesenenzertifikats oder eines negativen Testnachweises mit begrenzter Gültigkeit ausgestellt werden und an Grenzübergängen kontrolliert werden könnte. • Die Definition der Genesenen ist in Anlehnung an die Frage der Reinfektion komplex (Berücksichtigung langer Verläufe, wiederholte Positiv-Negativ-Nachweise in der PCR etc.); dabei wird auf eine Kombination aus klinischer Besserung und negativem Test vor Abschluss der Behandlung abgehoben. Ein alternativer Entwurf lehnt sich an die Entisolierungskriterien an. Grundsätzlich sollte das Genesenenzertifikat an bestehende Kriterien anknüpfen. Der grüne Pass sollte in jedem Fall das Datum der Testung enthalten.	

	• Eine serologische Testung wäre kein ausreichender Beleg (kein Hinweis auf Infektionszeitpunkt). Außerdem ist eine begrenzte Zeitdauer eines Zertifikats anzuraten, da kein absoluter Schutz vor Reinfektionen bestehe. Das Beibehalten von Maßnahmen (AHA+L) ist ebenso wichtig. Der Erlassbericht sollte die Limitationen des Genesenenzertifikats klar benennen. Auch sollte auf die derzeit in Deutschland vorherrschende Variante in den Empfehlungen Bezug genommen werden. • Das BMG hatte u.a. angefragt, wer die Zertifikate ausstellen kann. Am ehesten sollte auf eine „ärztliche Bescheinigung, z.B. hausärztliche Versorgung, Betriebsärzte, GÄ“ hingewirkt werden. *ToDo:* FG36 stimmt Entwurf mit IBBS ab [redacted] und ZIG in CC). • Aktuell wird eine Vorlage für GMK zum Umgang mit Geimpften vor dem Hintergrund der Gleichstellung mit Getesteten abgestimmt. Die Anmerkungen des RKI wurden weitgehend berücksichtigt.	
8	**Update Impfen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Update AGI Sentinel: In der KW 13 und 14 gab es 306 Einsendungen, diese spiegeln die laufende Erkältungssaison wider. Die Ergebnisse decken sich mit denen der syndromischen Surveillance, dabei 28% Rhinoviren, 18% saisonale Coronaviren, 2% Parainfluenza, 8% SARS-CoV-2. • Letzte Woche gab es 1.078 Einsendungen, davon 494 positiv (46% Positivenrate), 87% Hinweise auf B.1.1.7. Proben sollen zur Sequenzierung eingesandt werden.	FG17 [redacted] ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Es wird diskutiert, ob Änderungen der Empfehlungen in der ArbeitsschutzVO (mit Stand vom 12.03.2021) angeregt werden sollen. Demnach ist das Tragen eines MNS für Mitarbeitende nur bei Nichteinhalten der Mindestflächen und Abstände bzw. bei fehlender Abtrennung durch Plexiglas vorgeschrieben. Dies erscheint in Hinblick auf das Auftreten neuer VOC und die Bedeutung der Aerosolbildung fraglich. • Das RKI ist nicht primär zuständig, kann aber auf die eigenen Empfehlungen hinweisen und Änderungen anregen. Generell wird eine Angleichung der Empfehlungen für das betriebliche Setting mit anderen Settings (z.B. Schulen) hinsichtlich des Tragens von MNS, Testvorgaben etc. u.a. aus Compliance-Gründen für sinnvoll erachtet.	FG14

	ToDo: FG14 soll BMAS ansprechen. (erledigt)	
12	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)** – siehe oben	FG32 FG36
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** •	Alle
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 14.04.2021, 11:00	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*14.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs (entschuldigt), Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** • Disclaimer Osterfeiertage weg?	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Position Ausnahmen f Geimpfte u. Genesene • KP Dokument: Pausieren d Kontaktes zu Risikogruppen	Alle FG38 [redacted]

	b) RKI-intern •	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine** Do 15.04.2021 11:00 HSC-meeting to discuss the Passenger locator form (Teilnahme [redacted]) Do 15.04.2021 16:00, EU-Empfehlung zur Abwasser-Surveillance (Teilnahme: [redacted])	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 16.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*14.04.2021, 11:00 Uhr (Ende: 12:48 Uhr)*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Ute Rexroth

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 2
  - Thomas Ziese
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 14
  - [redacted]
- FG 17
  - [redacted]
- FG 21
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG 33
  -
- FG 36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - Johanna Hanefeld
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- unbekannt
  - +4915146****80

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International (nur freitags)** **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 3.044.016 (+21.693), davon 79.088 (+342) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 153/100.000 Einw. o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 14.058.329 (16,9 %), mit 2 Impfungen 5.186.135 (6,2 %) ▪ deutliche Zunahme o DIVI-Intensivregister: 4.688 Fälle in Behandlung (+26) o 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer nach Berichtsdatum ▪ Anstieg in allen BL sichtbar, bes. ausgeprägt in BY, SN, TH o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Karte verdunkelt sich, kein LK < 25/100.000 ▪ Spitzenreiter: SK Hof (574/100.000), Greiz (489/100.000), LK Hof (459/100.000) o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppen ▪ Rückgang nur in Altersgruppen 0-9 ▪ Zunahme in Altersgruppen 10-79 ▪ am stärksten betroffen: Altersgruppen 15-49 o Anzahl COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche ▪ konstant in Altersgruppe 80+ seit ca. MW08/09 ▪ leichte Zunahme in Altersgruppe 60-79 ▪ rückläufig bei Kindern o Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach Altersgruppe ▪ Zahlen deutlich unter denen der 2. Welle ▪ Unsicherheit: Rückgang nach MW12 wahrscheinlich Artefakt, Nachübermittlungen zu erwarten o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Plateau um 1.000 Sterbefälle wöchentlich seit Sterbewoche 10/11 o Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle mit Antigennachweis ▪ Anteil an allen übermittelten Fällen weiterhin gering, um 6-7 % ▪ Unsicherheit: Informationen wahrscheinlich nicht vollständig ***-- Diskussion --*** neu eingefügte Formulierung im Lagebericht vom 13.04.21 *„Momentan ist eine leichte Abnahme der Anzahl hospitalisierter Fälle zu beobachten.“* irreführend, bezieht sich nur auf Zeitraum der letzten 14 Tage; BMG wünscht sich deutlichere Darstellung der Inzidenzgrenzen – Kartendarstellung wird nicht an politisch gesetzte Schwellenwerte angepasst; Tabelle wird um zeitlichen Verlauf der 7TI in den Kreisen erweitert;	FG32 ([redacted])

Disclaimer im Dashboard mit Hinweis auf nicht aussagekräftige Zahlen/Feiertagseffekte ausblenden? – Disclaimer für Meldezahlen nicht mehr notwendig, Testzahlen dagegen vsl. erst ab nächster Woche wieder aussagekräftig; Leitung: Disclaimer noch heute ausblenden, Pressestelle bestätigt;

Hinweis auf Button im Dashboard mit Verlinkung zu aktuellem Lagebericht

- **Testkapazität und Testungen (nur mittwochs)**
  Testzahlenerfassung am RKI (Folien hier)
  - Testzahlen und Positivquote (Folie 1)
    - Anzahl Testungen in KW14 (1,15 Mio) noch geringer als in KW13 (1,17 Mio)
    - Positivenanteil weiter zunehmend (12 %)
    - weniger Labore haben übermittelt
  - Auslastung der Kapazitäten (Folie 2)
    - Kapazität konstant um 2,2 Mio/Woche
  - Probenrückstau (Folie 3)
    - kein nennenswerter Probenrückstau
  - Testzahlerfassung-VOC (Folie 4)
    - viele Übermittlungen: > 50 % positiver PCRs
    - B.1.1.7 scheint sich um 85 % einzupendeln
  - POCT in Einrichtungen (Folie 5)
    - insgesamt aus 354 Einrichtungen 585.360 POCT erfasst, davon 1027 positiv (0,2%), davon 865 (84%) in PCR gegangen, davon 482 (56 %) als positiv bestätigt übermittelt

Abt. 3 ([redacted])

SARS-CoV-2 in ARS (nur mittwochs) (Folien hier)
- KW14: Rückgang der Testungen, Positivenanteil geringfügig gestiegen; durch Feiertag entstandene Lücke wird nicht nachgeholt, deutlicher Schnitt
- Anzahl der Tests pro 100.000 EW in Altersgruppen 0-14 durch „fehlenden“ Ostermontag deutlich zurückgegangen, in übrigen Altersgruppen stabil
- deutliche Zunahme des Positivenanteils in allen Altersgruppen, bes. ausgeprägt in Altersgruppe 5-14
- Positivenanteil pro 100.000 EW: kaum Veränderung gegenüber Vorwoche
- Testort: Anteil pos. Testungen in Praxen zunehmend (> 15 %), in KH kaum verändert (um 5 %)
- B.1.1.7 (Daten aus 16 Laboren): Anteil del69/70 an allen Positiven knapp 100 % (Vorselektion); Anzahl Nachweise B.1.1.7+E484K zunehmend
- Anzahl Ausbrüche in Altenheimen und Krankenhäusern
  - Altenheime: stabil auf niedrigem Niveau (um 50/Woche)
  - KH: auf niedrigem Niveau (<100/Woche)

FG 37 ([redacted])

	• **Syndromische Surveillance (nur mittwochs)** (Folien hier) o GrippeWeb (Folie 2): ARE-Rate von KW13 zu KW14 insgesamt stabil, bei Kindern weiter rückläufig, in Altersgruppen 35+ geringfügig zunehmend o Konsultationsinzidenz (Folie 3): bei Kindern rückläufig, insgesamt wenig verändert, Verschiebung der Altersverteilung o ICOSARI-KH-Surveillance (ab Folie 4) ▪ SARI-Fallzahlen insgesamt stabil geblieben, deutl. Anstieg in Altersgruppe 0-4, Rückgang in Altersgruppen 60-80+, in Altersgruppe 35-59 stabil auf hohem Niveau ▪ COVID-SARI: COVID-19-Anteil an SARI-Fällen 60 % ▪ COVID-SARI-ITS: Zunahme in Altersgruppen 35-59, 60-79; entspricht Niveau der 2. Welle; medianes Alter stabil (68); COVID-19-Anteil an SARI-ITS-Fällen 85 %	FG36 ([redacted])
	• **DIVI-Intensivregister (nur mittwochs)** (Folien hier) o starke Zunahme der COVID-ITS-Fälle in nahezu allen BL (+250 in letzter Woche), SH einziges BL mit Rückgang o insgesamt leichte Abflachung im Anstiegsverhalten, noch nicht bewertbar o Kinder in Intensivbehandlung: starke Zunahme (+27) o Sterbefälle zunehmend o in 8 BL > 20 % COVID-19-Anteil an ITS-Betten; Zahl freier, betreibbarer Betten nimmt ab; 60 % der Intensivbereiche melden Einschränkungen im Betrieb o freie ECMO-Kapazitäten abnehmend; 80 % der ECMO-Behandlungen entfallen auf COVID-19-Patienten o SPoCK-Prognosen nach Regionen: Anstieg der COVID-ITS-Patientenzahlen prognostiziert für Ost, Süd, Süd-West, West; nur für Nord Abnahme prognostiziert	[redacted]
	• **Virologische Surveillance – NRZ Influenzaviren (nur mittwochs)** (Folien hier) o Daten spiegeln bereits Berichtetes wider o Einsendungen in den letzten zwei Wochen reduziert o in KW14 139 Einsendungen, SARS-CoV-2-Anteil 11,5 % o Verschiebung bei den Einsendungen von jüngeren (0-4, 5-15) zu älteren (35-60, 60+) Altersgruppen o Rhinoviren: insgesamt starker Rückgang, bei 60+ leichte Zunahme o humane Metapneumoviren: leichte Aktivität o Influenza: keine Nachweise o endemische Coronaviren: NL63 rückläufig, Knick durch Ostertage, leichte Aktivität bei 229E und OC43 o SARS-CoV-2: starke Zunahme der Nachweise in Altersgruppen 35+, Kinder wenig auffällig o Doppelinfektion NL63/SARS-CoV-2 in einer Probe ***-- Diskussion --*** Positivenanteil in KH (ARS-Daten): Ist die vorgeschädigte KH-Population tatsächlich weniger betroffen? – möglicher Effekt der Impfungen von Personal und Patienten; in einigen	FG 17 ([redacted])

	deutschen Unikliniken Impfung aller stationär aufgenommenen Patienten; Varianten: in Sequenzierungsdaten macht B.1.1.7 in KW13 knapp 90 % aus, vermutlich Annäherung an 100 %; Modellierung aus den NL geht von Verdrängung der Variante B.1.1.7 durch P1 aus; weiter keine aussagekräftigen Daten zur Krankheitsschwere bei B.1.1.7; Risikowahrnehmung: die jetzt vermehrt betroffenen jüngeren Altersgruppen nehmen sich möglw. nicht als Risikogruppe wahr bzw. werden von Ärzteschaft nicht als solche wahrgenommen; Intensivbehandlung: betrifft zunehmend jüngere Patienten, Intensität der Behandlung bei jüngeren Patienten höher als bei älteren; Kommunikation relevanter Zeitspannen an Praxen? – Zeitspanne Erkrankungsbeginn – Hospitalisierung – ITS geht aus Meldedaten hervor (falls erfasst) *TODO: Diskussion der o. g. Zeitspannen in Meldedatengruppe*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	
5	**Kommunikation** **BZgA** • Infoblatt zur Impfung für Kita-Beschäftigte geht in Kürze online auf infektionsschutz.de **Pressestelle** • viele Nachfragen zu Feiertagseffekten, wann sind Zahlen wieder aussagekräftig? **P1** • Flyer des BMFSFJ zu Schnelltests spricht von „Sicherheit im Alltag“ – bitte diese Formulierung nicht nutzen, besser von Risikoreduktion o. ä. sprechen • Daten zur Gesundheit ehemaliger Intensivpatienten wären für Kommunikation (v. a. an Bevölkerung, weniger an Politik) hilfreich, langfristige Perspektive nicht aus den Augen verlieren *TODO: Zusammentragen von Daten zu Gesundheit ehem. ITS-Patienten (P1, Zuarbeit IBBS)* **vorgezogene BPK morgen, 15.04.2021** • Fokus auf klinische Aspekte: syndromische Surveillance, stationäre und Intensivbehandlung, insbes. Zahlen zu ECMO-Kapazitäten, Kinder in Intensivbehandlung (s. a. Klinisches Management)	BZgA ([redacted]) Presse ([redacted]) P1 ([redacted]) Präs

	TODO: Daten in Sprechzettel aufnehmen (P1)	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** Hinweis auf Erlassbericht zu Genesenenzertifikat vom 13.04.21 (ID3336) **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	FG38 ([redacted])
7	**Dokumente** • **Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei SARS-CoV-2-Infektionen** o AGI-Kritik an Empfehlung für frühere Fälle „die berufliche Tätigkeit … mit Risikogruppen für 14 Tage nach dem letzten Kontakt zu dem Fall“ zu *„pausieren“* o kein Ansteckungsverdacht, damit keine Grundlage für Tätigkeitsverbot o Diskussion: beruflichen Bereich von jetziger Formulierung ausnehmen, für privaten Bereich Empfehlung zur „Pausierung“ aufrechterhalten *TODO (mittelfristig): Anpassung des Dokuments (FG36/37)* • **Optionen zur vorzeitigen Tätigkeitsaufnahme für KP1 unter medizinischem Personal bei Personalmangel** o Empfehlungen wurden im Glauben entfernt, dass KH-Personal durchgeimpft ist, was aber tatsächlich nicht der Fall ist (Situation in Berlin nicht repräsentativ) *TODO: Wiedereinführung der Empfehlungen diskutieren (FG37)*	FG38 ([redacted]) FG37 ([redacted])
8	**Update Impfen** **(nur freitags)** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Vorschlag für zwei Kernbotschaften (s. a. Kommunikation): o elektive Eingriffe aussetzen, Regelbetrieb einschränken, bestenfalls in allen (auch privaten) KH, um Kapazitäten zu erhalten o strategische Verlegung von Patienten zum Kapazitätsausgleich wird in Kürze erforderlich sein ***-- Diskussion --*** Warum erfolgt keine offene Kommunikation zu besonders betroffenen Regionen? – nicht unsere Primärdaten, einzelne Regionen sollen nicht herausgegriffen werden, keine Einmischung in die Krisenkommunikation anderer – Einwand:	IBBS ([redacted])

	DIVI-Daten liegen in hoher Auflösung (regionale bzw. Standortebene) vor, könnten genutzt werden	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht besprochen	
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 16.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Er tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*16.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung *entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	 alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein**	Alle [redacted]

	• Kommunikation der Abbildung mit Projektion der Fallzahlentwicklung im Lagebericht? **b) RKI-intern** • Modellierung zu vierter Welle? Krisenstab heute.msg • gezielte Unterdrückung gefährliche VOCS - also Immune escape VOCs – mögliche Maßnahmen	Wieler (ggf. siehe Mail)
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Vorschlag FG36 ([redacted]) bzgl. Quarantäneregelung für Geimpfte und Genesene mit Kontakt zu Risikogruppen • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Rückmeldung aus der TK der IGV benannter Flughäfen zu Quarantänerverordnung auf Landesebene	FG38 ([redacted] oder [redacted])
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38 ([redacted] oder entfällt)
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 19.04.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*16.04.2021, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	WebEx Konferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
-
- Abteilung 1 Leitungsbereich
  - [redacted]
-
- Abt. 2 Leitung
  - Thomas Ziese
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG1
  - Johanna Hanefeld
- ZBS 1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- FG11
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International o Fälle, Ausbreitung *entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* • National (Folien hier) o Fallzahlen/Todesfälle -7d-Inzidenz bis gestern ein steiler Anstieg, schätzungsweise 10%-15% Unterschätzung der Tagesaktuellen Zahlen (Graubereich) -Geographische Verteilung: Die meisten Regionen >100/100.000 EW, nur 4 LK <50/100.000 EW. -Spitzenreiter: Greiz/Hof -Todesfälle korrelieren mit hohen Inzidenzzahlen -Sterbefälle: sind stabil, keine Übersterblichkeit -Deutschland liefert nun Daten an Euromomo (www.euromomo.eu). Vorher nur Daten aus Berlin und Hessen dort verfügbar, diese BL sind auch noch zusätzlich dort gesondert aufgeführt. -Ab November 2021: Gesetzgebung zur Mortalitätssurveillance • Indikatorbericht (hier): -Erstmalige Vorstellung im Krisenstab -Im Intranet verfügbar -Seit letzte Woche wird er an die Bundesländer (BL) verschickt -BL gegen eine Veröffentlichung, da sie Nachfragen bei Diskrepanzen zu ihren eigenen veröffentlichten Zahlen fürchten, vor allem beim R-Wert Anmerkung: Unterschiedliche R-Werte zwischen Indikatorbericht und Lagebericht könnte verwirren. Antwort: Indikatorbericht enthält konsolidierten R-Wert über den Zeitraum von einer Woche und nicht den tagesaktuellen R-Wert. Diesen Unterschied kann man kommunizieren. ***To do*:** 1. *Hospitalisierung ü60 ergänzen (in Übereinstimmung mit den Control-COVID Kernindikatoren)* 2. *Veröffentlichung anstreben, eventuell nur auf Bundesebene oder in Abstimmung mit BL auch mit (ausgewählten) länderspezifischen Indikatoren*	[redacted]

2	**Internationales (nur freitags)** • Mission Montenegro startet am Sonntag und geht bis Freitag: Abteilung 3 und 2 Personen aus der Charité unterstützen bei IPC, ICU und EPI • Anfrage der Präsidentin der Republik Moldova an Deutschland (RKI explizit erwähnt): sehr großer Hilfebedarf in vielen Bereichen. Es wird ein Hilfspaket mit Laborbedarf und ein Emergency medical team (zusammen mit Norwegen) zusammengestellt in Zusammenarbeit mit GIZ (Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und SEEG (Schnell Einsetzbare Expertengruppe Gesundheit) • Neu (Auf BMG Wunsch): Bi-weekly Analyse von PH-Maßnahmen im internationalen Vergleich und daraus abgeleitete Handlungsempfehlungen • oxford government tracker wird auch berücksichtigt (https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/covid-19-government-response-tracker) ***To do:*** 1. *Handlungsempfehlungen vorab in der Krisenstabssitzung vorstellen und besprechen, dafür soll Lagezentrum mit ZIG2 eine Vorlage erarbeiten*	ZIG ([redacted])
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** ***To do:*** *LZ soll Risikobewertung für nächste Woche Mittwoch zur Besprechung vorbereiten, anschließend in 2-3-wöchigem Rhythmus*	Alle
5	**Kommunikation** • 8 Pandemietipps nicht barrierefrei, daher wird von externer Seite neues barrierefreies Layout erarbeitet, sowie eine Übersetzung in andere Sprachen. Wird an BZgA geschickt • EpiBull soll zukünftig auch barrierefrei werden, daher wird [redacted] einen Lehrgang absolvieren • Hinweis: Neuer EpiBull Artikel am Montag über Selbst-Probennahme durch Patienten und Ag-Schnelltests • Hinweis: EpiBull Artikel über pädiatrisches Cluster und Haushaltsausbrüche in Hamburg • Keine Ergänzungen	[redacted] Presse P1
6	**Neues aus dem BMG** •	BMG
7	**Strategie Fragen** • **Allgemein**	Alle

	• Kommunikation der Abbildung mit Projektion der Fallzahlentwicklung im Lagebericht? (Folien hier) Frage: Warum wurde Abweichung der Meldezahlen während der Feiertage nicht vorab berücksichtigt? Antwort: Solche Effekte schwer Quantifizierbar. Außerdem wichtig, dass Modell so einfach wie möglich zu halten, um Entwicklung ohne Änderung der ist-Situation zu verdeutlichen. Hinweis: Es muss unterschieden werden zwischen Feiertagseffekten aufgrund von weniger Arztbesuchen und daraus resultierend weniger Testungen (schnelle Auswirkung) und Effekten aufgrund von Kontaktreduzierungen, z.B. durch Schulferien (erst mit einem Verzug von 2 Wochen bemerkbar). ***To do:*** *Diesen Bericht aufgrund der vorangegangenen Diskussion für den Lagebericht aufbereiten. Begriff ‚Trend' ersetzten durch ‚Fallzahlen' und den Begriff ‚Prognose' durch ‚Modellierung'.*	[redacted]
	• **RKI-intern** • **Bezüglich Stellungnahme gestern: Impfquote bei den Grenzwerten berücksichtigen?** Vorschlag: vulnerable Population (Ungeimpfte, insbesondere Kinder) bei der Ermittlung der Inzidenz berücksichtigen, z.B. durch Inzidenz pro Altersgruppe, da Impfkampagne aktuell noch stark altersbezogen oder die Berücksichtigung der Ungeimpften bei der Inzidenzermittlung. Einwand: Wird bei anderen Infektionskrankheiten auch nicht gemacht und Genesene müssten auch einberechnet werden. Eher Daumenregel anwenden. *To do: AG Control-COVID soll sich dieser Fragestellung annehmen (FG36 und AL3), siehe auch Punkt 1 bei to-do am Ende.*	Lars Schaade
	Modellierung zu vierter Welle? Krisenstab heute.msg • gezielte Unterdrückung gefährliche VOCS - also Immune escape VOCs – mögliche Maßnahmen Anliegen: Direkte Kommunikation mit Gesundheitsämtern wichtig, da Kommunikation über Landesstellen zu langsam und wichtige Informationen verloren gehen oder verändert	Lothar Wieler

	werden. Mögliche Maßnahmen: Jedes BL richtet Taskforce dafür ein, wie Bayern das schon macht. Weitere Vorschläge: Infobrief, Webinar ***To do:*** 1. *AG Control-COVID: Anpassung Stufenplan im Hinblick auf Population at Risk (Ungeimpfte)* 2. *P1 ([redacted]): Kommunikation (langfristig) über Entwicklung und Maßnahmen, z.B. auch Sommerreisen vermeiden, mögliche 4. Welle. Vorschlag: Public Health Konferenz organisieren.* 3. *FG33: Modellierung der Auswirkung von VOC* 4. *FG38 (Ausbruchskoordination): Ermittlung von notwendigen Maßnahmen zur schnellen Ausbruchsbekämpfung von VOC, um Ausbreitung („Flächenbrand") zu verhindern*	
8	**Dokumente** • Kontaktpersonenpapier a) Ergänzung von Punkt 3.2.2: Empfehlung der 14 tägigen Kontaktvermeidung von geimpften oder genesenen KP mit Risikogruppen. (Anmerkung: Es gibt keine Rechtsgrundlage für eine Quarantäne oder Berufsverbot, daher nur eine Empfehlung). b) Falls Quellfall mit einer Impf-Escape Variante infiziert ist, dann gilt Quarantäneanordnung auch für Geimpfte c) Definition enger Kontakt explizit auch für Kontakt mit respiratorischem Sekret ***To do**: Papier am Dienstag bitte an AG-I zur Kenntnis*	[redacted]
9	**Update Impfen (nur freitags)** • Update zu Epidemiologischen Bulletin 13/2001 (RKI-STIKO Modell) • -Modellierung mit Annahme einer Kontaktzunahme von 20-30%. Vergleich mit aktuellen Zahlen (ITS Fälle) zeigt, dass tatsächliche Kontaktzunahme nur 10%. • BMG möchte eine Modellierung der Lockdown Effekte. Dazu gibt es ein Pool von ca. 2000 Personen, die alle 2 Wochen befragt werden. • -Eine 4-Wöche Kontaktreduktion wie beim 1. Lockdown kann das Überschreiten der ITS-Kapazitäten verhindern.	FG33 ([redacted])
10	**Labordiagnostik** • Virologisches Sentinel: o 695 Proben, 48% COVID-19 Fälle (90% davon B1.1.7) o 200 Rinovirus positiv o Keine Influenzaviren o 10% positiv für Parainfluenzaviren o 2% positiv für humane Metapneumusviren	ZBS1 FG17

	• 1012 Proben o 443 (44%) positiv für SARS-CoV2, davon 90% B1.1.7	
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** •	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** •	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • HH berichtet, dass Personen mit möglicherweise gefälschten Testnachweisen aus Griechenland eingereist sind. Die Personen legten bei Einreise negative Testergebnisse vor, jedoch ergaben sich im Rahmen von Ausbruchsermittlungen Hinweise darauf, dass Abstrichentnahmen vor Abreise nicht stattgefunden haben könnten. Auch aus BY gibt es Berichte über gefälschte Testnachweise bei Einreise aus Griechenland.	FG38 ([redacted])
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • /	FG38
16	**Wichtige Termine** • Nächste Sitzung: Montag, 19.04.2021, 13:00	Alle

Agenda Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Er tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*19.04.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung *entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern**	Alle

	•	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Pandemic Prepardness Partnership Conference (Initiative der brit. Regierung): 20.4., 13-18 Uhr, Herr Wieler nimmt teil	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*19.04.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - .[redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung o *Entfällt wg. Krankheitsfällen in der PHI-Gruppe* **National - Fallzahlen/Todesfälle** (Folien hier) • Überblick Kennzahlen o SurvNet übermittelt: 3.153.699 Fälle insgesamt (+11.437), davon 80.006 (+92) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 165/100.000 EW o Impfmonitoring: Geimpfte mit einer Impfung 16.428.425 (19,8 %), mit 2 Impfungen 5.517.282 (6,6 %) o DIVI-Intensivregister: 4.842 Fälle in Behandlung (+56) • Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer o Thüringen und Sachsen deutlich über dem Bundesdurchschnitt, Schleswig-Holstein einziges Bundesland weit unter dem Bundesdurchschnitt o Bereits Presseanfragen zu kleinem Plateau, Rücksprache mit Presseabteilung erfolgt: im Wochenvergleich KW 14 mit KW 15 ist ein deutlicher Anstieg der Fallzahlen zu Woche 15 hin erkennbar, ein ausbleibender Anstieg der 7TI über drei Tage ist somit noch kein ausreichendes Anzeichen für eine Entwarnung, daher ist eine weitere Beobachtung angeraten • Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis o Gleicht sich bundesweit insgesamt weiter an o LK-Anzahl mit 7TI > 100 weiter steigend o Lediglich noch 51 LK mit 7TI < 100 o Nur 5 LK mit 7TI < 50 (hier nicht ganz korrekt ausgewiesen LK Anhalt-Bitterfeld: SORMAS-Schnittstellen-Fehlfunktion am Wochenende, keine Übermittlung der Daten und damit hier deutlich zu niedrige Inzidenz ausgewiesen) o Hotspots u.a. LKs Sonneberg, Greiz, Saale-Orla-Kreis • COVID-19-Inzidenz nach Meldewoche und Altersgruppe o Datensatz zur Darstellung für KW 15 noch nicht vollständig o Steigt weiter an, am stärksten in der AG der 5-14-Jährigen, aber auch in älteren AG Anstieg zu verzeichnen, auch bei > 80-Jährigen (auch wenn hier Durchimpfung bereits am höchsten) • DIVI-Intensivregister o Anzahl der ITS-Fälle weiter steigend (derzeit 8.842) • Diskussion: o Entwicklung der Fallzahlen: vorsichtige Äußerung anzuraten	ZIG1 FG32 ([redacted])

	o Zunehmend Anfragen zum Verlauf des Medianalters der Todesfälle bei der Presseabteilung: in der Pandemie recht konstanter Wert bei ca. 84, derzeit ca. 82, wird aber in Tabelle 3 im Lagebericht aufgenommen und wochenweise ausgewiesen zwecks Verweismöglichkeit bei Anfragen *To Do: wöchentliche Ausweisung des Medianalters der Todesfälle im Lagebericht Tabelle 3*	
	Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* (Folien hier) • GrippeWeb: Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen o Bei Kindern nach wie vor Einfluss Osterferien ersichtlich: Anstieg vor den Osterferien, nun Rücklauf zu verzeichnen • COVID-19: Inzidenz und Anteil nach Altersgruppe o Bei Kindern hier ebenfalls Einfluss der Osterferien ersichtlich: aktuell erneut steiler Anstieg der Inzidenz, vor allem in der AG der 6- bis 20-Jährigen, bei 0-5-Jährigen leicht erhöht • Ausbrüche in Kindergärten/Horte o 135 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) o Nach Ostern im Median 3-4 Fälle pro Ausbruch, in den Wochen vor Ostern 5-6 o Anteil AG 0-5 an allen Kita-Ausbruchsfällen nimmt weiter zu: seit Ende des Lockdowns (KW 8) sind es rund 46 %, während der 2. Welle waren es ca. 35 % o Insgesamt 2.505 Ausbrüche in Kindergärten/Horte (≥ 2 Fälle) übermittelt o 2.071 (8 3 %) Ausbrüche mit Kinderbeteiligung (<15J.), 44 % (6.694/15.112) der Fälle sind 0 - 5 Jahre alt o 434 Ausbrüche nur mit Fällen 15 Jahre und älter • Ausbrüche in Schulen o 68 neue Ausbrüche (inkl. Nachmeldungen) o Seit Ende Lockdown (KW 8) ist die Mehrheit der Ausbruchsfälle 6-10 Jahre alt (45 %), AG 11-14 (13 %), 15-20 (19 %), 21+ (23 %) o Während der 2. Welle hatte die AG der Kinder und Jugendlichen jeweils einen Anteil von ca. 24-26 % o Insgesamt wurden 1.953 Ausbrüche in Schulen übermittelt (≥ 2 Fälle, 0-5 Jahre ausgeschlossen) o 1.817 (93 %) Ausbrüche mit Fällen < 21 Jahren, 28 % (6-10J.), 22 % (11-14J.), 28 % (15-20J.), 22 % (21+) o 136 Ausbrüche nur mit Fällen 21 Jahre und älter	FG36 ([redacted])
	• **Modellierungen** *(nur montags)* (Modellierung hier https://observablehq.com/d/0281827223f4b268) o Analyse zu privaten Mobilitätsanteilen (Fokus: Wochenende, hier jeweils Sonntage dargestellt) o Auflösung: Stunden-Fenster und nach Landkreisen bzw. hier dargestellt Hamburg und Berlin	P4 ([redacted])

	o Referenzzeiträume: 1. – 16. KW 2019 (schwarz) und 2020 (blau) zu 2021 (rot) o Balkendiagramm: ▪ Mobilität bundesweit in 2019 und 2020 bis KW 11 im Wesentlichen konstant ▪ Lockdown KW 11 2020: Mobilitätsrückgang -40 bis -60 % ▪ 2021: in ersten 16 Wochen niedrigeres Niveau (Lockdown-Phase), KW 13 2021 im Vgl. zu 2020 (erster Lockdown) weiteraus geringere Mobilitätsverringerung o Wolkendiagramm: ▪ Großstädte (Berlin und Hamburg) samstags 22-23 Uhr (zwecks Beurteilung der möglichen Auswirkung einer nächtlichen Ausgangssperre) ▪ X-Achse: Außentemperatur (Einfluss auf Mobilität), y-Achse: Anzahl an Bewegungen ▪ 2019 (schwarz): Punktwolke um 120.000 Bewegungen in ersten 16 Wochen, 2020 (blau): vor Lockdown ähnlich, nach Lockdown: Absinken der Mobilität auf ca. 30.000 Bewegungen (knapp ¼ der Mobilität) → Effekt auf abendliche Bewegung substanziell stark; 2021 (rot): weiterhin sehr reduziert bei ca. 40.000 Bewegungen, vergleichbar mit Lockdown 2020 ▪ Ähnlich in HH, ggr. geringere Bewegungsanzahl ▪ Ähnlich Bilder auch für Freitagabend und andere Zeiträume ab 20 Uhr ▪ Sehr wenig Bewegungen in Berlin und Hamburg auch unabhängig der Außentemperatur ersichtlich, Datengrundlagen von Telekom und Telefonica zeigen übereinstimmendes Bild • Diskussion: o Bevölkerung scheint sich unabhängig der jeweilig aktuellen Empfehlungen eigenverantwortlich einzuschränken o Hier gesamte Mobilität dargestellt, nächtliche Ausgangssperre wirkt sich nur auf kleinen Anteil der Mobilität aus (auf ca. 1/10) o Kontaktnetzwerke sind ebenfalls zu berücksichtigen, siehe Modellierung der DTU Kopenhagen, wird in kommender Sitzung vorgestellt: soziale Kontaktnetzwerke in Abendstunden sehr dicht, intensiv, großgruppig und diffusiv im Vgl. zu anderen Tageszeiten → es ist anzunehmen, dass daraus stärkere Infektions-Events resultieren können o Bis Mittwoch weitere Datenanalyse auch hinsichtlich ländlicher Bereiche und Kleinstädten wie bspw. Tübingen (auch hier interessant, da kein Lockdown *per se*)	

	o Sichtbarkeit einer örtlichen Agglomeration: in Berlin recht gute Auflösung (feine Kachelung), allerdings aufgrund von Datenschutz bei < 10 Bewegungen pro Kachel ausgegraut, wird aber weiter analysiert o Begrenzte Wirksamkeit von Ausgangssperren nicht auszuschließen aber Bevölkerung hat Mobilität um ca. ¾ reduziert, allerdings ist die Qualität noch stattfindender Kontakte derzeit nicht erkenn- oder beurteilbar *To Do: Kontaktnetzwerke und Darstellung ländlicher/kleistädtischer Bereiche (auch Tübingen) zu nächster Sitzung*	
2	**Internationales** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* DEA: • Upload Testergebnis: Zeitplanverschiebung in Bundesdruckerei, temporär nicht erreichbar, Personen konnten sich nicht einloggen, BMG hat Bundesdruckerei vehement zum Abstellen bewegt (Regressforderungen) • Aktuell Priorität auf SORMAS-Anbindung • Verschobene Updates/Instabilität nach hinten priorisiert, da grundsätzliche Stabilität zunächst gewährleistet sein muss • DEA-Grafiken zur Einreise nach D als Indikator ggf. einmal im Monat im Lagebericht abzubilden (derzeit Peaks mit bis zu 90.000 Einreisen, im Vgl. DEA-Beginn mit ca. 30.000) *To Do: Abbildung DEA-Einreise stellt [redacted] gern in einer der nächsten Sitzungen vor.* CWA: • Eventregistration: Kritik an LUCA in Öffentlichkeit, in UK wurde dortige CWA-Version der Eventregistrierung aus Applestore entfernt • Derzeit Übereinkunft, Eventregistration in CWA anzubringen • Vorige Woche: ca. 80.000 Personen durch CWA gewarnt, davon lassen sich i.d.R. ca. 60 % testen, zeigt ungeachtet der Probleme die Signifikanz der CWA im Pandemiegeschehen • Empfehlungen des RKI zur KPN: muss in CWA ergänzt werden, derzeit erhalten Geimpfte als auch Ungeimpfte dieselben Mitteilungen, externe Informationen zu verlinken ist hierbei sinnvoll, da Entscheidungen zeitlich-politischen Schwankungen unterlegen sind • Rücknahme falscher Schnelltestergebnisse: technische Herausforderung, Ereigniskette muss beachtet werden, derzeit in Arbeit, derzeitige Timeline sieht hierzu Ende Juni/Anfang Juli vor, sollte im Stakeholder-Meeting nach vorn priorisiert werden • Gesundheitsämter: Anbindung hinsichtlich Funktionalität zu Testergebnissen derzeit in Diskussion	FG21 ([redacted])

	DEMIS: • Testcenter werden vermehrt anzubinden und Labordaten-Umgebungen zu trennen versucht • Neue Profile werden veröffentlicht, um nicht nur SARS-COv2 sondern auch alle anderen relevanten Erreger melden zu können, Labore werden schrittweise angebunden SORMAS: • Verstärkt Gesundheitsämter angebunden, Datenqualität und -verlässlichkeit müssen noch verbessert werden Diskussion • Analysen der Pooltestung von Schüler*innen (siehe bspw. Freiburg, Köln) durch Labors im Routinebetrieb – ist die Befund-Mitteilung an Endgerät der Eltern via CWA möglich? *To Do: Klärung der Pooltestungs-Mitteilung via CWA bilateral zwischen [redacted] und [redacted]*	FG32 ([redacted])
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Aktuelles Dokument hier *To Do1: Die im Ordner abgelegte Datei wird von [redacted] an den Krisenstab zirkuliert* *To Do2: Besprechung hierzu ist für Mittwoch, den 21.04. geplant, dann im zweiwöchigen Turnus*	Alle
5	**Kommunikation** BZgA • Keine Anmerkungen Presse *To Do: Bei Dokumentenänderungen die Bitte an alle, den jeweilig aktuellen Stand aus der Website zu kopieren, damit nicht versehentlich mit veralteten Versionen gearbeitet wird.* *Die Vorgehensweise wurde begrüßt und soll zukünftig umgesetzt werden.* P1 • „Verhaltenstipps“ wurden in diverse Sprachen übersetzt, werden vom BMG verbreitet, P1 arbeitet derzeit an jeweiligem Layout und wird diese dann zirkulieren • Kleine Anfrage der Grünen zur Kommunikationsstrategie der Bundesregierung: [redacted] hat Anfrage beantwortet, leitet diese dann weiter an die Presseabteilung • Kommunikation von Schnelltesten: Hinweisliste und Erklärgrafik zu falschen Testergebnissen sowie zur Relevanz von regelmäßigem Testen in Vorbereitung durch P1	BZgA ([redacted]) Presse ([redacted]) P1 ([redacted])

	• Positivenanteil (siehe letzte BPK):
	  o Hat beim HZI Fragen aufgeworfen, wurde auch von ZDF heute aufgegriffen
	  o Im Hinblick auf BPK am Freitag ggf. weiteres Statement zur Bedeutung des Positivenanteils sinnvoll sowie dass dieser durch die Schnelltests aktuell nicht maßgeblich beeinflusst wird, dies ist auch unabhängig der BPK zu kommunizieren
	  o Hinweis 1: bei der BPK keine grafische Darstellung möglich, diese sollte anderweitig eingebettet und prominent dargestellt werden (bspw. Lagebericht, Twitter)
	  o Hinweis 2: Surveillance-Daten sollten berücksichtigt werden, da diese Altersgruppen-spezifisch aufgeschlüsselt sind (ältere AG höhere Positivenrate als Kinder)
	  o Hinweis 3: ARS-Daten geben differenzierte Hinweise auf altersstratifizierte Anzahl an durchgeführten Testungen und Positivenanteil
	  o ITS Bettenbelegung, Inzidenz und Fallzahlen korrelieren
	  o Hinweis 4: erkrankte Personen lassen sich mit höherer Wahrscheinlichkeit testen (mutmaßlich recht stabiles Verhalten), Variationen finden sich vermutlich eher im Grad der Erfassung asymptomatischer Fälle
	To Do: Eine erneute Erläuterung zu Tests und deren Bedeutung sowie zur Begrifflichkeit und Bewertung der Inzidenz ist erforderlich
	
	• „Control Covid"-Konzept:
	  o Muss erneut klargestellt werden, da aktuell geäußerte Bestrebungen, die Gesamtbevölkerung durchzutesten wenig sinnvoll erscheint
	  o Stufenkonzept „Control Covid" wird überabreitet, vermutlich zu kurzfristig für BPK am Freitag
	• „Control Covid"-Publikationen und -Grafiken sollten stärker in den Vordergrund gestellt werden, damit nicht nur die Inzidenz öffentliche Berücksichtigung findet, auch um auch lokale Gegebenheiten zu berücksichtigen und eine differenzierte Betrachtungsweise zu fördern
	• Einschränkung: zu viele Parameter erschweren oder verwässern andererseits die Entscheidungsgrundlage zur Umsetzung von Maßnahmen in einzelnen Bundesländern, dies sollte noch detaillierter besprochen werden
	
	To Do1: Erfassungssysteme sollten ebenso im EpidBull berücksichtigt werden (derzeit bereits in Arbeit).
	To Do2: Wiederaufnahme des o.g. Diskussionspunktes zur Inzidenz als Hauptparameter.	

6	**Strategie Fragen**	Alle

	a) Allgemein • Nicht besprochen **b) RKI-intern** • Nicht besprochen	
7	**Dokumente** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** • Definition „Genesener“: PCR-Positivität ausreichend, eine klinische Erkrankung ist definitionsgemäß hier nicht entscheidend. Dieser Punkt wurde bereits geklärt.	Alle
8	**Update Impfen** ***(nur freitags)*** • Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** **Update AGI Sentinel** • In der KW 14 und 15 gab es einen ggr. Probenrückgang (Osterfeiertage), von 330 Proben 5 % Rhinoviren, 18 % saisonale Coronaviren (NL63), 1 % Parainfluenza, 9 % SARS-CoV-2 (KW14 11 %, KW 15 7 %). Hierbei ist die Altersstratifizierung zu berücksichtigen (Positivenrate bei Erwachsenen höher; Osterferien: KiTa-/Schulferien). **ZBS1** • Letzte Woche 1.383 Einsendungen, davon 614 positiv (44,4 % Positivenrate) • Publikation zur PCR-Untersuchungen akzeptiert	FG17 ([redacted]) ZBS1 ([redacted])
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** Inhalative Korticosteroide (Budesonid): • Wurde in Öffentlichkeit viel diskutiert und als „Gamechanger“ bezeichnet; die zwei kürzlich veröffentlichten Studien (STOIC und PRINCIPLE) sind aufgrund verschiedener Limitationen jedoch nicht ausreichend zur abschließenden Einschätzung (Details siehe Stellungnahme des STAKOB/FG COVRIIN unter www.rki.de/covid-19-covriin und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. unter https://pneumologie.de/fileadmin/user_upload/COVID-19/20210419_DGP_OEGP_DGAKI__C19_und_ICS__STOIC-Studie.pdf) • Fazit: Budesonid-Inhalation bleibt eine individuelle Therapieentscheidung unter Berücksichtigung der	IBBS ([redacted])

	Komorbiditäten; keine generelle Therapieempfehlung für COVID-19 Antikoagulantien: • Im ambulanten Setting schwerpunktmäßig bei Patienten mit Risikofaktoren empfohlen Nachtrag [redacted]: • Therapieübersicht der FG COVRIIN u.a. zur Antikoagulation: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/COVRIIN_Dok/Therapieuebersicht.pdf?__blob=publicationFile • Es folgt in Kürze noch eine separate Stellungnahme der FG COVRIIN nur zur Antikoagulation.	
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** • Aktuell Anfragen zu möglicher FFP3-Empfehlung (keine generelle Empfehlung zu FFP3 auszusprechen)	FG14 ([redacted])

12	**Surveillance** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)***
	• Darstellung zur 7-Tages-Inzidenz auf der Website soll von epidemiologischen Darstellungen getrennt gezeigt werden (separate Seite), im Dashboard wird dann auf diese Seite verlinkt
	• [redacted] bereitet einen Vorschlag für [redacted] vor, der über Herrn Wieler an ihn geschickt wird
	• Archivdatei: Ersatz sieht lediglich etwas anders aus, keine Zusatzarbeit für Presse erforderlich
	
	• Aktueller VOC-Bericht ist, wie bereits kommuniziert, der vorerst letzte, sofern keine neue schwerwiegende VOC auftritt
	
	• VOC-Abstimmungsrunde:
	  o Ist bereits heute Vormittag erfolgt, wird ein weiteres Mal stattfinden (kein fortlaufendes JF)
	  o Eine Klärung hinsichtlich eines möglichst minimalinvasiven Vorgehens ist wünschenswert
	  o BMG-Bedarf hierbei: Übersicht, Sprachfähigkeit auch ggü. Medien, Vorschlag von [redacted] (Virologin) hierzu: umfassende Tabelle zu VOCs, die laufend ergänzt bzw. aktualisiert wird
		FG32
		([redacted])
		
		FG36
		([redacted])
		
		ZIG1
		([redacted])

13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge**	Alle

	• Pandemic Preparedness Partnership Conference (Initiative der brit. Regierung): 20.4., 13-18 Uhr, Herr Wieler nimmt teil • Konferenzhinweis „Zero Covid“ 24.04. ca. 13-17 Uhr, link wird von [redacted] zirkuliert	
	Nächste Sitzung: Mittwoch, 21.04.2021, 11:00	

Ende 14:25

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*21.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** *(Text soll regelmäßig (alle 2 Wochen) auf Aktualität überprüft werden)* • Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (s.a. Link Risikobewertung)	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein**	Alle [redacted]

	• Bitten aus AGI: Ausnahme Geimpfte von Testpflicht, 2. Streichen der Schnelltests während Quarantäne, 3. Verlängerung Isolation auf 21 Tage (mit Möglichkeit der Freitestung) **b) RKI-intern** •	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Diskussion Eckpunktepapier	Alle [redacted]
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine** TK Mi 21.04. 14 Uhr mit BMG zu Eckpunktepapier	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 23.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*21.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webexkonferenz

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
- MF4
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- BMG
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* **National** • Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) o SurvNet übermittelt: 3.188.192 (+24.884), davon 80.634 (+331) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 160/100.000 Einw. o Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer ▪ Kein weiterer Anstieg, ähnlicher Trend in den meisten BL o Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz ▪ Inzidenzen deutschlandweit sehr hoch, nur 6 LK mit Inzidenz bis 50 und 55 LK mit Inzidenz 50-100 o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ In allen Altersgruppen Anstieg von KW 14 zu KW 15 ▪ deutlicher Anstieg bei 5-14 und 15-34 Jährigen o Hospitalisierte ▪ Von Woche 12 zu 13 kein weiterer Anstieg, kein Ostereffekt zu vermuten o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Kein weiterer Rückgang von Todesfällen, eher Plateau o Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis ▪ Kleiner Anstieg der Fälle mit Antigennachweis, Anteil jedoch weiter sehr gering, < 10% • **Testkapazität und Testungen** *(nur mittwochs)* **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) o Testzahlen und Positivquote ▪ Ca. 1,3 Mio. Teste durchgeführt, wieder mehr als in KW 13 und KW 14 ▪ Positivenanteil leicht gestiegen auf 12,4%, Anstieg Positivenquote flacht ab. o Auslastung der Kapazitäten ▪ Unverändert o PCR-Positivenanteil nach Antigentest ▪ Dunkelblaue Balken im Hintergrund beschreiben die in der Voxco-Abfrage übermittelten positiven PCR-Tests, die grauen Balken im Vordergrund die bestätigten Fälle (Meldungen), die hellblauen Balken die bestätigten Fälle nach Antigentests. Bei dem dunkelblauen Anteil könnte es sich um Mehrfach-testungen handeln. ▪ Anstieg des Positivenanteils ist nicht alleine durch Antikörpertests erklärbar. ▪ Grafik sollte vereinfacht werden und folgende Fragen beantworten: Wie haben sich die Testzahlen verändert, wie entwickelt sich der Positivenanteil und wie verändert sich der Anteil der positiven PCR-Tests,	FG32 [redacted] Abt.3 [redacted]

	denen ein Antigentest vorangeht? Nur diese 3 Linien sollen dargestellt werden. *ToDo: Überarbeitung der Grafik, FF* [redacted] o Testzahlerfassung-VOC ▪ In KW15 Anteil der VOC über 90%, davon entfällt der mit Abstand größte Anteil auf B.1.1.7 (89,9%) o AG-POCT in Einrichtungen ▪ Anteil Antigentests mit positivem Ergebnis bei ca. 0,2% ▪ Ein hoher Anteil davon geht in die PCR (85%), davon wird ca. die Hälfte (55%) in der PCR positiv bestätigt	
	ARS-Daten (Folien hier) o Anzahl der Testungen und Positivenanteile ▪ Testzahlen steigen wieder an. ▪ Positivenanteil ist etwas niedriger als in Vorwoche. ▪ 1. Monatsbericht im Mai geplant, aggregierte Daten sollen zum Download zur Verfügung gestellt werden. o Anzahl Testungen und Positivenanteile nach Altersgruppe ▪ Effekt der Osterzeit bei der Anzahl Testungen deutlich zu sehen, jetzt wieder Zunahme. ▪ Deutlicher Anstieg der Positivenanteile bei 5-14 Jährigen. o Anzahl Testungen in verschiedenen Organisationseinheiten ▪ Effekt Osterzeit in Arztpraxen sichtbar, Testungen steigen wieder an. ▪ In KH keine sehr großen Veränderungen. o B.1.1.7 (Typisierungs-PCR) ▪ 17 Labore übermitteln Daten hierzu. ▪ Anteil B.1.1.7 von allen Proben, die typisiert wurden, über 90%. o Ausbrüche Altenheime und Krankenhäuser ▪ Weiterhin werden pro Woche ca. 50 Ausbrüche aus Alten- und Pflegeheimen und ca. 100 nosokomiale Ausbrüche übermittelt.	FG37 [redacted]
	• **Syndromische Surveillance** *(nur mittwochs)* (Folien hier) o GrippeWeb ▪ ARE-Raten sind im Vergleich zur Vorwoche stabil geblieben, etwa auf gleichem Niveau wie im Vorjahr, aber deutlich niedriger als in den Jahren davor. ▪ Deutliche Zunahme vor allem bei 0-4 Jährigen. o ARE-Konsultationen ▪ Osterknick beendet, Zahl der Arztbesuche ist wieder angestiegen. ▪ In KW 15 ca. 557.000 Arztbesuche wegen akuter Atemwegserkrankungen. o ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle ▪ Starker Anstieg bei 35-59 Jährigen, in anderen Altersgruppen schwankend. ▪ Bei 35-59 Jährigen ist das Niveau höher als in 2. Welle und höher als jemals in Grippewellen in dieser Altersgruppe.	FG36 [redacted]

	o ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle ▪ Deutlicher Anstieg bei 35-59 und 60-79 Jährigen ▪ Vorläufige Ergebnisse für KW15: es sieht so aus, als würde sich dieser steile Anstieg nicht fortsetzen. ▪ Anteil COVID an allen hospitalisierten SARI-Fällen steigt weiter an. o ICOSARI: SARI-Fälle in Intensivbehandlung mit COVID-19, vorläufige Daten bis KW 15 ▪ Hauptlast liegt bei 60-79 Jährigen, in dieser Altersgruppe werden die Patienten jünger.	
	• **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** *(nur mittwochs)* (Folien hier) o KW15: 137 Einsendungen; ca. 150 Einsendungen pro Woche in letzten 3 Wochen o SARS-CoV-2: 6,9%, B.1.1.7 seit 2 Wochen 100%. o Rhinovirusaktivität ist über Osterzeit stark eingebrochen. o Parainfluenzavirus: ca. 2% o SARS-CoV-2 ist zurückgegangen, endemische Coronaviren bei Kleinkindern nehmen zu. o Gestern 1. positiver Influenzavirusnachweis, wird noch sequenziert. o Altersverteilung bei Probeneingängen hat sich zugunsten der 0-4 Jährigen verschoben. Bei 35-60 Jährigen ging die Probenanzahl zurück. o Rhinovirusaktivität steigt in höheren Altersgruppen. o Endemische saisonale Coronaviren: nach wie vor starke Aktivität von NL63 und OC43. o Altersverteilung bei NL63: Nachweisrate am höchsten bei 0-4 und >60 Jährigen. o SARS-CoV-2: Nachweisrate bei Kindern im Sentinel nicht sehr hoch. Vermutlich wegen geringer Symptomatik, die keinen Arztbesuch erforderlich macht.	FG17 [redacted]
	• **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** *(nur mittwochs)* (Folien hier) o COVID-19-Intensivpflichtige ▪ 4.987 Patienten auf ITS, 306 Fälle mehr als in Vorwoche. ▪ Steigende Zahlen in nahezu allen BL. ▪ Todeszahlen auf ITS sind ebenfalls steigend. ▪ Starker Anstieg von Kindern auf ITS setzt sich nicht fort. o Belastung der Intensivmedizin ▪ Nord-West: hohe Auslastung in Bremen, in übrigen BL eher moderat. ▪ Nord-Ost: starker Anstieg in Sachsen-Anhalt ▪ Mitte: Lage hat sich in Thüringen leicht entspannt. ▪ Süd: besonders starker Anstieg in BW; Kapazitäten in südlichen BL relativ hoch. o Behandlungskapazitäten ▪ Geschehen verteilt über ganz Deutschland. ▪ In 9 BL Anteil von COVID-19-Patienten an ITS-Betten über 20%.	MF4 [redacted]

	▪ Freie Kapazitäten nehmen ab, 60% melden Einschränkungen im Betrieb. o Beatmungskapazität ▪ Über 85% der Behandelten benötigen eine Beatmung. ▪ Schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen zu und freie ECMO Kapazitäten ab. o Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patient*innen ▪ Prognose eines milden Anstiegs	
	• Wo bilden sich die in Zusammenhang mit Reisen durchgeführten Tests ab? o Im Spätsommer/Herbst wurde die Anzahl Teste im Rahmen von Reisen gesondert erfasst. Dies war ein erheblicher Aufwand und nicht sehr repräsentativ und wurde deshalb bisher nicht wieder aufgenommen. o [redacted] ist in Kontakt mit Firma, die Daten aus Testzentren ermitteln will.	[redacted]
	• Wird eine leichte Entspannung gesehen? o Testungen noch nicht wieder auf Niveau der Vorwochen, kann nächste Woche besser beurteilt werden. o Selbsttests gehen nicht in die Betrachtung mit ein, spiegelt sich in Meldezahlen nicht wieder. o Inzidenz nach Rückgang über Ostertage wieder auf Niveau vor Ostertagen angekommen, hat sich aber nicht weiter erhöht. Politische Diskussionen haben sich vermutlich bremsend auf Kontaktverhalten ausgewirkt. o Stagnation, noch keine Entspannung, aber auch kein weiterer Anstieg. Fallzunahme scheint sich abzuschwächen. o Es werden Anfragen zur Einschätzung der Lage kommen, RKI sollte sich zum aktuellen Geschehen äußern ohne Hypothesen zu den Gründen zu formulieren. o Eine Abbildung der wöchentlichen Erstaufnahmen auf ITS wäre sinnvoll. ▪ Anzahl neu intensivpflichtiger Patienten kann im DIVI-Intensivregister nur geschätzt werden, da bei der Anzahl übermittelter Neuaufnahmen nicht zwischen erstmaliger Aufnahme von Patienten und Neuaufnahmen im Rahmen von Verlegungen unterschieden wird. o Information aus 5 Kleeblättern: 4 sprechen von einer horizontal stabilen Lage mit keiner weiteren Zunahme des Bettenbedarfs und verlegen nur innerhalb des Kleeblatts. Nur im Kleeblatt Ost sind auch Verlegungen in andere Kleeblätter geplant, da Sachsen von einer weiteren Zuspitzung der Lage in nächsten 2 Wochen ausgeht. o ICOSARI: Nicht mehr so viele stationäre Aufnahmen, aber Niveau nach wie vor unbefriedigend hoch.	Alle [redacted] [redacted] [redacted]
2	**Internationales** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)*	

	• Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung (hier) o Überarbeitungen der Punkte Allgemein, Ziel, Übertragbarkeit, Ressourcenbelastung des Gesundheitssystems, Infektionsschutzmaßnahmen und Strategie. o Unter anderem wird beim Ziel, der Schutz vor schweren Krankheitsverläufen nicht nur bei Risikogruppen ergänzt. o Die Beschleunigung des Anstiegs wird rausgenommen. o Es wird auf die Problematik der Übertragung durch Aerosole in schlecht belüfteten Räumen und das regelmäßige intensive Lüften hingewiesen. o Die Entwicklung antiviraler Medikamente wird bei Maßnahmen und Strategie rausgenommen. o Überarbeitung wurde im Krisenstab angenommen.	Alle
5	**Kommunikation** **BZgA** • Nichts Neues zu berichten **Presse** • Nichts zu berichten **Wissenschaftskommunikation** • Beschäftigung mit Positivenanteil, VOC Bericht wird unterstützt. • Sollen die Veränderungen bei den Therapiemöglichkeiten kommuniziert werden? o Richtung Fachöffentlichkeit kommuniziert STAKOB. Es gibt hierzu ein Überblicksdokument mit Änderungshistorie auf der Webseite. o Aufbereitung für Laien durch RKI nicht sinnvoll. o Fragen zur Therapie gehören nicht zum Zuständigkeits-bereich des RKI, ist Aufgabe der Fachgesellschaften. o Vorgehen bisher und weiterhin: Anfragen aus der Bevölkerung werden abgelehnt und Anfragen der Fachöffentlichkeit auf STAKOB verwiesen. • Soll mehr auf Spätfolgen der Erkrankung eingegangen werden? o Datenlage ist noch nicht optimal. Was da ist, sollte dargestellt werden. *ToDo: FAQ zu Spätfolgen, FF* [redacted] • Wäre es sinnvoll, Empfehlungen offensiver zu kommunizieren, bei welchen Symptomen oder Verschlechterung der Symptomatik ein Arzt aufgesucht werden sollte? o Altersgruppe der 35-59 Jährigen ist sich häufig nicht bewusst, dass auch sie schwer erkranken kann. o Ziel: Vermeidung, dass Patienten zu spät im Gesundheits-versorgungssystem vorstellig werden.	BZgA Presse P1 [redacted]

Kommentiert [KK1]: Aufgabe 3440 vergeben (22.04) bis 29.04. DS

	o Wird von BZgA über Webseite aufgegriffen, jedoch nichts Spezielles für diese Zielgruppe. *ToDo: Flussschema auf Aktualität überprüfen und in einem einfachen Papier oder FAQ zusammenfassen, FF IBBS, P1* o Bisher wurde aus den KH nicht rückgemeldet, dass sich diese Altersgruppe nicht frühzeitig genug vorstellen würde. *ToDo: IBBS klärt bei den KH, ob hier ein Problem besteht.*	[redacted]
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** • Bitten aus AGI: 1. Ausnahme Geimpfte von Testpflicht o Wunsch: Geimpfte sollen bei Tests nicht mehr berücksichtigt werden, nur noch niedrigschwellige, anlassbezogene Testung bei Symptomen. o Die Empfehlung bleibt so, da es weiterhin zu leichten Erkrankungen von Geimpften in der Pflege kommt. o Keine Ausnahme, wird fachlich für die richtige Empfehlung gehalten. • 2. Streichen der Schnelltests während Quarantäne o Soll nicht rausgenommen werden, FG36 wird prüfen, ob „möglichst“ eine Option wäre. o Allerdings handelt es sich sowieso nur um eine Empfehlung. o Da die Schnelltests nicht in der Testverordnung enthalten sind, handelt es sich auch um eine Finanzierungsfrage. o Innerhalb der Quarantäne negativ getestete Personen erhalten keine Freiheiten. 3. Verlängerung Isolation auf 21 Tage (mit Möglichkeit der Freitestung) o Rheinland-Pfalz wünscht Verlängerung aufgrund der Beobachtung, dass die Ct-Werte zum Ende der Isolation bei der B.1.1.7 Variante häufig noch < 30 sind. o Empfehlung an sich ist konsistent, da in diesem Fall die Quarantäne verlängert werden würde. o RP sollen Fallbeispiele ans RKI schicken. *ToDo: Literaturscreening zum Thema, wie lange bei der B.1.1.7 Variante relevante Virusmengen ausgeschieden werden, FF IBBS* **b) RKI-intern**	FG38 [redacted] / Alle
7	**Dokumente** • Diskussion Eckpunktepapier o Nur kurze Vorstellung, da am Eckpunktepapier parallel zur Krisenstabsitzung gearbeitet wird (FF [redacted]). o Inhalt: Bund kann Ausnahmen von verpflichteten Maßnahmen für Geimpfte, Genesene und Getestete definieren. o Die Befürchtung ist, dass die Ausnahmen zu weitreichend sein werden.	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG33

9	**Labordiagnostik** • Nicht besprochen	ZBS1/ FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • Nicht besprochen	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • BAuA hat FAQ zu antiviral beschichteten Masken erstellt. o Der Nutzen ist nicht bewiesen, die Unbedenklichkeit nicht belegt. o Living Guard Masken und andere Produkte werden intensiv beworben. Mechanismus: Metallfäden/ Imprägnierung mit Bioziden/ photoaktive Substanzen o Fällt in Zuständigkeit des BfArM. *ToDo: FAQ wird auf unseren Seiten verlinkt* [redacted] *macht Vorschlag ~~für FAQ~~und kontaktiert die Pressestelle.*	FG14 [redacted]
12	**Surveillance** • Nicht besprochen	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** • TK Mi 21.04. 14 Uhr mit BMG zu Eckpunktepapier	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 23.04.2021, 11:00 Uhr, via Webex	

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*23.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** Erlass: Strategiepapier zu Öffnungen **b) RKI-intern**	Alle

	• **Erlass zur Kommunikation der Definitionen** **G**eimpfte, Genesene, Getestete	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* • Umgang mit Geimpften PCR-Positiven mit hohen CT-Werten	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • Akute Arbeitsbelastung Lagezentrum und Rufdienst	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 26.04.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*Fr., 23.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	Webex-Konferenz

Moderation: Osamah Hamouda

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lothar H. Wieler
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  -
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- FG12
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG33
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG35
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 38
  - [redacted]
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted] (Protokoll)
- BZgA
  - [redacted]

TOP	Beitrag/ Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage**	
	International *(nur freitags)* o Folien hier o Weltweit: ▪ Datenstand 22.04.2021, WHO: ▪ 143.445.675 Fälle (+14,5% im Vgl. zur Vorwoche) ▪ 3.051.736 Todesfälle (2,1%) o Liste Top 10 Länder nach neuen Fällen: ▪ IND, BRA, USA, TUR, FRA, IRN, ARG, DEU, COL, ITA ▪ einige Länder mit rückläufigem Trend, aber mit weiterhin hoher Inzidenz o Indien: ▪ 7-Tage-Inzidenz +62% im Vgl. zur Vorwoche ▪ Mehrere Erlasse ▪ Insb. Virusvarianten B.1.617 und B.1.618 ▪ Darstellung von ECDC: B.1.617 bereits stark verbreitet (CAVE: basierend auf GISAID-Daten – evt. nicht repräsentativ) ▪ Weitere Treiber für steigende Fallzahlen: Nichteinhaltung nicht-pharmazeutischer Maßnahmen, falsches Sicherheitsgefühl, Massenbewegungen von Stadt aufs Land, Pandemiemüdigkeit, religiöse Veranstaltungen ▪ ECDC HSC Meeting 21.04.2021: „It is unlikely but not impossible the variant will pose an increased public health threat for the EU/EEA compared to variants B.1.351 and P.1." o Virusvarianten ▪ WHO Epidemiological Update 20.04.2021: 3 VOC, 6 VOI, 19 VUI, aber B.1.617 noch nicht erwähnt. Einschätzung: WHO hinkt hinterher. o Studie Munitz et al. 2021, Cell Report Medicine (s. hier): ▪ B.1.1.7 innerhalb von 3,5 Wochen zur dominierenden VV geworden ▪ B.1.1.7 Transmissibilität: um 45% erhöht (95% CI: 20-60%) o Hinweise auf: ▪ ECDC, 21.04.2021: Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions (s. hier) ▪ PHE, 22.04.2021: Technical briefing documents on novel SARS-CoV-2 variants,9th Update (s. hier)	ZIG1 ([redacted]) FG32 ([redacted])
	National o Folien hier • **Fallzahlen, Todesfälle, Trend**	

	o SurvNet übermittelt: 27.543 Fälle (+7500), 81.158 Todesfälle (+265) o 7-Tage-Inzidenz: weiterhin um 160/100.000 Einw. o Verlauf der 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer: ▪ Schwerpunkte weiterhin Thüringen, Sachsen-Anhalt, z.T. Bayern. ▪ Saarland stark steigend, aber wahrscheinlich kein echter Anstieg: GA Saarbrücken hat auf SORMAS umgestellt, woraufhin es zu falschen Meldungen kam. Wird in Grafik morgen berücksichtigt, kann aber nicht in Tabelle mit Meldezahlen (Fallzahlen_Kum_Tab.xlsx) korrigiert werden. *To Do: bilaterale Diskussion im Anschluss, ob bzw. wie sich Daten doch nachträglich korrigieren lassen.* ▪ Baden-Württemberg: Modellprojekt in Tübingen abgebrochen. ▪ Nur 61 Landkreise mit 7-Tage-Inzidenz <100/100.000 Ew. o 7-Tage-Inzidenz nach Altersgruppe ▪ Fälle: stabil o COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche ▪ Für KW12/2021: in etwa gleich zu Vormonaten, leicht ansteigend ▪ Anstieg über vergangene Meldewoche sollte beunruhigen, auch wenn im Vergleich zur 2. Welle deutlich geringere Zahlen, auch mit Hinblick auf steigende Impfquoten. • **Testkapazität und Testungen** ***(nur mittwochs)*** o (nicht berichtet) • **ARS-Daten** o (nicht berichtet) • **Syndromische Surveillance** ***(nur mittwochs)*** o (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** ***(nur mittwochs)*** o (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** **(nur mittwochs)** o (nicht berichtet) • **Virologische Surveillance, NRZ Influenza-Daten** ***(nur mittwochs)*** o (nicht berichtet) • **Zahlen zum DIVI-Intensivregister** ***(nur mittwochs)*** o (nicht berichtet)	
2	**Internationales** ***(nur freitags)*** • **Montenegro-Mission** o Zusammen mit Abt. 3 o Team zT. zurück, z.T. auf Rückreise	ZIG ([redacted])

	• **Moldawien-Mission** o Mission mit Schnell Einsetzbarer Expertengruppe Gesundheit (SEEG, GIZ) o Evt. auch mit EMT o Politische Unklarheiten: Mission von Präsidentin angefragt, von Gesundheitsministerium aber nicht – wird geklärt. • **Namibia-Mission** o in Vorbereitung o Fokus: Aufbau von Testkapazitäten • **Austausch zu NPI und Kontaktnachverfolgung bei steigender Impfquote** o Dank an Abt. 3 und Abt. 1 o Gesprächsnotiz geht an nCoV-Lage und gibt es auf Anfrage • **Austausch zu Auswirkungen der Pandemie und Pandemie-Maßnahmen auf Ungleichheiten** o mit WHO Department Social Determinants of Health o Dank an Abt. 2 • **Einreisen und 3 Formen der Risikogebiete** o DEU macht es schwieriger als viele europäische Nachbarn o Frage: Wenn davon auszugehen ist, dass Virusvarianten weiterhin bzw. langfristig relevant ist – wie lange ist so ein System tragbar? Bitte, Vorschlag: gegenüber BMG positionieren. ▪ Zustimmung – wird sich auf Dauer nicht durchhalten lassen; überlegen, wie damit umzugehen ist. *To Do: Auf Wiedervorlage*	
3	**Update digitale Projekte** *(nur montags)* • (nicht berichtet)	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **Diskussion der Änderungsvorschläge zur Risikobewertung** o Aktuell keine Diskussion bzw. Änderung nötig	Abt. 3 ([redacted])
5	**Kommunikation** **BZgA** • Aktivitäten: o Aktuell/ neu: „Bundesnotbremse“ – Änderung IfSchG: neuen gesetzlichen Regelungen gehen heute auf Website, evt. nächste Woche Twitter o Weiterhin: Standardaufklärung AHA+L-Regeln, Impfen • Gemeinsamer Steuerungskreis o noch mehr Testimonials, z.B. Günther Jauch o neben Plakaten in Stadt sollen auch Anzeigen in Medien geschaltet werden o Neue Broschüren sollen in Apotheken ausgelegt werden, gemeinsam erstellt von BZgA und BMG, in Zusammenarbeit mit Eckart von Hirschhausen	BZgA ([redacted]) FG33 ([redacted])

	• Frage [redacted]: Kampagne von Schauspielern (Anm.: #allesdichtmachen) – Gibt es Überlegungen, ob man was dagegensetzen will? o BZgA: unklar o RKI: Steuerungskreis tauscht sich 3x/Woche, wird für heute Nachmittag besprochen **Presse** • Landkreise-Liste wird nun auch am Wochenende aktualisiert, nicht mehr nur werktäglich • 3 Publikation im EpidBull demnächst: o DIM Impfquoten-Monitoring o Priorisierung von zu Impfenden in Ambulanzen o Ansteckungsfähigkeit nach Impfungen **P1** • (nicht berichtet)	Presse ([redacted]) P1
6	**RKI-Strategie Fragen** **Allgemein** • **Strategiepapier zu Öffnungen für BMG** o Kein Neuaufschlag nötig, insb. da im ControlCOVID-Strategiepapier versch. Indikatoren und Grenzwerte vorgeschlagen o Stufenplan enthält Indikatoren und Grenzwerte, die anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse begründet und nach gewissenhafter, eingehender Diskussion festgelegt wurden; nur ändern, wenn sich etwas Relevantes ändert; (starker) Impfeffekt lässt sich aber noch nicht einpreisen, da erst 22% mind. einmal geimpft sind. o Vorschlag: ControlCOVID-Stufenplan als Grundlage + Hinweis, dass weiterhin für Deeskalation, also auch Öffnungsbestrebungen, nicht Inzidenz der Leit-Indikator ist, sondern ITS-Belegung + Zusammenfassung der Modellierung von FG33 über gewissen Zeithorizont und mit Limitationen + Hinweis, dass perspektivisch Impf-Effekt mit einberechnet wird o Anfrage an FG33 läuft o Ausführlichere Diskussion heute Nachmittag o Diskussion: ▪ ControlCOVID-Papier: „Das übergeordnete Ziel der ControlCOVID-Strategie ist es, die Zahl der schweren Erkrankungen, Langzeitfolgen, und Todesfälle durch COVID-19 zu minimieren und eine Überlastung des Gesundheitssystems nachhaltig zu vermeiden." – also Basisstufe oder Intensitätsstufe 1 erreichen; ▪ Strategie zum Öffnen ist etwas anderes als Strategie zur Pandemiebewältigung ▪ Teils Zustimmung, teils nicht	Schaade / FG36 ([redacted]) / Alle [redacted] u.a.

	▪ Aktuell 78% ohne Schutz; davon ausgehen, dass ca. 10% der Infizierten Langzeitfolgen bekommen, z.T. sterben ▪ Befürchtung, dass Strategiepapier nicht berücksichtigt wird, wenn Impfquoten nicht enthalten sind ▪ Österreich hat 7-Tage-Inzidenz von ca. 130/100.000 Ew.; dort soll gelockert werden ▪ Hinweis Schaade: Öffnungskonzepte von Israel und UK anschauen, ob Aspekte für DEU relevant sind o Entscheidung, insb. Wieler: ▪ Strategiepapier zu Öffnungen soll weiterhin auf ControlCOVID basieren, die ursprünglich zur Kontrolle gedacht war und wo Öffnungen nicht im Fokus standen; ▪ Grenzwerte momentan nicht anpassen, denn weiterhin für richtig erachtet; ▪ Anpassung der Grenzwerte, wenn neue relevante Evidenz. • **Erlass Ausnahmeregelungen Erlass zur Kommunikation der Definitionen Geimpfte, Genesene, Getestete** o Folien hier o Zweck: Definitionen für Amtsgebrauch, als Legaldefinition o Hinweis vorab: Diese Definitionen sind zu unterscheiden von Definitionen fürs Kontaktpersonen-Management. o Detaillierte Diskussion zu Definitionen im Wortlaut, Implikationen einzelner Wörter ▪ Ergebnis siehe Folien o Hinweis Wieler: Anekdoten von gefälschten Impfzertifikaten; bei Definitionen also auch berücksichtigen, dass – sofern Impfzertifikate in Definition vorkommen – andere sicherstellen müssen, dass diese überprüft werden können. ▪ Hinweis [redacted]: elektronischer Impfnachweis (s.u.) o Hinweis zu Impfstoffen, insb. Definition von vollständig Geimpften: Diskussion im HSC-Meeting, ob auch Impfstoffe mit WHO-Notfallempfehlung oder nur mit EMA-Zulassung berücksichtigt werden sollen. o Vorschlag: vor die Definitionen einen Disclaimer setzen, dass die nachfolgenden Definitionen nur für Umsetzung von politischen Maßnahmen gedacht sind und nicht zur Kontaktpersonen-Nachverfolgung oder andere Zwecke und dass die Definitionen deswegen nicht deckungsgleich mit anderen sind. Vorschlag angenommen. o Bitte Wieler: Tabelle, wenn möglich. o Bitte Schaade: Wording möglichst an bereits genutzten Formulierungen orientieren, z.B. aus EpidBull. o Frage: Müssen die Definitionen auf RKI-Website publiziert werden – oder alternativ auf BMG-Website und RKI verlinkt dorthin? ▪ Contra RKI-Webpage: Legaldefinition bei BMG besser als bei RKI aufgehoben; Gefahr, dass Gesundheitsämter und andere verwirrt werden;	Abt. 3 ([redacted])

	▪ Pro RKI-Webpage: Änderungen der Definition können vom RKI beeinflusst werden. o Entscheidung: Auf RKI-Seite, mit Disclaimer, ggf. als Tabelle. *To Do: Presse schlägt geeignete Seite auf RKI-Webpage vor.* **RKI-intern** • (nicht berichtet)	
7	**Dokumente** • (nicht berichtet)	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* • **Elektronischer Impfnachweis** o Diskussionen auf EU-Ebene; RKI nicht federführend, aber beratend o Prüfzertifikat für Impfungen bzw. Immunschutz nötig o Referenz-App wird gerade erstellt, soll open source werden, soll zum 15.05. fertig werden, aber IBM unterschätzt Komplexität o Restaurants, Flughafen etc. brauchen Lesegerät • **COVIMO-Studie: Impfverhalten, Impfbereitschaft und -akzeptanz in Deutschland** o Gestern 3. Bericht zu Impfakzeptanz veröffentlicht ▪ weiterhin erfreulich hohe Akzeptanz: 73% auf alle Fälle, 10% eher wahrscheinlich ▪ Wer sich nicht impfen lassen möchte: variiert je nach Impfstoff ▪ Gesundheitspersonal, inkl. Altenpflege, niedergelassene Ärzte, medizinische Fachangestellte: 75% bereits mind. 1 Dosis erhalten, d.h. Umsetzung der Priorisierung funktioniert wohl. • **Impfstoff von Janssen (Johnson & Johnson):** o Auslieferung ca. 300.000 Dosen übers Wochenende, insg. ca. 10 Mio. Dosen bis Ende Q2/2021 o in USA 6 Fälle von Hirnthrombosen, 3 davon mit Thrombozytopenie o STIKO hat gestern getagt; keine weitreichenden Änderungen der aktuellen Empfehlungen wegen der Fälle in USA geplant, aber weiterhin eng monitoren und ggf. adjustieren, wenn Datenlage klarer wird oder Fälle in DEU auftreten. • **Umgang mit geimpften PCR-Positiven mit hohem CT Wert** o war Thema bei AGI; geht insb. um Dauer der Isolierung o Wenn Virus nachweisbar, dann als Fall zählen und behandeln, auch weil unklar, wie lange Shedding o Wird am Dienstag in Abt 1 AG Diagnostik und in anderen Runden diskutiert	FG33 ([redacted]) [redacted]
9	**Labordiagnostik** • **FG17**	FG17 ([redacted])

	o Virologisches Sentinel hatte in den letzten 4 Wochen 510 Proben, davon: ▪ 37 SARS-CoV-2 ▪ 109 Rhinovirus ▪ 12 Parainfluenzavirus ▪ 85 saisonale (endemische) Coronaviren (überwiegend NL-63) ▪ 3 Metapneumovirus ▪ 1 Influenzavirus, dessen Hämagglutinintyp anhand der Standardmethoden nicht zugeordnet werden konnten, Charakterisierung läuft. • **ZBS1** o In KW 16 bisher 763 Proben, davon 313 positiv auf SARS-CoV-2, 41,02% o Großteil davon B.1.1.7 o Besonderheiten bei Sequenzen entdeckt: Wildtyp, aber mit N501Y Mutation; B.1.1.7 ohne Deletion 69/70 o 1 Reinfektion bestätigt: bei Erstinfektion 11/2020 WT, jetzt 04/2021 B.1.1.7 mit zusätzlicher Mutation K417N	ZBS1 ([redacted])
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **Budenosid** o Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie (ÖGP) und der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) (s. hier) o Pressekonferenz der DGP für nächste Woche geplant o BfArM hat Surveillance eingerichtet: hat sehr schnelle Steigerung im Verbrauch festgestellt • **Impfung von stationären Patienten** o Bei verschiedenen Netzwerken, Verteilern nachgefragt: ▪ Etwa eine Hälfte macht nichts; andere Hälfte macht durchaus etwas, aber unterschiedliche Ansätze ▪ zB nur sehr lange KH-Patienten geimpft, die eh Prio-Gruppe sind, aber Termin verpasst haben; Absprache mit Gesundheitsamt, dass stationär geimpft wird; eigentlich immer Patienten mit hohem Risikoprofil	IBBS ([redacted])
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • (nicht berichtet)	FG14
12	**Surveillance** • (nicht berichtet)	
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* • Flughafen-TK: Pakt für den ÖGD wurde diskutiert; BMG wird bald ein Entwurf für eine Verwaltungsvorschrift zirkuliert werden für den Bereich der IGV-benannten Flughäfen und Häfen; • Klagen wegen hoher Belastung bei Kontaktpersonen-Nachverfolgung nach Exposition im Flugzeug, v.a. aus Frankfurt; ´	FG38 ([redacted])

	fragen, ob z.B. Kurzstreckenflüge weniger prioritär behandelt werden können, weil da Masken gar nicht abgenommen werden • Personalie: [redacted] wird neuer Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main (Nachfolger von [redacted]) und damit auch zuständig für den Flughafen Frankfurt (FRA) ~~neue Leitung für LK Dahme-Spreewald, damit auch zuständig für Flughafen Berlin-Brandenburg~~	
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* • Hohe Belastung; weit entfernt von Deeskalation, insb. wegen weiterhin vielen Erlassen mit kurzen Fristen sowie zunehmenden Reisen • Rufdienst durch Taskforce Ausbruchsgeschehen zunehmend belastet	FG38 ([redacted])
15	**Wichtige Termine** • keine	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mo., 26.04.2021, 13:00 Uhr, via Webex	

Kommentiert [FB1]: Corrigendum, siehe https://frankfurt.de/aktuelle-meldung/meldungen/neuer-leiter-gesundheitsamt-dr-tinnemann

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*26.04.2021: 13:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Long-Covid als drohendes PH-Problem: noch offene ToDos zu adressieren?	Alle

7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG36
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine** • **TK Indien 26.4. 15:00 Uhr ,** TN: BMG, RKI [redacted]	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.04.2021, 13-15 Uhr*
Sitzungsort:	WebEx Meeting

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Abt. 1 Leitung
  - Martin Mielke
  - [redacted]
- Abt. 3 Leitung
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- P4 Leitung
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1 Leitung
  - [redacted]
- FG11
  - [redacted] (Protokoll)
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG25
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- ZBS1
  - [redacted]
- BZGA : [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • National (Folien hier) o **Fallzahlen/Todesfälle** • +11.907 Fälle, +60 Todesfälle, 7-d-Inzidenz bei 169/100.000EW und stagniert • 23% sind einmal geimpft, 7% sind vollständig geimpft • ITS/ Intensivregister: 5122 COVID-19 Fälle, steigende Tendenz; fast so hoch wie im Peak der 2. Welle • 7d-Inzidenz in den Bundesländern stagniert bzw. leichter Rückgang in Sachsen und Thüringen; Anstieg in BaWü, Saarland und Hessen • Geografische Verteilung: LK in Thüringen und Erzgebirgskreis stark betroffen, nur 56 LK< 100/100.000 EW • Inzidenz nach Altersgruppe: steiler Anstieg bei 5-14-Jährigen Frage: Warum sinkt die Inzident der ü80 Jährigen nicht auf unter 50/100.000 EW trotz Impfung? Antwort: Wahrscheinlich, weil Impfung nicht unbedingt vor Infektion schützt und diese durch häufiger Testung besser erfasst werden und noch einige nicht geimpft sind. o **Modellierungen** • [redacted] hat durch agentenbasierte Simulation an synthetischer Population einen Beitrag von betrieblichen Kontakten zum R-Wert von ca. 0,4 modelliert. Dieses Ergebnis wird durch [redacted] mit Hilfe von Daten aus COSMO Studie (Cornelia Betsch) durch netzwerkbasierte Modellierung überprüft. Studie legt nahe, dass 30% der Menschen an Arbeitsplätzen, die grundsätzlich für HO geeignet wären, engen Kontakt zu >15 Personen haben. Einschränkung: Geringe Stichprobenzahl in der Studie). ***To Do***: 1. *Hospitalisierungsrate nach Altersgruppen berichten* 2. *Zahl der nicht-geimpften bei ü80 Jährigen ermitteln und am Mittwoch vorstellen ([redacted] FG33). Anmerkung: Verlässliche Zahlen wahrscheinlich nur für Zeitraum bis Ende März 2021 verfügbar.*	[redacted] [redacted]
2	**Internationales (nur freitags)** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** • CWA o Eventregistrierung angelaufen und positive Berichterstattung	[redacted]

	o Kritik von Apple und Google hinsichtlich Datenschutzaspekte: Zustimmung der Datensammlung durch Nutzer eingebaut o Ereignisbezogene Befragung (EDUS): 20.000 haben teilgenommen o Weiternutzung der Schnittstelle zwischen CWA und EDUS wird durch BMG morgen entschieden o CWA und Anbindung zu DEMIS für Testzentren in Arbeit o DEA: Unstimmigkeit zwischen Bundesdruckerei und RKI wegen Datenschutzgrundverordnung. o Impfnachweis: App wird wahrscheinlich durch IBM entwickelt und RKI wird wahrscheinlich Datenhalter werden. Interne Zuständigkeit für diese Daten müssen noch geklärt werden. o Datenspende: Datenschutzhürde muss überwunden werden. Wissenschaftliche Kooperation mit Scripps USA	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht berichtet	Alle
5	**Kommunikation** • Infos auf Twitter zur europäischen Impfwoche • Definition Genesene/Geimpfte wurde ans BMG geschickt und Rückmeldung wird erwartet. Wo soll Papier auf Webseite verlinkt werden? *Antwort: Eigene Kategorie auf RKI Webseite und mit anderen Rechtsverordnungen einsortieren* • FAQs zu Long-COVID, Antigen Tests • Anfrage aus Wien zur RKI Richtlinie zum Poolen von qPCR Proben • Antwort: Es gibt einen Bericht von Ag Diagnostik von Juli 2020 zu diesem Thema. Bitte an Ag Diagnostik wenden.	BzgA Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**Neues aus dem BMG** •	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** • Long-Covid als drohendes PH-Problem: noch offene ToDos zu adressieren? o In Abteilung 2 ([redacted]) finden bereits Aktivitäten (Fragebögen) und Gespräche mit IBBS und Abt. 3 statt. Erweiterung der Runde um P1 ([redacted]). ***To Do:*** *Long-COVID:* *Abt2, Federführung [redacted] in Zusamm. mit Abt3, IBBS, P1:* *1. Schriftliche Niederlegung (Papier für BMG) des drohenden langfristigen PH-Problems durch Long-COVID. Deutlicher*	Alle

	Hinweis, dass dieser Aspekt bei Öffnungsstrategien einbezogen werden muss bzw. Fallzahlen müssen niedrig gehalten werden 2. *Daten erfassen/ Informationen sammeln durch Surveys, Serostudien, Literaturanalyse* • Konzept zur effizienteren Gestaltung von KoNa und Ausbruchsmanagement bei Virusvarianten wurde erarbeitet. **To Do**: *Am Freitag Vorstellung des Konzepts durch* [redacted]. Frage1: Genomdaten und Falldaten sind nun vernetzt (Desh+DEMIS). Gibt es eine Korrelation zwischen VOC und Krankheitsverlauf? Antwort1: Erste Analysen zeigen keine Korrelation, wobei nur bei ca. 30% der Genomdaten ein Meldefall zugeordnet werden kann. Frage2: Wie wird eine Variante zur VOC ernannt? Antwort2: WHO (virus characterization group) hat Definition/ Kriterien publiziert; ECDC hat auch eine virus characterization group, PHE veröffentlicht technical reports und sequenziert dazu internationale Proben ***To Do***: *Vorstellung des Prozessvorschlags zur Ernennung einer Variante zur VOC im Krisenstab am nächsten Montag durch* [redacted]	
8	**Dokumente** • BMG hat Papier zur Definition von Genesenen/Geimpften kommentiert zurückgeschickt (Dokument hier) **To Do ([redacted]):** *Rückspiegeln ans BMG: a) Streichung des 1. Satzes nicht akzeptabel und b) Testgültigkeit beruht auf Legaldefinition und nicht auf fachlichen Überlegungen. Falls diese Punkte nicht geändert werden, kann RKI das Papier nicht mittragen.*	
9	**Update Impfen (nur freitags)** •	FG33
10	**Labordiagnostik** • 333 Proben in KW 15/16: 7%/ 8% Sars-Cov2 positiv • 14%/22% saisonale Coronaviren • Einzelfälle von Parainfluenza und Metapneumoviren • Virusvarianten: Indische Mutante: Zusammenhang zu hohen Fallzahlen noch unklar, Keine Info zur Krankheitsschwere • Preprints von Indian National Institute of Virology + ein Twitter Bericht legen nahe, dass Mutante gut neutralisierbar ist durch Antikörper (Genesene, Covaxin Geimpfte, Astrazeneca Geimpfte) • Webmeeting mit Niederlanden, Dänemark und Österreich Tirol hat hohen Anteil an B1.1.7 E484K Mutante, bei der Biontech gute Wirksamkeit zeigt. In D 52 Fälle dieser Mutante seit Februar	FG17

	B1.620: Weltweit 82 Sequenzen. Fälle in Zentralafrika, Littauen und retrospektiv 9 Fälle von Anfang März-Mitte April ***To Do:*** *Prüfen, ob Fälle zu einem Ausbruch gehören (Stefan Kröger)* 267 Einsendungen 492 (38,8%) Sars-CoV2 positiv, Großteil B1.1.7	ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • „Tag-13-Proben" Studie von B1.1.7 Fällen im LK Bergstraße (Folien hier) ▪ Ergebnisse: -Bis Tag 14: noch >80% PCR-positiv -Kein Virusanzucht aus Ct<30-Proben möglich ▪ Fazit: Bei keiner von 53 Fallpersonen (95% KI 0-7%) mit B.1.1.7 wurde in Proben ab spätestens dem 14. Erkrankungstag vermehrungsfähiges Virus nachgewiesen **To Do:** *Daten aus dieser ([redacted]) und anderen Studien im Haus oder von Kooperationspartnern sammeln und als Fallbeispiele im EpiBull veröffentlichen zur Darlegung der B1.1.7-Übertragungskinetik: Labor28-Daten, Daten aus nosokomialer Ausbruchsuntersuchung durch FG37 ([redacted]), eventuell Daten aus Osnabrück Studie zu Altenheim Ausbrüchen unter geimpften ([redacted])* • Verlegung von Patienten aus Belgien nach Deutschland • Rechtsverordnung zur antikörper-Behandlung im Bundesanzeiger veröffentlicht, NEU: Teilstationäre Behandlung kann nun abgerechnet werden • Liste der Kliniken, die AK-Behandlung anbieten soll erstellt werden • D hat im Vergleich zur USA niedrige Rate von AK-Behandlung	[redacted] IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • Nicht berichtet Frage: Ist MNS unter/über FFP2 zu empfehlen, z.B. als Doppelschutz oder Spritzschutz Antwort: Nein! Visier als Spritzschutz	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie (Folien hier) • Anstieg ARE bei 0-5 (6,4%) und 6-10 (30%) Jährigen • Deutlicher Anstieg der 7d-Inzidenz bei Schul- und Kitakindern, ab 6 Jahren überproportional betroffen. • 186 neue Kitaausbrüche, 46% der 0-5-Jährigen in Ausbrüchen involviert (35% waren es in der 2. Welle) • Auch bei Schulausbrüchen sind Kinder stärker involviert als früher	[redacted]

	Frage: BMG hat angefragt, ob RKI sich in die Diskussion zur Ermöglichung der Teilnahme an Kindern an Vereinssport durch Vorlage von neg. Schnelltests einbringen möchte Antwort: Erst bei niedriger Inzidenz, Keine Erweiterung von 28c IfsG notwendig/sinnvoll; Mögliche Ausnahmen für wiss. Begleitete Projekte **To Do** (Koordinierung durch Lagezentrum): *Erstellung eines Papiers zu einer Nutzen/Risiko Abwägung von Öffnungsmaßnahmen am Beispiel des Themas ‚Sport im Freien für Kinder'. Mögliche Federführung durch Sebastian Haller*	
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** •	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** •	FG38
16	**Wichtige Termine** • **TK Indien 26.4. 15:00 Uhr,** TN: BMG, RKI ([redacted]) • Nächste Sitzung: Mittwoch, 28.04.2021, 11:00	Alle

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*28.04.2021: 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Zahl nicht-geimpfte ü80 Jährige o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG33 [redacted] [redacted] FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern**	Alle

	•	
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Analysis of international epidemiological data and response measures	Alle ZIG/ [redacted]
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine** • Experten Beirat Pandemische Atemwegsinfektionen (29.04.2021)	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Wochentag, 30.04.2021, 11:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*28.04.2021, 11-13 Uhr*
Sitzungsort:	RKI, Webex

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG Leitung
  - Johanna Hanefeld
- ZIG1
  - [redacted]
  - [redacted]
- ZIG2
  - [redacted]
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG21
  - [redacted]
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG 34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- FG38
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
  - [redacted]
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- P4
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted] (Protokoll)
- MF4
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung **National - Fallzahlen/Todesfälle** (Folien hier) • Überblick Kennzahlen o SurvNet übermittelt: 3.332.532 Fälle insgesamt (+22.231), davon 82.280 (+312) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz (7TI) 161/100.000 EW; vergleichbar zur Vorwoche o Impfmonitoring: Daten werden derzeit noch aktualisiert o DIVI-Intensivregister: 5.063 Fälle in Behandlung (-59) • Verlauf 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer o Seit ca. 14.04. auf ähnlichem Niveau, sehr konstant in Bundesländern wie SH, andere Bundesländer zeigen hingegen unterschiedliche Entwicklung (BaWü: steigender Trend, HH rückläufig), Entwicklung muss weiter beobachtet werden o Im bundesweiten Trend vorerst keine eindeutig rückläufige Entwicklung, jedoch kein Anstieg zu verzeichnen o Entwicklung Sachsen: von Vortag auf heute stärkere Abnahme sichtbar, Ursache fraglich, bislang keine Berichte von Übermittlungsproblemen, derzeit keine Hinweise auf Besonderheiten, wird nähergehend betrachtet • Geografische Verteilung 7-Tage-Inzidenz nach Landkreis o Derzeit 10 LK < 50; 68 LK < 100; ca. 300 LK > 100 Fälle / 100.000 Einw. (über mehrere Tage hinweg) • 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AGe und MW (Stand 27.04.2021) o Niveau etwa ähnlich zur Vorwoche, v.a. in den mittelalten Altersgruppen (AG) o In der AG 15-19 Anstieg im Vgl. zur Vorwoche o Heatmap gestern im Lagebericht veröffentlicht • Hospitalisierte COVID-19-Fälle nach AG (Stand 21.04.2021) o Plateau auf einem niedrigeren Niveau als in der 2. Welle, AGs mit größtem Hospitalisierten-Anteil derzeit: 60-79 und 35-59 (cave: im Meldesystem vermutlich unterschätzt), in 2. Welle demgegenüber v.a. Personen der AG 80+ hospitalisiert • Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche (Stand 27.04.2021) o Tendenz im Vergleich zur Vorwoche eher steigend	ZIG1 FG32 [redacted]

- Anzahl laborbestätigte COVID-19-Fälle mit und ohne Antigennachweis nach Meldewoche
  - In Meldedaten Anteil der Fälle mit AG-Nachweis weiterhin bei ca. 7 %, keine Veränderung zu Vorwoche, auch hier im Meldesystem aufgrund der Kapazitätensituation in den Gesundheitsämtern vermutlich nicht vollständig erfasst
- Diskussion:
  - Heatmap: AG 90+ zeigt zunehmende Inzidenz, Ursprung bzw. Ort (Alters-/Pflegeheim, mögliche Ausbrüche) werden nähergehend betrachtet
  - Hospitalisierung nach AG – Auffälligkeiten, die gut mit Impfung zu korrelieren scheinen: Anzahl Hospitalisierter in AG 80+ (orange) stark abnehmend, in AG 60-79 (blau) relative Abnahme im Vergleich zur 2. Welle, in allen anderen AG Kurven ähnlich der 2. Welle auf niedrigerem Niveau
  - Stand zur Ausweisung von Inzidenzen hinsichtlich Nachmeldungen:
    - Bislang keine Rückmeldung aus dem BMG zu weiterem Verfahren
    - Aus juristischen Gründen war seitens der Mehrzahl der Länder eine Einfrierung der Inzidenz auf den Meldetag befürwortet worden (Gerichtsfestigkeit der Daten als Grundlage für Maßnahmenplanung)
    - Vorschlag: Ausweisung beider Varianten (eingefrorene Inzidenz und Inzidenz durch Nachmeldungen aktualisiert) auf getrennten Seiten zwecks Unterscheidbarkeit sowie mit einem Disclaimer und dem Link zum Gesetz
  - Länderinzidenzen: nach Ergreifung bundesweiter Maßnahmen sollten Inzidenzen rückläufig sein, hier jedoch teils heterogene Entwicklung in einigen Bundesländern; Entwicklung in Saarland und Hamburg aufgrund eigenständiger Maßnahmen nachvollziehbar, BaWü Klärung epidemiologischer Hintergründe/ Zeitpunkt der Maßnahmenverschärfung anvisiert
  - Tabelle mit um Nachmeldungen aktualisierten Inzidenzen ist in Arbeit, wird Presseabteilung dann zur Verfügung gestellt

To Do1: Bitte um nähere Betrachtung der Orte/Ursprung der zunehmenden Inzidenz in der AG 90+ laut Heatmap wenn möglich.
ToDo2: Bitte um weitere epidemiologische Hintergründe zu heterogener Inzidenzentwicklung hervorstechender Länder (hier v.a. BaWü).
To Do3: Um Umsetzung der Ausweisung beider Inzidenz-Darstellungen wird gebeten.

Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* (Folien hier) — MF4 [redacted]

- DIVI-Intensivregister

	o Derzeit 5.045 COVID-19-Patienten auf Intensivstationen der ca. 1.300 Akutkrankenhäuser behandelt o Intensivstationen füllen sich in einigen Bundesländern weiter, manche Länder zeigen erstes Plateau in COVID-ITS-Belegung o Hohe Dynamik an Zu- (rot) und Abgängen/Verlegungen (grün) o Differenz (türkis) zeigt langsam Stabilisierung, derzeit geringfügig im negativen Bereich o Dennoch hohes Patientenaufkommen, Todeszahlen der COVID-19-Erkrankten auf ITS sind weiter steigend. • Anteil der COVID-19-Patient*innen an der Gesamtzahl betreibbarer ITS-Betten: v.a. in Bremen (Nord-West), Sachsen-Anhalt, Berlin (Nord-Ost), NRW (Mitte) und BaWü (Süd) ansteigend; in Bayern Abflachung; in Thüringen Abnahme • Covid-19-Belegung und Belastung: o Über 85% der COVID-19 ITS Behandelten benötigen eine Beatmung o Die Belegungszahlen in der Beatmungsbehandlung haben die Auslastung der 2. Welle überschritten o Besonders schwere Fälle mit ECMO Behandlung nehmen besorgniserregend zu (hier teils 4-fache Belegung im Vergleich zum September 2020) • Einschätzung der Versorgungs-Verfügbarkeit: o Pandemie Höchstwerte: Zwischen 60-70 % der Intensivbereiche melden begrenzte Verfügbarkeit oder Auslastung in den Bereichen Low-High-Care und ECMO o Die freien betreibbaren Kapazitäten zur Beatmung und ECMO-Behandlung haben weiter abgenommen • SPoCK: Prognosen intensivpflichtiger COVID-19-Patient*innen für die nächsten 20 Tage: für D weiterhin ansteigend (im Norden Stabilisierung, im Osten und Süden Anstiege, im Westen noch stärkere Anstiege erwartet)	
	Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* (Folien hier) • GrippeWeb bis zur 16. KW 2021: o ARE-Rate derzeit auf dem Niveau des Vorjahres – dennoch seit 36. KW so niedrig wie noch nie in diesem Zeitraum und deutlich unter der ARE-Rate der anderen Vorsaisons um die 16. KW. o In KW 16 ist ARE-Rate bei Kindern gestiegen und in den anderen AG gesunken • ARE-Konsultationen bis zur 16. KW 2021: o Konsultationsinzidenz insgesamt leicht gesunken im Vergleich zur Vorwoche, starker Anstieg bei AG 0-4 o Auf Bundesland-Ebene unterschiedliche Entwicklung in 16. KW im Vergleich zur Vorwoche: Konsultationsinzidenz in BaWü in allen AGs gesunken, in Sachsen bei Kindern (0-4/5-14) gestiegen • ICOSARI-KH-Surveillance - AG ab 15 Jahre (AG unter 15 unter Niveau der Vorjahre)	FG36 [redacted]

	o SARI-Fallzahlen insgesamt leicht gesunken o Rückgang in den AG 35-59 und 80+ o Alle anderen AG: weitestgehend stabil o AG 35 -59: weiterhin sehr hohes Niveau, wie in Grippewelle bzw. wie in 2. Welle o AG 15-34 und 60-79: weiterhin erhöhtes Niveau, gerade noch „jahreszeitlich üblich", AG 80+ weniger o AG 0-4: Ausbleiben von Influenza und RSV; ähnlich Schulkinder Allzeittief im Vgl. zu Vorjahr • ICOSARI-KH-Surveillance – COVID-SARI-Fälle bis zur 15. und 16. KW 2021 o 15. KW: AG 35-59 weiterhin sehr hohes Niveau (über 2. Welle), AG 60-79 noch kein Rückgang zu erkennen (Stabilisierung), Niveau liegt aber unter 2. Welle, AG 80+ seit einigen Wochen stabil o 16. KW: steiler Anstieg in der AG 35-59 gebrochen, Peak in der AG 60-79 vermutlich überwunden und derzeit abnehmend, AG 80+ auf niedrigem Niveau • Anteil COVID-19 an SARI 66 % in KW 15/2021, stabil im Vergleich zur Vorwoche auf hohem Niveau, Fälle in Intensivbehandlung auf 82 % (KW 14: 84 %) • ICOSARI: SARI-Fälle in Intensivbehandlung mit COVID-19 bis 16/2021 • Zahl der Intensivpatienten in der AG 60-79 scheint wieder rückläufig, in AG 35-59 weiterhin sehr hoch, höher als in 2. Welle • Medianes Alter Intensivpatienten COVID-SARI seit KW 11/2021 unter 70 und abnehmend (KW 14: 67 Jahre, KW 15: 63 Jahre), vermutliche Ursache: andere AGs weniger ITS-behandelt	
	Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten ***(nur mittwochs)*** (Folien hier) • Nach Ostern deutlicher Rückgang der eingesandten Proben • Leichte Tendenz der Steigerung in KW 16 (164 Einsendungen) • UK-Variante überwiegt, anekdotische Berichte aus Arztpraxen zur Übertragbarkeit: bei Vorhandensein der UK-Variante fast immer alle Familienmitglieder ebenfalls infiziert, auch *in praxi* deutlich erhöhte Übertragbarkeit feststellbar • Rhinoviren (blau): zu Ostern kurzzeitig recht geringe Nachweisraten, derzeit wieder steigend • SARS-COV-2 (rot): Nachweisrate unter 10 % (derzeit vornehmlich Proben von Kindern eingeschickt) • Influenza: in letzter Woche ein Nachweis (N1 jedoch nicht positiv, daher nicht in Grafik mitaufgenommen) • Rhinovirusaktivität steigt bei Kindern • RESPVIR-Auszug: endemische Coronaviren im Vergleich: derzeit v.a. NL63 nachgewiesen, v.a. bei Kindern, Basis-Immunität aufgrund der Pandemie-Situation ggf nicht so gut ausgeprägt	FG17 [redacted]
	Testkapazität und Testungen ***(nur mittwochs)*** **Testzahlerfassung** (Folien hier)	AL3 [redacted]

- Testzahlen und Positivquote
  - Anzahl der Testungen in dieser KW leicht zugenommen, Niveau wie vor Ostern
  - Positivenanteil stabil wie in Vorwoche bei ca. 12,5 %
- Auslastung der Kapazitäten
  - Anzahl durchgeführter Tests (blau) im Vergleich zu Vorwochen steigend
  - Testkapazitäten weiterhin vorhanden, probenrückstau und Lieferengässe unproblematisch (Folie entfällt)
- Sonderabfrage in den Laboren (KW16): Anteil Bestätigungs-PCRs an Testungen und Positivenanteil
  - Von 260.143 übermittelten Testungen 4.004 (1,5 %) als Bestätigungstests für positive AG-Tests gekennzeichnet; hiervon 2.482 (62 %) positiv
  - Häufig konnte keine Angabe gemacht werden, ob es sich um Bestätigungstests handelt
  - Voraussetzung: (korrekte) Nutzung neuer OEGD-Scheine, Nutzung ggf. zu fördern
  - Mutmaßliche Untererfassung, vermutlich jedoch kein dramatischer Anstieg vorhanden
- Anmerkung: Grafik zu Positivenanteil, Inzidenz, Fallzahlzunahme, Bestätigungstests wird heute finalisiert
- Testzahlerfassung VOC - VOXCO Abfrage: Angaben zu ca. 96.000 Tests (= ca. 55 % aller übermittelten positiven PCR- Tests in KW16), davon in ca. 91 % der Fälle Vorliegen einer VOC: 90,3 % B.1.1.7, 0,7 % B.1.351 und 0,1 % P.1
- POCT Zahl der durchgeführten AG Tests:
  - 354 Einrichtungen: 642.417 POCT erfasst
  - 1.114 positiv (0,17 %), davon 943 (84,6 %) in PCR gegangen, davon
  - 517 (54,8 %) als positiv bestätigt übermittelt (2.950 POCT (0,5 %) nicht auswertbar/unklares Ergebnis)

ARS-Daten *(nur mittwochs)* (Folien hier)

FG37 [redacted]

- Positivenanteil derzeit mit ca. 10 % weiterhin zu hoch
- In keinem Bundesland werden eindeutige Ausreißer verzeichnet, HH und Meckl.-Vorp. stabil, restliche Bundesländer leichter Abwärtstrend
- Anzahl Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: derzeit weiterhin AG 80+ am häufigsten getestet (rosa), AG 5-14 am wenigsten (ocker) aber zunehmend, ebenso die AG der 0-4 (rot)
- Positivenanteil nach AG und KW: AG der 80+ am häufigsten getestet aber niedrigster Positivenanteil (rosa), genau gegenteiliges Verhältnis bei der AG 5-14 (ocker), diese AG sollte verstärkt getestet werden
- Anzahl positiver Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG 80+ lange Zeit höchster Anteil, derzeit der niedrigste, AG 60-79 zweitniedrigster Anteil → höchstwahrscheinlich auf Impfung zurückzuführen, zu erwartende Entwicklung; Anteil in AG 5-14 derzeit steigend

	• Anzahl Teste und Positivenanteil in verschiedenen OEs (Arztpraxen, Krankenhaus, andere): Positivenanteil wie in Vorwoche, v.a. in Krankenhaus recht stabil • Anteil Nachweise sonstiger VOCs (außer B.1.17): B.1.351 mit derzeit ca. 20 Nachweisen in KW15 überwiegender Anteil dieser VOCs, B.1.1.7+E484k ca. 10 Nachweise; P1 selten • Leichter Anstieg der Ausbrüche in Altenheimen (ca. 25 neue pro Woche), deutlicher in Krankenhäusern (ca. 35) → niedriges Niveau aber immer wieder neue Ausbrüche; genauere Ausbruchsanalyse soll folgen *ToDo: Bitte um genauere Betrachtung der o.g. Ausbrüche.*	
	COVID-19-Impfquote bei Personen ab 80 Jahre nach Daten aus den Impfzentren (Stand 27.04.2021) (Folien hier) • 10 Bundesländer, Daten aus Impfzentren, mobilen Impfteams und Krankenhäusern • Mindestens 1x geimpfte 80+ Jährige: 78% • Vollständig geimpfte 80+ Jährige: 62% • Geschätzt auf Basis dieser Daten haben von den 5.681.135 in Deutschland lebenden Personen ≥80 Jahre max. 1.239.773 (22 %) noch keine Erstimpfung erhalten • Der Anteil der Ungeimpften ist in diesen Angaben überschätzt: unberücksichtigt sind rund 2,3 Mio. Impfungen bei Personen >60 Jahren (ohne genaue Altersangabe) in den Arztpraxen	FG33 [redacted]
	Diskussion: • Auffällig: AG 5-14 wird wenig per PCR getestet, zeigt aber einen hohen Positivenanteil – sind hierbei möglw. AG-Tests ursächlich? *To Do: Bitte um Überprüfung der Meldedaten hierzu ob AG-Tests vermerkt sind* • Ursächlichkeit der höheren Hospitalisierungs- und ITS-Raten bei jüngeren AG als in 2. Welle unklar (eventuell eine größere Häufigkeit schwerer Verläufe), [redacted] überprüft hierzu mögliche Hinweise aus Meldedaten • Jüngere AG werden häufig schneller auf ITS verlegt, da weniger Komorbiditäten vorhanden sind und sie erst später das Krankenhaus aufsuchen • Jüngere AG vermutlich häufiger und länger ECMO-behandelt, u.a. da bessere Verträglichkeit *To Do: Bitte um Erörterung der graphischen Darstellungsmöglichkeiten zu SARI, altersstratifizierte Positivraten, 7TI, Hospitalisierung an* [redacted] *und* [redacted]	Alle
	VOC-Bericht - Änderungen: • Umbenennung (Zusatz „insbesondere zu B.1.1.7“ gestrichen) • In Einleitung Erklärung zu VOI ergänzt aufgrund des erhöhten Informationsbedarfes dazu • Abbildung A noch vorhanden, wird mit P1 besprochen • Tabelle zu VOIs zur schnellen Übersicht	FG36 [redacted]

	• Im Fazit Erhebungsinstrumente und Zusammenfassung angepasst • Bericht zu VOC soll unabhängig des Lageberichtes erscheinen (Detailtiefe, Umfänglichkeit und Auskunftsfähigkeit erforderlich) *To Do: Bitte um Besprechung einer Aufnahme der ARS-Daten für VOC-Bericht an* [redacted] *und* [redacted]	
2	**Internationales** *(nur freitags)* • Nicht besprochen	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* • Nicht besprochen	FG21
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Nicht besprochen	Alle
5	**Kommunikation** BZgA • Derzeit ist ein FAQ-Dokument zu Spätfolgen von Covid in Arbeit (aktuell bei P1, Themen und Materialien werden zusammengestellt) Presse • Gestriger Angriff auf Internetseite wurde erfolgreich abgewehrt P1 • Keine Anmerkungen	BZgA [redacted] Presse [redacted] P1 [redacted]
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** **b) RKI-intern** • Stand Definition „Genesene/Geimpfte“: Diskussion noch nicht abgeschlossen, heute um 16 Uhr Gesprächstermin mit BMI, BMG und Kanzleramt • Spätfolgen (siehe Nr. 5) sind auch deshalb zu kommunizieren, da eine absichtliche Selbstansteckung bei jüngeren Personen nicht auszuschließen ist, wenn Genesene Geimpften gleichgestellt werden und sie auf einen Impftermin noch bis zum Sommer warten müssen • [redacted] eruiert, ob sich aus Cosmo-Studien Daten dazu erheben lassen	Alle
7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* • Nicht besprochen	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)*	FG33

	• Nicht besprochen	
9	**Labordiagnostik** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** **Update AGI Sentinel** • Keine Anmerkungen	FG17
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** • Arbeitsauftrag Bedarf an Verhaltenshinweisen für jüngere AG hinsichtlich rechtzeitiger Inanspruchnahme ärztlicher Behandlung → STAKOB und COVRIIN erachten diesen als sinnvoll *To Do: Bitte um Vorbereitung von Material für BPK und ein FAQ-Dokument (P1, IBBS) mit dem Hinweis, dass* • *jüngere AG auch ohne Vorerkrankungen schwer erkranken oder Spätfolgen erleiden können und mit der Aufforderung,* • *sich bei ausbleibender Besserung auch nach einer Woche, bei Verschlechterung oder bei Auftreten akuter Atemnot unbedingt umgehend an den Hausarzt zu wenden*	IBBS [redacted]

11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)***
	
	Analysis of international epidemiological data and response measures (Folien hier)
	• Zweisträngiges Projekt:
	  o Analyse der Covid-Maßnahmen *versus* epidemiologische Indikatoren in ausgewählten Ländern
	  o Analyse der Entscheidungsfindungsprozesse, die den Covid-Maßnahmen vorangehen
	• 8 verschiedene Länder weltweit, ausgewählt nach epidemiologischen Indikatoren
	• Zeitraum Januar bis April 2021
	• Folie 3: COVID-19 Incidence, Testing rate, Test Positivity and Vaccination Coverage
	  o Obere Reihe (Bahrain, Chile, Israel, UK, USA): Länder mit hoher Impfrate, untere Reihe (Frankreich, Deutschland, Indien) Länder mit niedriger Impfrate; primäre y-Achse: Inzidenz, sekundäre: Anteil, x-Achse: Woche
	  o UK: Testrate (orange) sehr hoch (cave: noch höher, Skalierung primärer y-Achse angepasst) und Inzidenz abnehmend, Erfolg der Impfung
	  o Indien: niedrigste Testrate, niedrige Impfrate
	• Länder mit höherer Impfrate: Impfangebot für alle, auch jüngere AG; Länder mit niedriger Impfrate: eingeschränktes Impfangebot
		ZIG
		[redacted]

	• Heatmap Maßnahmen: links (USA, UK, Israel): schrittweise Lockerung der Maßnahmen nach rechts über Farbverlauf erkennbar, rechts (Bahrain, Frankreich, Indien): Mix aus Öffnung und Schließung • Empfehlungen: v.a. bei niedrige Impfraten, stärkere Zirkulation → begünstigt Entstehung neuer VOCs → Aufrechterhaltung der Maßnahmen, Ausweitung der Impfangebote sofern möglich • Diskussion: o Bei Ländervergleich UK versus Frankreich / Deutschland aktuell sehr niederschwellige Testrate ersichtlich, hier verstärkt jüngere AG zu testen, Problembewusstsein zu schärfen, dass frühzeitig ein Arzt aufgesucht werden sollte (siehe Punkt 10), auch um Chance einer frühzeitigen Behandlung wahrnehmen zu können o Cave beim Ländervergleich der Testraten: in Frankreich, Indien, UK sind sowohl AG- als auch PCR-Tests enthalten, bei Deutschland nur PCR-Tests o Internationale Literatur und Maßnahmen sollten systematisch zwecks Vergleichbarkeit angeschaut werden → alle 2-3 Wochen Vorstellung mittwochs in Krisenstabssitzung in Vorbereitung auf die Einbringung in das BMG am jeweils folgenden Freitag o Andere Maßnahmen sind beizubehalten, sofern noch keine hohen Impfquoten erreicht wurden	
12	**Surveillance** ***(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*** • Keine weiteren Anmerkungen	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** ***(nur freitags)*** • Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** ***(nur freitags)*** • Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine/ Arbeitsaufträge** • Experten-Beirat Pandemische Atemwegsinfektionen (29.04.2021), Thema u.a. Long Covid	Alle
	Nächste Sitzung: Freitag, 30.04.2021, 11:00	

Ende 12:33

Agenda Krisenstab-Sitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Der „COVID-19-Krisenstab“ wird einberufen, um strategische Entscheidungen der Krisenreaktion zu treffen. Sie tritt in regelmäßigen Abständen zusammen.

Lage:	*Neuartiges Coronavirus (COVID-19)*
Datum, Uhrzeit:	*30.04.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	***RKI,*** *Virtueller Konferenzraum WebEx*
Teilnehmende:	***FG14, FG17, AL1, AL2, FG32, FG33, FG34, FG36, FG37, FG38, AL3, IBBS, ZBS1, ZBS-L, P1, P4, INIG, ZIG-L, MF4, Pressestelle, VPräs, Präs***

Agenda:

TOP	Beitrag/Thema (Vorträge: max. 5 Folien bzw. 5 Min)	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** • International *(nur freitags)* o Fälle, Ausbreitung • National o Fallzahlen/Todesfälle o Corona-KiTa-Studie *(nur montags)* o Zahlen zum DIVI-Intensivregister *(nur mittwochs)* o Syndromische Surveillance *(nur mittwochs)* o Virologische Surveillance, NRZ-Influenza-Daten *(nur mittwochs)* o Testkapazität und Testungen *(nur mittwochs)* o ARS-Daten *(nur mittwochs)* o Modellierungen *(nur montags)*	 ZIG1 FG32 FG36 MF4 FG36 FG17 AL3 FG37 P4
2	**Internationales** *(nur freitags)* •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte** *(nur montags)* •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** •	alle
5	**Kommunikation** •	BZgA Presse, P1
6	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle

7	**Dokumente** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	Alle
8	**Update Impfen** *(nur freitags)* •	FG33
9	**Labordiagnostik** *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)* •	FG17/ZBS1
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	IBBS
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	Alle
12	**Surveillance** • *(nach Möglichkeit nur montags und freitags)*	FG32
13	**Transport und Grenzübergangsstellen** *(nur freitags)* •	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum** *(nur freitags)* •	FG38
15	**Wichtige Termine**	Alle
16	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Montag, 03.05.2021, 13:00	

Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*30.04.2021, 12-13:20 Uhr*
Sitzungsort:	WebEx Meeting

Moderation: Lars Schaade

Teilnehmende:

- Institutsleitung
  - Lars Schaade
  - Lothar Wieler
- Leitungsstab L1
  - [redacted]
- Abt. 3
- [redacted]
- FG11
  - [redacted] (Protokoll)
- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 32/38
  - [redacted]
  - [redacted]
- FG 33
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema **Sondersitzung zur Abstimmung von Aufträgen des BMG/Verfassungsgerichts**	eingebracht von

1	**Aktuelle Lage: NICHT BESPROCHEN**
	• International
	  o Fälle, Ausbreitung
	• National
	  o Fallzahlen/Todesfälle
	  o Syndromische Surveillance (mittwochs)
	  o Testkapazität und Testungen (mittwochs)	

2	**Internationales (nur freitags) NICHT BESPROCHEN** •	ZIG
3	**Update Digitale Projekte (nur montags)** •	[redacted]
4	**Aktuelle Risikobewertung** • **NICHT BESPROCHEN**	Alle
5	**Kommunikation** • **NICHT BESPROCHEN**	
6	**Neues aus dem BMG** • **NICHT BESPROCHEN**	BMG
7	**Strategie Fragen** **a) Allgemein** • **b) RKI-intern** •	Alle
8	**Dokumente** • **Ausnahmeverordnung** (Dokument hier) Abstimmung der Begriffe ‚asymptomatische Person', ‚geimpfte Person', ‚Impfnachweis', ‚genesene Person', ‚Genesenennachweis', ‚Getestete Person', ‚Testnachweis' **ToDo ([redacted]):** *Anpassung der STIKO Empfehlung:*	[redacted]

	a) zur Gültigkeit des Immunschutzes: aktuell 6 Monte ab Diagnose bzw. Genesung – bitte „Genesung" streichen, da Zeitpunkt schwierig zu bestimmen ist. *b) Zum Impfabstand nach Erkrankung: Bitte expliziter Hinweis, dass Impfung auch vor Ablauf der 6 Monate erfolgen kann, z.B. nach 4-6 Monaten* • **<u>Email von</u>** [redacted] (BMG) zur gebündelten Darstellung der zugelassenen Impfstoffe und den Impfschemata auf RKI Seite zwecks Verweises in Verordnungen **ToDo:** *a) ([redacted])* *Rückmeldung an [redacted], dass die betreffende Seite in Abstimmung zu den Informationen zur noch zu entwickelnden ImpfApp erstellt wird und sich daher zeitlich daran richtet (vermutlich Mitte/Ende Mai)* *b) ([redacted]) Existierende FAQ Seite zum Impfschema mit betreffender Seite direkt verlinken: https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Impfschema.html* *c) [redacted]* *Frist zur Entwicklung der ImpfApp von Mitte auf Ende Mai schieben lassen, da Verordnung erst da in Kraft tritt*	[redacted]
	• **<u>Einreiseverordnung</u>** **ToDo ([redacted]):** *a) Da teilweise gleiche Begriffsdefinitionen wie bei der Ausnahmeverordnung vorkommen, zunächst in Rücksprache mit [redacted] (BMG) eine Einigung zu diesen Begriffen erzielen, bevor weitere Begriffe der Einreiseverordnung abgestimmt werden.* b) *telefonische Abklärung mit [redacted], welche Zuarbeit genau gewünscht wird.*	[redacted]
	• **<u>Erlass von</u>** [redacted] (BMG) zur Beantwortung bis heute, 16 Uhr: Warum hat Deutschland kein „Coronavirus Infection Survey" wie das Vereinigte Königreich? [redacted] hat bereits die Rückmeldung an [redacted] gegeben, dass das RKI Daten aus verschiedenen Surveillance Programmen veröffentlicht (z.B. ARS), denen die gewünschten Informationen zu	[redacted]

	entnehmen sind. Diese Information war nicht ausreichend, es wird eine ausgearbeitete Redevorlage (mit Bulletpoints) gewünscht. Es wird in dem Erlass eine Drucksache erwähnt, die nicht beigefügt sei. Hinweis: Drucksachen können anhand ihrer Nummer im Internet gefunden werden **ToDo:** *Delegation der Aufgabe an [redacted] oder [redacted] mit Zuarbeit von [redacted], ggf. Rückmelden, dass Kapazitäten nicht für eine detaillierte Ausarbeitung ausreichen* • **<u>Erlass bezüglich des Verfassungsgerichts</u>** **ToDo** *Abgabefrist am Montag ans BMG: noch keine Zuarbeit erfolgt, bis Montag zur Abstimmung vorbereiten [redacted]*	
9	**Update Impfen (nur freitags)** • **NICHT BESPROCHEN**	FG33
10	**Labordiagnostik** **NICHT BESPROCHEN**	ZBS1 FG17
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** • **NICHT BESPROCHEN**	IBBS
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** • **NICHT BESPROCHEN**	Alle
13	**Surveillance** • Corona-KiTa-Studie **(nur montags)**	FG32 FG36
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • **NICHT BESPROCHEN**	FG38
15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • **NICHT BESPROCHEN**	FG38
16	**Wichtige Termine**	Alle